

11217
28



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No.3
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

TESIS CON
FALLA DE EMBAZO

VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON
CESAREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA No.3 CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. PERLA CRUZ AGUILAR
2000-2004

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ASESOR DE TESIS:

DR. OSCAR E. JIMENEZ HERNANDEZ.

No. DE REGISTRO OFICIAL: 2002-692-0034



IMSS

CENTRO MEDICO LA RAZA
CALLE DE LA RAZA No. 3
MEXICO, D.F. AGOSTO DEL 2003



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.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS POR HABERME PERMITIDO LLEGAR A ESTE MOMENTO. POR ESCUCHARME, POR NO ABANDONARME Y POR OTORGARME TANTAS COSAS EN MI VIDA.

A MI PADRE: POR QUE AUNQUE TU PARTIDA FUE PRONTA, AUN QUEDAN CONMIGO TODOS TUS CONSEJOS, POR QUE TU IMAGEN Y RECUERDO ME ACOMPAÑAN EN TODOS LOS MOMENTOS DE MI VIDA Y POR QUE SE ESTAS FELIZ CON ESTE LOGRO EN MI VIDA. A TI NUEVAMENTE DEDICO ESTA PARTE DE MI HISTORIA

A MI MADRE POR SU FUERTE ALEGRÍA Y AMOR POR QUE GRACIAS A ELLA LA VIDA TIENE UN MOTIVO Y RAZÓN DE SER.

A MIS HERMANOS: A DEBORAH Y A LILIA QUE SIEMPRE ME ENTIENDEN, POR ACOMPAÑARME, POR APOYARME Y COMPARTIR CONMIGO ESTOS Y OTROS MOMENTOS.

A MIS MAESTROS: POR SUS ENSEÑANZAS, POR SU PACIENCIA.

A MIS AMIGOS: POR COMPARTIR FELIZMENTE ESTE PASO EN MI CARRERA.

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

TÍTULO

*"VÍA DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON CESÁREA
PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NÚMERO 3,
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA"*

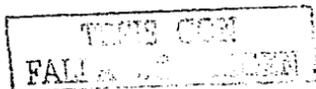
AUTORES:

DR. OSCAR E. JIMENEZ HERNÁNDEZ

Médico adscrito al servicio de urgencias vespertino en el Hospital de Ginecología
y Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional La Raza.

DRA. PERLA CRUZ AGUILAR

Médico residente de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Ginecología y
Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional La Raza



ÍNDICE

TEMA:	PÁGINA:
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
JUSTIFICACIÓN	24
OBJETIVOS	25
OBJETIVO GENERAL	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
MATERIAL Y MÉTODOS	26
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	26
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	27
MÉTODO ESTADÍSTICO	27
CRONOGRAMA	27
ASPECTOS ÉTICOS	27
ANÁLISIS Y RESULTADOS	28
DISCUSIÓN Y COMENTARIO	31
CONCLUSIONES	33
SUGERENCIAS	34
ANEXOS	35
BIBLIOGRAFÍA	46

TI'S C.A.
FALLA DE ORIGEN

TÍTULO. "VÍA DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NÚMERO 3, CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA"

AUTORES: DR OSCAR E. JIMENEZ HERNÁNDEZ, Médico adscrito al servicio de urgencias ve-spertino en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional La Raza. DRA PERLA CRUZ AGUILAR, Médico residente de ginecología y obstetricia del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional La Raza.

INTRODUCCIÓN. El trabajo de parto después de una cesárea previa ha sido aceptado como un camino o una vía para disminuir la incidencia de cesáreas. En 1995, el 27.5% de las mujeres que tuvieron cesárea previa tuvieron parto por vía vaginal. Debido al mayor porcentaje de cesáreas repetidas de manera electiva, se ha recomendado una prueba de trabajo de parto cuando hay cesárea previa para amornar la tasa global de estas operaciones. El Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 en el Centro Médico Nacional La Raza el índice de cesárea en el año 2002 fue de 82.5%.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. El trabajo de parto después de una cesárea previa ha sido aceptada como una vía de interrupción del embarazo en pacientes con incisión segmentaria. En el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional La Raza, no existen datos previos que nos indiquen la vía de interrupción del embarazo en una paciente con cesárea segmentaria anterior, por lo que decidimos iniciar el estudio preguntándonos, ¿Cuál es la vía de interrupción más frecuente en pacientes con cesárea previa en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional La Raza?

JUSTIFICACIÓN. Se ha visto un creciente índice de cesárea prácticamente a nivel mundial y nuestro hospital no es la excepción. De aquí surge la inquietud por investigar cuál es la vía de interrupción del embarazo más frecuente en una paciente con cesárea previa y si nuestros resultados son similares a las de otros países. Creemos así mismo, que este estudio puede dejar huella y orientarnos sobre el manejo de este tipo de pacientes, antes de decidir la vía de interrupción del embarazo, lo que ayudaría a disminuir el índice de cesáreas que obviamente se traduce en ahorros. Ya que el tiempo de estadía hospitalaria es substancialmente menor en pacientes que tienen parto por vía vaginal que las intervenidas por cesárea.

OBJETIVOS, OBJETIVO GENERAL: Determinar la vía de interrupción más frecuente en pacientes con cesárea previa. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Determinar la frecuencia de cesáreas en pacientes con cesárea previa -Determinar la frecuencia de partos en pacientes con cesárea previa -Determinar la indicación más frecuente de la cesárea en pacientes con cesárea previa.

MATERIAL Y MÉTODOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN: 1. Pacientes que tengan servicio médico dentro del seguro social 2. Pacientes que estén hospitalizadas en piso o labor del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional La Raza del 1° de Octubre del 2002 al 1° de Marzo del 2003 3. Pacientes que tengan antecedente de una cesárea previa 4. Pacientes con embarazo de 35 a 40 semanas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN, Cesárea iterativa, Embarazo gemelar, Presentación pélvica.

MÉTODO ESTADÍSTICO. Se analizaron datos estadísticamente por medio de medidas de tendencia central, frecuencias, porcentajes, tasas, promedios e intervalo de confianza. Se utilizó equipo de cómputo, software de Windows y Office 2000 y SPSS 10.

CRONOGRAMA. El estudio se llevo a cabo del 1° de Octubre del 2002 al 1° de Marzo del 2003.

ANÁLISIS Y RESULTADO. En este estudio se seleccionaron 111 pacientes, de los cuales solo se contó con 65 expedientes. De estas 65 pacientes, a 62 (95.4%) se interrumpió el embarazo por vía abdominal, solo 3 de ellas tuvieron parto (4.6%). De los 3 partos, 2 de ellos fueron distócicos y solo 1 se reportó como eutocia. En los partos distócicos se aplicó forceps, uno por occipito trans-versa izquierda persistente y otro por periodo expulsivo prolongado. Las 5 indicaciones más frecuentes para interrumpir el embarazo por vía abdominal en pacientes con cesárea previa en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional La Raza en orden de frecuencia son: Preeclampsia severa 15 pacientes (24.2%), baja reserva fetal 11 (17.7%), disproporción cefalopelvíca 10 (16.1%), sufrimiento fetal agudo 9 (14.3%), y el 5° lugar lo ocupa cesárea previa 4 (6.5%).

SUGERENCIAS: Sugerimos que toda paciente con cesárea previa sea sometida al algoritmo que sugiere el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, obviamente adaptado al tipo de paciente que maneja este hospital, dando una mayor oportunidad para prueba de trabajo de parto según pruebas de condición fetal y prueba de tolerancia a la oxitocina.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

INTRODUCCIÓN

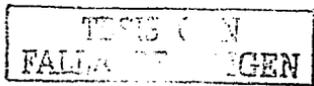
El trabajo de parto después de una cesárea previa ha sido aceptado como un camino o una vía para disminuir la incidencia de cesáreas. En 1995, el 27.5% de las mujeres quienes tuvieron cesárea previa tuvieron parto por vía vaginal. Debido al mayor porcentaje de cesáreas repetidas de manera electiva, se ha recomendado una prueba de trabajo de parto cuando hay cesárea previa para aminorar la tasa global de estas operaciones.

El parto vaginal en pacientes con cesárea previa sigue siendo una condición ampliamente debatida desde hace muchos años, presentando controversias en su manejo como es la vía de terminación del embarazo y sus ventajas tanto para la madre como para el feto. Actualmente se presenta el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, como una alternativa segura que no presenta un incremento en la morbi-mortalidad materno-fetal y debe adoptarse siempre y cuando no existan contraindicaciones para el mismo.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia [ACOG] en el Boletín práctico acerca del parto vaginal después de cesárea [VBAC] señaló en 1998 que "debe asesorarse a casi todas las mujeres con cesárea previa e incisión transversal baja por ser candidatas de parto después de cesárea y ofrecérseles una prueba de trabajo de parto. [78] El principal argumento que se tenía para contraindicar esta conducta en las pacientes con cesárea previa, lo constituía el temor a la ruptura uterina; sin embargo los estudios epidemiológicos revelan que este riesgo no es mayor a los beneficios que puedan obtenerse con un parto por vía vaginal.

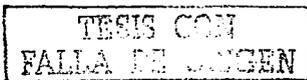
Según la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993: Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, establece en la sección 5.4.1.6:

"Toda unidad medica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda del 15% en todos los



hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a éstos valores”.

El Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 en el Centro Médico Nacional la Raza el índice de cesárea en el año 2002 fue de 82.5%.



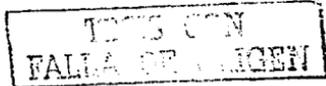
MARCO TEÓRICO.

La cesárea crea mucha controversia entre proveedores de atención de la salud y los pacientes, corresponde a un procedimiento quirúrgico mayor, cuya definición original corresponde al obstetra francés Jean Louis Baudelocque en 1770 cuando el obstetra la definió como " la operación por la que se abre una vía de nacimiento diferente a la destinada por la naturaleza".

El término cesárea puede ser debido a que Julio César pudo haber nacido de esta manera, sin embargo hay otras teorías de carácter histórico que puedan explicar el origen de la palabra como la "Lex Regia" o "Lex cesárea" impuesta en el año 715 a.C. cuando Pompilio rey de Roma impuso esta ley que se aplicaba a toda madre que fallecía embarazada, entonces tanto la madre como el feto debían enterrarse separadamente. También se cree que pueda derivarse del verbo latino "Caedere" que significa "Cortar", por lo que simplemente indicaría "Parto por corte". [2] La primera cesárea realizada a una mujer viva de manera intencional fue el 21 de abril de 1610 por Wittenberg, la paciente falleció a los 25 días del postoperatorio siendo lo más factible a causa de una septicemia. (2)

La incisión transversal del segmento inferior fue sugerida por Wallace, en 1786. En 1882 Sanger describió una cesárea conservadora que revolucionó la obstetricia. Recomendó que las incisiones uterinas se suturaran inmediatamente después del nacimiento, lo que disminuyó mucho la tasa de mortalidad materna vinculada con la operación. La frase de Cragin "después de una cesárea, siempre cesárea", reflejó la filosofía de la época.

Barlow en 1793 hace la primera cesárea exitosa, sin embargo la mortalidad en esa época era muy alta, debido al desconocimiento de una técnica quirúrgica adecuada, al ausente desarrollo de la anestesia y al desconocimiento de los factores causales de infección. [2] El principal problema de este procedimiento lo constituyó la hemorragia hasta que en 1882.



Max Sanguer introdujo la técnica de sutura uterina con hilos de plata para así lograr una hemostasia, teniendo presente que en la época aún no se realizaba cierre de la herida uterina. [1] En 1876 con el fin de lograr un control de la infección en las pacientes intervenidas, Porro De Pavia impone la cesárea seguida de histerectomía subtotal. (2)

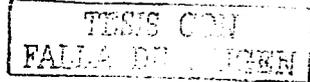
A principio del decenio de 1900, se usaba por lo general una incisión uterina clásica para la cesárea por una pelvis estrecha. Casi todas las incisiones uterinas se hacen hoy en el segmento uterino inferior. Kroning describió la incisión vertical en 1912, y en 1926 Kerr presentó y recomendó una incisión transversal para la cesárea, ambas segmentarias bajas.

Sin embargo esto solo disminuyó parcialmente la mortalidad infecciosa post operatoria hasta que Frank en 1907 introduce la técnica de cesárea extraperitoneal que se mantuvo vigente hasta la década de los 40 del presente siglo, con esta técnica se pretendía evitar un abordaje intracavitario lo que limitaría la infección en caso de que se presentara y así disminuir la mortalidad por esta frecuente complicación. [1] Esto demuestra que esta operación hasta finales del siglo pasado era poco realizada, pero con el advenimiento de la anestesia, el desarrollo de la técnica quirúrgica y el uso de antibióticos eficaces para el control de la infección, este procedimiento logró tal popularidad, llegándose a constituir en el procedimiento quirúrgico mayor más realizado en todo el mundo. El problema actual de las pacientes con cesárea previa consiste en el temor de muchos obstetras en ofrecer trabajo de parto y parto vaginal con el argumento de que esta conducta constituye un riesgo elevado tanto para la madre como para el feto y que durante su transcurso se presente una ruptura uterina. Esta mentalidad fue propuesta inicialmente por Cragin en mayo 12 de 1916 en un artículo publicado en el New York Medical Journal titulado "Conservación en Obstetricia", en cual concluye que una vez que se realice cesárea, en los partos siguientes siempre se debe realizar cesárea. [2] [4] Pocos pronunciamientos han sido universalmente aceptados en la comunidad obstétrica como este, llevando a una conducta generalizada

para este tipo de pacientes. [5] Sin embargo el aforismo de Cragin corresponde a una época en donde una mayor parte de las cesáreas incluía una incisión uterina clásica, además los antibióticos y las transfusiones eran prácticamente desconocidas. Es así como en la actualidad muchos obstetras e instituciones tratan este aforismo viejo como si fuera la conclusión de un estudio reciente por lo que consideran que toda paciente con cesárea previa es una contraindicación para un parto por vía vaginal y que se debe hacer siempre una cesárea electiva una vez el embarazo alcance clínicamente el término. [6]

TIPOS DE INCISIÓN UTERINA

En el útero se pueden realizar varios tipos de incisión, son a saber: la cesárea corporal que puede ser clásica o vertical y la transversa; la incisión segmentaria que es la más frecuentemente utilizada que puede ser transversa baja o de Kehner, transversa alta y vertical o de Sellheim; por último puede hacerse una extensión de una incisión segmentaria inicial hacia el cuerpo uterino que se conoce como en 'T' invertida. [3] La incidencia de ruptura uterina es muy variable según el tipo incisión realizada sobre el útero, siendo tan baja cuando la cesárea es de tipo segmentaria transversa baja, encontrando datos que varían de 0% a 0.8%: cuando sobre el segmento se realiza una incisión vertical la incidencia de ruptura uterina en el embarazo siguiente aumenta de 0.5% a 6.5% [23], sin embargo en otros estudios no se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al resultado feto-materno comparada con las incisiones segmentarias transversas bajas. [27] Si existe una cicatriz uterina previa que comprometa el cuerpo uterino como las incisiones corporales, la incidencia de ruptura es de 4.3% a 8%, siendo esta tan alta como para contraindicar un parto vaginal en un embarazo siguiente. [23]

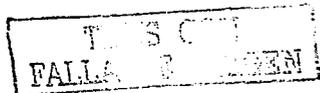


EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE CESÁREA

La tasa de cesáreas puede variar de una país a otro y de una institución a otra. En Estados Unidos constituye el principal procedimiento quirúrgico mayor, cuadruplicándose en la década pasada, al grado que de cada cuatro nacimientos actualmente uno es por cesárea. [7] La tasa de cesáreas se mantenía estable hasta la década de los 70 y en ningún momento sobrepasaba el 10%, presentándose un aumento progresivo en las dos últimas décadas

Hasta 1993 la tasa de cesáreas se mantuvo constante en 22.8% en los Estados Unidos, sin embargo en el período de 1988 a 1993 la tasa de partos vaginales en pacientes con cesárea previa se vio doblada de 12.6 a 25.4%, mostrando esto cierta conducta de los obstetras a ofrecer parto vaginal en las pacientes con cesárea previa.

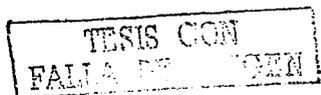
Esta disminución que muestran algunas áreas geográficas de las tasas de cesárea y el incremento de ofrecer trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa no se ha visto reflejado en un incremento en la mortalidad neonatal. [9] Bottoms [10] refiere otros factores que puedan influenciar en el incremento de las tasas de cesárea, como son la relativa seguridad que representa el procedimiento, con tasas de mortalidad materna bajas. (11) Además se observa una mayor frecuencia de cesáreas en la población obstétrica privada y en las pacientes nulíparas, siendo 3 veces mas frecuente que en la multiparas, aunque algunos autores recientemente muestren una tendencia general a disminuir la tasa de cesáreas en la población obstétrica privada. [12] También la población obstétrica que se encuentra en los extremos de la vida principalmente aquellas pacientes con más de 35 años de edad, presentan una tasa mas alta de cesáreas llegando a ser incluso dos veces mas frecuente que la población de 20-29 años, pero sin existir diferencias en la morbi-mortalidad neonatal entre estos dos grupos poblacionales atribuibles, a un parto por vía vaginal. (13) Es de considerar que un factor bien importante en el incremento en las tasas



de cesáreas representa la retribución de tipo económico para el médico tratante, por lo que Spellacy (14), propone un sistema denominado "multa-recompensa", donde el obstetra sea retribuido por sus servicios más si realiza un parto vaginal, que una cesárea y el paciente deba además asumir los costos en caso de realizarse un procedimiento que este más allá que la atención de un parto vaginal. Se puede decir entonces que cada obstetra puede tener sus propias estadísticas de cesáreas o partos vaginales con variaciones muy grandes de uno a otro. (15) Informes recientes de algunos centros hospitalarios en el mundo la tasa de cesáreas ha disminuido de un 20.5% a 11.1% [16]; otro autor reporta disminución de 27.3% a 19.5% (17), incluyendo cesáreas de emergencia y electivas, argumentando como razones en primer lugar la tendencia a ofrecer trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa y en segundo lugar a un manejo más activo del trabajo de parto, sin embargo hay diferencias en la población demográfica y en la práctica médica individual. La tasa de cesáreas en Estados Unidos ha aumentado notablemente de 4.5% en 1965 a 30% (en algunos hospitales) en 1997. Ocurrió un incremento impresionante en dicha tasa entre 1970 y 1986, periodo en el que pasó de 5.5 a 24.1% y 22.8% respectivamente.

Desde 1986 han ocurrido en Estados Unidos casi cuatro millones de nacimientos por año. 20 a 25% (un millón) de ellos por cesárea.

Debido al porcentaje creciente de cesáreas, los Institutos Nacionales de Salud convocaron al "Consensus Development Conference on Cesarean Childbirth" en 1980 y en ella se concluyó que el parto vaginal después de una cesárea transversal baja era una opción segura y aceptable. Un objetivo de salud nacional del departamento de salud y servicios humanos para el año 2000 en Estados Unidos es disminuir la tasa global de cesáreas a 15%.



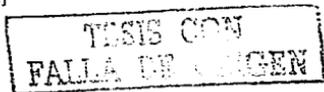
INDICACIÓN DE CESÁREA

A finales de la década de los 70s y durante los 80s, la cesárea previa constituyó la principal indicación para este procedimiento, siendo el 31% del total de cesáreas realizadas; presentando igual tasa que la distocia y trabajos de parto estacionarios. Otras indicaciones de cesárea menos frecuentes la constituyeron la presentación podálica con 12% y el sufrimiento fetal agudo con 5%. (18) (19) Datos del National Natality Survey en Estados Unidos (1980) indican que cerca del 40% de todas las cesáreas fueron realizadas simplemente por la historia de cesárea previa. (7) En 1.989 en Estados Unidos el 10.5% a 11.7% de los ingresos de todas las pacientes obstétricas tenían como antecedente cesárea previa (20) (21), por lo que constituye una población importante. Por lo tanto, un manejo adecuado para este tipo de pacientes lograría disminuir la alta tasa de cesáreas aún vigente. (22)

Los motivos para la mayor tasa de cesáreas de los médicos estadounidenses incluyen el ambiente actual de tipo medicolegal, vigilancia continua de la frecuencia cardiaca fetal (FHR) por medios electrónicos, menor entrenamiento para los partos quirúrgicos y pélvicos vaginales, y las mayores tasas de cesárea repetida. (78)

MORTALIDAD MATERNA POR CESÁREA.

Toda paciente sometida a un acto quirúrgico mayor, no esta exenta de riesgos tanto quirúrgicos como anestésicos y la cesárea no es la excepción. La tasa de mortalidad por cesárea es de 0.8% siendo las enfermedades asociadas la principal causa de muerte con un 37% del total de fallecimientos directamente relacionados con este procedimiento y en segundo lugar, problemas relacionados con la anestesia con 21%, otras corresponden a trastornos hipertensivos durante el embarazo y sus complicaciones, hemorragia durante el procedimiento quirúrgico, sepsis y embolia pulmonar. [2]



MORBILIDAD MATERNA POR CESÁREA

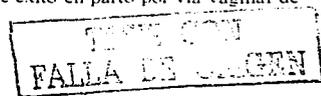
En el momento de definir una cesárea en un embarazo podemos estar ante una edad gestacional diferente a la que hemos calculado, por lo tanto uno de los riesgos bien documentados de cesárea electiva corresponde a la prematuridad iatrogénica como causal de morbi-mortalidad fetal. [7] [26]

PARTO CON CESÁREA PREVIA

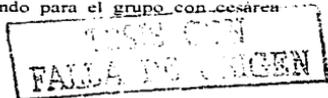
El parto vaginal en pacientes con cesárea previa es más seguro que el quirúrgico tanto para la madre como para el feto. [7] [21] [23] [28] [29] cuando se trata de una cesárea de tipo segmentaria transversa baja. [29] [30] [31] Sin embargo esta conducta no se observa en todos los hospitales e incluso en los médicos de diferentes países. [32] El ofrecer trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa puede disminuir substancialmente la tasa total de cesáreas llegando en algunas instituciones a ser menor al 10%. [31] La duración del trabajo de parto en pacientes con cesárea previa es similar a la población nulipara por lo tanto puede seguir las mismas tendencias según las curvas planteadas por Friedman [33]. para el manejo del trabajo de parto durante la fase activa. [5] [34]

TASAS DE ÉXITO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA

El éxito de parto vaginal en pacientes con cesárea previa puede variar de acuerdo a la indicación con que se realizó la cesárea inicial, observándose tasas de éxito en casos de sufrimiento fetal agudo de 71% a 92%, cesáreas previas por embarazo gemelar con tasas de 72%, presentación podálica con 84% a 91% y falta en el progreso del trabajo de parto con 33% a 78%, siendo esta última una causa de cesárea previa considerada como recurrente, lo que daría tasas más bajas que las demás que serían consideradas dentro de las no recurrentes. [5] [6] [20] [21] [23] [29] [35] Duff [36] compara pacientes con antecedente de cesárea por distocia encontrando tasas de éxito en parto por vía vaginal de



68%, comparativamente con las pacientes que no fueron llevadas a cesárea previamente por distocia con tasas de 81%. Sin embargo el excluir pacientes con cesárea previa por patología recurrente no se encuentra justificado [6] [37], pues la eliminación de este grupo eliminaría un gran porcentaje de pacientes candidatas para parto vaginal, sabiendo que la distocia es de las principales indicaciones para realizar cesárea y que más de la mitad de este grupo tendrían éxito de parto por vía vaginal. Otras variables pueden influir de manera significativa en el resultado bien sea el éxito [Parto vaginal] o no éxito [Parto por cesárea], según el estudio realizado por Pickhardt en 1.992 tomando 312 pacientes en el cual encontró como variables estadísticamente significativas el peso estimado fetal por ecografía, la edad gestacional, la indicación de la cesárea previa, el numero de partos vaginales previos, el numero de cesáreas previas y en los casos donde se realizó inducción del trabajo de parto, los cambios cervicales presentes como la dilatación y el borramiento cervical así como la estación de la presentación fetal [Puntaje de Bishop]. Estas variables como evaluadores pronósticos del resultado final del embarazo tienen un excelente valor predictivo positivo en cuanto al éxito del mismo [94.5%], sin embargo el valor predictivo negativo fue sólo del 33.3% y aquellas pacientes que los indicadores pronósticos para parto por vía vaginal no eran favorables un 56.6% tuvieron un parto vaginal normal. [38] Otras variables analizadas como la raza, edad, talla y peso materno, gravidez, paridad y ruptura prematura de membranas no fueron estadísticamente significativas. [20] Se ha propuesto realizar un sistema en base a puntajes donde se engloben las diferentes variables descritas estableciendo un pronóstico de éxito o falla al ofrecer parto vaginal a las pacientes con cesárea previa. [39] Demianczuk [40], toma 92 pacientes encontrando una tasa de éxito de 54.3% y la principal causa de reintervención quirúrgica por cesárea previa la constituye el trabajo de parto estacionario con 30 pacientes. Además observo una incidencia aumentada en la aplicación de fórceps o partos instrumentados, siendo para el grupo con cesárea



previa de 54% y para las pacientes sin cesárea previa de 30%. No se encontró aumento de mortalidad materna o fetal en las pacientes con cesárea previa sometidas a trabajo de parto.

CANDIDATAS PARA UNA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Las pacientes con una cicatriz uterina transversal baja previa, pero sin contraindicaciones adicionales para el parto vaginal, son candidatas a una prueba de trabajo de parto. Los criterios de selección para identificar candidatas potenciales de parto vaginal incluyen:

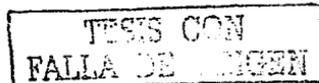
- 1) Una o dos cesáreas transversales bajas previas
- 2) Pelvis clínicamente adecuada
- 3) Ninguna otra cicatriz uterina: anomalías o rotura previa
- 4) Consentimiento de la paciente
- 5) Disponibilidad de un médico durante el trabajo de parto, que puede vigilar éste y realizar una cesárea de urgencia
- 6) Disponibilidad de personal de anestesia y de otro tipo para una cesárea de urgencia (7S)

CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

Estas incluyen:

- 1) la incisión uterina clásica previa
- 2) Incisión uterina en forma de T
- 3) Rotura uterina previa
- 4) Complicaciones quirúrgicas en el momento del primer nacimiento abdominal [laceraciones cervicales extensas]



5) Cirugía uterina previa con ingreso a la cavidad del órgano

6] Desproporción cefalopélvica obvia

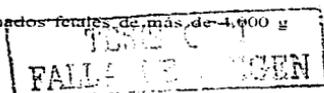
7) Cirugía uterina transfúndica

8) Estenosis pélvica

9) Complicación médica y obstétrica que impida el parto vaginal (78)

Solamente 15.6% de las pacientes con cesárea previa tienen contraindicaciones relativas o absolutas para realizar trabajo de parto y parto por vía vaginal. [19] Son absolutas aquellos casos de cesárea corporal clásica o cesárea en 'T' invertida, así mismo como una dehiscencia de una cicatriz uterina previa que requirió reparo de la misma [23] [30], esto se hace incluso para las "ventanas" de cualquier tipo. [26] Contraindicaciones relativas como dos o más cesáreas previas [25], cicatriz uterina de tipo desconocido, embarazos gemelares o macrosomía fetal diagnosticada previamente por exámenes ultrasonográficos. [23] [30]

Dos o más cesáreas previas se presenta solo en el 2.3% de la población obstétrica [21], debido tal vez a que en un procedimiento quirúrgico inicial es probable que la paciente acepte la ligadura tubaria como método definitivo de planificación. El tener dos cesáreas previas puede no considerarse como una contraindicación y puede ser una alternativa razonable para determinado grupo de pacientes [56] [57] [58], con tasas de éxito similares a las pacientes con una sola cesárea previa [75.3%], otros [21] no la recomiendan encontrando 3 veces más frecuencia de ruptura uterina. En estudios realizados con fetos macrosómicos [59] son controvertidos y la presencia de un feto con un peso ecográfico estimado mayor de 4.000 gramos no aumenta la morbi-mortalidad perinatal, en pacientes con cesárea previa se observa en ciertos trabajos una disminución en la tasa de partos vaginales en fetos macrosómicos [43% vs. 58%] aunque otros autores no reportan diferencias en el resultado del embarazo con pesos estimados fetales de más de 4.000 g



[73%] vs. menos de 4.000 g [76%]. [60]

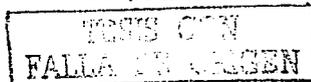
La sobredistensión uterina ocasionada por un embarazo gemelar o un polihidramnios puede no estar asociada a un mayor índice de rupturas uterinas. [5] [61] Presentaciones en podálica y embarazos gemelares puede no ser considerada como contraindicación absoluta [21] y puede ofrecerse parto vaginal sin riesgo, sin embargo otros [5] argumentan que al realizar la manipulación para lograr extraer el feto en podálica, puede llegar a convertir un pequeño defecto uterino o una ventana en una ruptura uterina completa, pero faltan más datos al respecto.

La localización de la placenta no se sabe si pueda influenciar en el desarrollo de ruptura uterina [5] cuando se encuentra implantada sobre la cicatriz uterina, trabajos pertinentes [62] [63] consideran que tal caso se pueda asociar a ruptura del útero y a pérdidas hemáticas mayores, pero no hay datos conclusivos actualmente. No se encontraron estudios donde el antecedente de una infección intra-amniótica o el desarrollo de una endometritis pos cesárea puedan influir de manera adversa la tasa de complicaciones maternas al ofrecer trabajo de parto en los embarazos siguientes.

Cuando se trata de una cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja el permitir un trabajo de parto es una alternativa más segura que una cesárea automática subsiguiente y toda paciente con este tipo de incisiones uterinas previas deben considerarse aptas para un parto por vía vaginal [2] [23] [56], pues el riesgo de ruptura uterina es muy bajo y no esta asociado con serias complicaciones. [28]

INDICACIONES AMPLIADAS

El parto vaginal después de dos o más cesáreas, una cicatriz uterina de tipo desconocido o vertical baja, embarazo gemelar, presentación pélvica, embarazo postérmino y sospecha de macrosomía son algunas circunstancias obstétricas adicionales en las que es controvertida



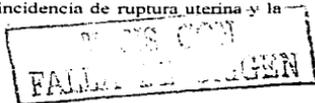
una prueba de trabajo de parto, pero pudiera ser adecuada. Los indicadores favorables incluyen una cesárea transversal baja previa, una paciente informada y adecuadamente asesorada y pacientes con antecedente de parto vaginal. (78)

REQUISITOS PARA EL PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA

La paciente debe ingresar al hospital solamente cuando presente inicio del trabajo de parto a no ser que alguna condición médica u obstétrica indique lo contrario. [5] Existen algunos requisitos que hay que tener en cuenta a la hora de atender un parto vaginal en pacientes con cesárea previa y son:

- 1-Paraclínicos como hemograma, cruce y reserva de 2 unidades de sangre.
- 2-El trabajo de parto y el parto deben ser monitorizados o con estrecha vigilancia clínica de la frecuencia cardíaca fetal.
- 3-Sonda Foley para detectar precozmente la presencia de orina hematórica.
- 4-Disponibilidad permanente de quirófano para realizar en caso de que así se indique una cesárea de urgencia.
- 5- Una vena permeable con un catéter adecuado para administrar grandes volúmenes de líquidos o soluciones (5) [23], por lo tanto si se decide ofrecer parto vaginal a las pacientes con cesárea previa la institución debe contar con los elementos necesarios para realizar una cesárea de urgencia. (41)

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



morbilidad materno-fetal. [42] Toda paciente debe tener pleno conocimiento de los procedimientos a realizar al igual que aceptar los riesgos y los beneficios.

Es de anotar que además con una correcta explicación del procedimiento a las pacientes la mayoría [81%] acepta el trabajo de parto. [35] El uso de la pelvimetría radiológica no es necesario para la evaluación de la paciente antes de dar inicio a la prueba de trabajo de parto, siendo un mal predictor e incrementando la tasa de cesáreas en general, práctica se considera que debe ser abandonada. [43] [44]

El monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal es de las medidas mas importantes debido a que los cambios de la misma puede ser el signo más precoz de inminencia de ruptura uterina. Se ha planteado que el uso de catéteres intrauterinos durante el trabajo de parto pudiese ayudar a diagnosticar precozmente una ruptura uterina debido a la pérdida de la presión intrauterina y así tomar una conducta rápida de evacuación. sin embargo Rodríguez y col. [45] en una revisión de 76 casos de ruptura uterina con 39 monitorizados mediante catéter de presión intrauterina, demostró que en la mayoría de los casos no se observa el patrón clásico de disminución de la presión dentro del útero y algunas pacientes [10%] presentan incluso incremento de la línea de base, sin observar diferencias en la morbi-mortalidad materno fetal de ambos grupos, por lo tanto no lo aconseja como método de vigilancia subrayando una vez más que el distress fetal es el hallazgo más común [78%] en caso de ruptura uterina.

Algunos autores recomiendan el uso de extractores fetales al vacío para aligerar el periodo expulsivo en las pacientes con cesárea previa. [3] [46] [47] La revisión digital del segmento uterino a nivel de la cicatriz previa es recomendado por algunos con miras a detectar alguna solución de continuidad y revelar la integridad de la misma posterior al parto [23] [30] [48] o realizarla en caso de indicaciones específicas como dolor abdominal.

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

sangrado vaginal excesivo o atonía uterina [49]. Otros autores no encuentran utilidad a este tipo de procedimiento destacando poca sensibilidad en la detección de ruptura uterina. [50] [51] [52] [53] [54]

El uso de la ultrasonografía, evaluando el grosor del segmento uterino inferior ha mostrado cierta utilidad en estudios prospectivos recientes [55], encontrando que la incidencia de ruptura uterina es inversamente proporcional al grosor del segmento uterino mediante examen ecográfico, con un punto de corte de 3.5 mm, dando así valores predictivos positivos de 11.8% y valores predictivos negativos de 99.3%, sin embargo se considera que faltan mas estudios al respecto.

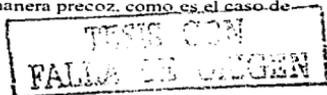
COMPLICACIONES MATERNAS DEL PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA

Desde mucho tiempo la complicación más temida por los obstetras al ofrecer parto vaginal con cesárea previa es la ruptura uterina. Las definiciones de los diferentes tipos de ruptura uterina [23] a saber son:

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

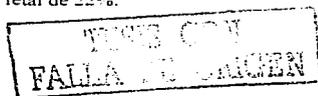
RUPTURA INCOMPLETA: Abertura de la cicatriz con expulsión del contenido uterino sin compromiso del peritoneo.

RUPTURA COMPLETA: Hay expulsión del producto y ruptura del peritoneo. Hay que diferenciar entre los diferentes tipos de ruptura uterina pues en los casos de dehiscencias o "ventanas" por lo general tienen poca significancia clínica y no presenta resultados adversos fetales-neonatales, mientras que la ruptura completa se puede acompañar de alta morbi-mortalidad materno-fetal. [64] Hay numerosos signos clínicos descritos en la literatura que puedan indicar ruptura uterina, algunos de manera precoz, como es el caso de



cambios en la frecuencia cardiaca fetal principalmente deceleraciones variables que se profundizan y se convierten en tardías, pudiéndose constituir en el único signo de inminencia de ruptura uterina [65]: el segundo signo más precoz es el dolor entre las contracciones de manera persistente y progresivo en cuanto a severidad. no existe entonces periodo de dolor ausente durante los periodos de reposo uterino sobre todo a nivel de la parte inferior del abdomen. sin embargo este hallazgo puede generar confusión pues su interpretación es de carácter subjetivo (48) y otros lo consideran como un pobre indicador (29); otros signos son la hemorragia vaginal abundante, pero hay que tener en cuenta que este sangrado puede hacerse hacia los ligamentos o la cavidad abdominal haciéndose escaso externamente y presentar un cuadro progresivo de choque hipovolémico sin sangrado extremo. (48): el dolor que persiste a pesar de la analgesia peridural, hematuria macroscópica, perdida de las contracciones, retroceso de la presentación, anillos de contracción a nivel segmentario (23) y muerte fetal son otros hallazgos que pueden encontrarse en casos de ruptura del útero.

La incidencia de ruptura uterina en pacientes con cesárea previa oscila en 2.6% (30) (31), incluyendo casos de dehiscencia. (25) En un estudio multicéntrico realizado en Estados Unidos (66) se reportaron 8 casos de ruptura uterina con una incidencia muy baja del 0.7% con ninguna muerte materna atribuible y 3 complicaciones dadas por dos casos de sufrimiento fetal agudo y una histerectomía. Golan (67) hace una extensa revisión de rupturas uterinas encontrando 93 rupturas de 126.713 partos analizados con una incidencia de uno por cada 1.362 (0.73%), dentro de las cuales se incluyen pacientes con y sin cesárea previa, encontrando factores asociados como el uso inadecuado de oxitócicos (42%), desproporción cefalopélvica (40%), gran multiparidad (31%) y desprendimiento de placenta (18%) La ruptura más frecuentemente encontrada fue la transversa segmentaria. La mortalidad materna fue de 9.7% con una mortalidad fetal de 22%.



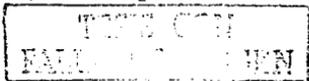
El manejo inicial abordado en todas las pacientes fue la resucitación y restauración de la volemia, posteriormente individualización de cada caso en la sala de operaciones de acuerdo al tipo de lesión, localización y extensión así como el deseo reproductivo de la paciente. En el estudio 75% de las pacientes requirió histerectomía de las cuales 36% fueron sub-totales; el resto se realizó reparo del desgarro uterino.

En caso de presentarse una ruptura uterina esta puede corresponder a una dehiscencia que se encuentre asintomática por lo que no ameritaría manejos posteriores que cicatrizaría por segunda intención. En caso de presentarse una ruptura uterina de dimensiones mayores estaría abocada la histerectomía y o el reparo de la misma mediante laparotomía. [68]

Otro autor en una revisión de 162 casos de ruptura uterina encontró una mortalidad materna de 13.5% con una mortalidad fetal muy elevada de 76.1%, encontrando además que en las pacientes sin cesárea previa cuando presentan ruptura uterina por lo general son multiparas. [48]

La ruptura uterina en pacientes con cesárea previa es un evento raro y los datos que se han registrado en la literatura corresponden a millares de partos ofrecidos por lo que en la mayoría de los artículos de revisión no se encontró algún tipo de muerte materna atribuible al parto vaginal con cesárea previa. [30] como tampoco incrementos en la morbilidad materno fetal. [25]

No hay aumento en la incidencia de complicaciones maternas de las pacientes con cesárea previa que fueron sometidas a trabajo de parto en cuanto a pérdida sanguínea o hemorragia pos parto. [27] Es necesario entonces colocarnos en la balanza del riesgo-beneficio para la paciente llegando a la conclusión que una cesárea electiva presenta mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal que un parto vaginal, siendo la ruptura uterina en el último de los casos un evento raro que en suma no sobrepasa los riesgos de realizar un



procedimiento quirúrgico mayor como es la cesárea. Por lo tanto podría constituirse un nuevo axioma: "Después de una cesárea puede ocurrir un parto vaginal". [26]

COMPLICACIONES FETALES DEL PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA

No hay diferencias entre ambos grupos de pacientes, aquellas con parto vaginal o cesárea en los resultados perinatales en cuanto a puntajes de APGAR al minuto y a los cinco minutos y al pH del cordón umbilical. [27] El APGAR al minuto fue mayor de 8 en el 97% de las pacientes con parto y cesárea previa. [65] Miller [21] en un estudio a 10 años en el que incluye 17 322 pacientes con cesárea previa de las que el 73% se les ofreció prueba de trabajo de parto con una tasa de éxito de 82% solo observó una incidencia de 0.7% en rupturas uterinas y solo 3 casos de muerte fetal atribuible a la ruptura uterina [0.24%].

INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL PARTO CON CESÁREA PREVIA

El uso de oxitócicos en pacientes con cesárea previa no se encuentra contraindicado [6] [30] [31] [37] [65] [69] y no se asocia a incrementos en el riesgo de ruptura uterina. [6] [26] El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia afirma que se puede utilizar de una manera segura sin aumentar el riesgo materno-fetal. [37] Tampoco se encontró variaciones en la puntuaciones de APGAR en el grupo de pacientes con uso de oxitócicos. [30] Flamm demuestra que el uso de oxitócicos en este tipo de pacientes oscila entre el 27%. [64] MacKenzie en un estudio de 143 pacientes con el uso de prostaglandinas a nivel cervical en forma de gel no encontró ningún tipo de complicación materna o fetal considerándolo un método seguro y eficaz sobre todo cuando existe un cérvix inmaduro para realizar inducción oxitócica, con una tasa de éxito en parto por vía vaginal de 68%, si el cérvix presenta un Índice de Bishop favorable la tasa de éxito es del 76%. [70] Estas conclusiones son corroboradas por otros autores, sin incrementar la morbilidad neonatal o



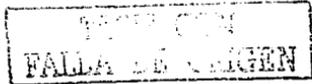
el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales [71] [72] [73] [74]. así mismo el uso de este medicamento no se asocio a un incremento mayor de rupturas uterinas. En estudios comparativos con primigrávidas y pacientes con cesárea previa el uso de prostaglandinas a nivel cervical no demostró diferencia alguna demostrando así seguridad en la inducción del trabajo de parto. [75] En grandes multiparas se ha intentado estimulación del pezón como método de inducción del trabajo de parto con 10 éxitos variables, encontrando tasas de éxito en parto por vía vaginal del 84% y recomendándolo también como método seguro y eficaz para este tipo de pacientes. [76]

ANALGESIA OBSTÉTRICA EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA.

La principal preocupación del uso de la anestesia regional es el riesgo de enmascarar el dolor durante una ruptura uterina. Otras preocupaciones son la parálisis simpática que puede atenuar la respuesta a la hemorragia en caso de producirse la ruptura y la hipotensión causada por la anestesia epidural que puede confundirse con ruptura uterina, pero existen signos clínicos más seguros de una posible ruptura uterina como son los cambios en la frecuencia cardiaca fetal que no se ven alterados con el uso de este procedimiento. [6] Por lo tanto el uso de analgesia peridural obstétrica durante el trabajo de parto en pacientes con cesárea previa no se encuentra contraindicado y puede ser aceptado. [30] [60] [69]

OTROS BENEFICIOS DEL PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA

El tiempo de estadía hospitalaria es substancialmente menor en pacientes que tienen parto por vía vaginal [Promedio de 2.1 días] que las intervenidas por cesárea [Promedio de 5.3 días]. [30] [40] Los costos institucionales son mucho menores cuando se adopta la política de ofrecer parto vaginal con cesárea previa: para 1.985 en EE.UU. los costos por realizar cesáreas electivas en pacientes con cesárea previa sobrepasaban los 500 millones de



dólares. [5] [6] Comparando el grupo de pacientes con cesárea previa que tuvieron parto vaginal con aquellas pacientes llevadas a cesárea electiva se observó menor morbilidad en el primer grupo lo que disminuye costos y estancia hospitalaria. [24] [26] En un estudio multicéntrico [77] se tomaron 7.229 pacientes de los cuales al 70% se les ofreció trabajo de parto y al 30% restante se realizó cesárea electiva: la tasa de rupturas uterinas fue menor al 1% en el primer grupo sin asociarse a muertes maternas relacionadas a la ruptura, mientras que la estancia pos parto en el hospital, la incidencia de transfusiones sanguíneas y de fiebre pos parto fue significativamente menor en las pacientes llevadas a trabajo de parto con una tasa de éxito general en parto vaginal del 75%.

TASA DE ÉXITO.

Los estudios y revisiones más recientes señalan que las tasas de éxito del parto vaginal después de la cesárea es del 60-80%. Martins en su revisión señala que las tasas de éxito variaron del 75-82% en un número de 20 000 pacientes, McMahon y colaboradores estudiaron a 6 138 pacientes, y obtuvieron una tasa de rotura uterina de 0.3%. [78].

TEXAS CON
FALLA DE LICEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trabajo de parto después de una cesárea previa ha sido aceptado como una vía de interrupción del embarazo en pacientes con incisión segmentaria.

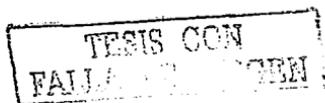
En el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional la Raza, no existen datos previos que nos indiquen la vía de interrupción del embarazo en una paciente con cesárea anterior, por lo que decidimos iniciar el estudio preguntándonos:

¿Cuál es la vía de interrupción más frecuente en pacientes con cesárea previa en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional La Raza?

TESIS CON
FALLA DE CUMPLIR

JUSTIFICACIÓN

Se ha visto un creciente índice de cesárea prácticamente a nivel mundial y nuestro hospital no es la excepción. Algunos opinan que por ser un hospital de tercer nivel de atención no se debe dar importancia a este índice. En nuestro hospital, hemos observado que en ocasiones una paciente con una cesárea previa queda programada para cesárea sólo por este antecedente sin haberse dado oportunidad a una prueba de trabajo de parto. De aquí surge la inquietud por investigar cuál es la vía de interrupción del embarazo en una paciente con cesárea previa y si nuestros resultados son similares a las de otros países. Creemos así mismo, que este estudio puede dejar huella y orientamos sobre el manejo de este tipo de pacientes antes de decidir la vía de interrupción del embarazo, lo que ayudaría a disminuir el índice de cesáreas que obviamente se traduce en ahorro, ya que el tiempo de estadia hospitalaria es substancialmente menor en pacientes que tienen parto por vía vaginal [Promedio de 2.1 días] que las intervenidas por cesárea (Promedio de 5.3 días), [30] [40], por lo tanto los costos institucionales son mucho menores cuando se adopta la política de ofrecer parto vaginal con cesárea previa.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la vía de interrupción más frecuente en pacientes con cesárea previa .

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la frecuencia de cesáreas en pacientes con cesárea previa.
- Determinar la frecuencia de partos en pacientes con cesárea previa.
- Determinar la indicación más frecuente de la cesárea en pacientes con cesárea previa.

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

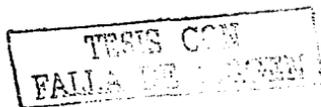
MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio comprendido del 1°. de Octubre del 2002 al 1°. de Marzo del 2003, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No3 del Centro Medico Nacional "la Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El tipo de estudio fue observacional, transversal, clínico, descriptivo y analítico. Se recabaron datos de los expedientes de pacientes con cesárea previa, de los registros de quirófano y hoja de concentrado del servicio de la unidad de Tococirugía, así como del departamento de archivo y CIMO del hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del centro Médico Nacional la Raza. Se utilizó una hoja de recolección de datos para seleccionar a las pacientes. Se acudió a sala de labor y de expulsión para obtener los datos de las pacientes con cesárea previa a las que se permitió la interrupción del embarazo vía vaginal y en qué condiciones, como por ejemplo conducción, inducción del trabajo de parto, monitorización de la frecuencia cardiaca fetal o en que momento se decidió interrumpir vía abdominal y el motivo del procedimiento.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes que tengan servicio médico dentro del seguro social
2. Pacientes que estén hospitalizadas en piso o labor del Hospital de Ginecología y Obstetricia No3 del Centro Médico Nacional la Raza del 1°. Octubre del 2002 al 1°. Marzo del 2003.
3. Pacientes que tengan antecedente de una cesárea previa.
4. Pacientes con embarazo de 35 a 40 semanas



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Cesárea iterativa
2. Embarazo gemelar
3. Presentación pélvica

MÉTODO ESTADÍSTICO

Se analizaron datos estadísticamente por medio de medidas de tendencia central: frecuencias, porcentajes, tasas, promedios e intervalo de confianza.

Se utilizó equipo de cómputo, software de Windows y Office 2000 y SPSS 10.

CRONOGRAMA

El estudio se llevó a cabo del 1º. De octubre del 2002 al 1º de Marzo del 2003.

ASPECTOS ÉTICOS

Los procedimientos para el estudio se realizaron guardando la identidad de las pacientes, sin que se realizara algún procedimiento que alterara el curso o pronóstico de las pacientes.

TESIS CON
FALLA DE REGISTRO

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Ya que el departamento de archivo clínico depura expedientes a los 6 meses de las pacientes del servicio de perinatología, se cambió el periodo de estudio a 6 meses: a partir del 1° de Octubre del 2002 al 1° de Marzo del 2003 seleccionándose 111 pacientes, de los cuales solo se contó con 65 expedientes.

De estas 65 pacientes, a 62 (95.4%) se les interrumpió el embarazo por vía abdominal con un intervalo de confianza de 92 a 98 por ciento. 3 de ellas tuvieron parto (4.6%) con un intervalo de confianza de 1.2 a 2.6 por ciento. 2 de ellas con parto distócicos con utilización de fórceps (uno por occipito transversa izquierda persistente y otro por periodo expulsivo prolongado) y un embarazo con eutocia (GRAFICA 1 Y TABLA 2).

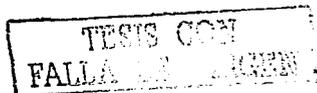
El 92.3% de las pacientes (60) fueron programadas para cesárea sin ser sometidas a trabajo de parto, y sólo 5 pacientes (7.7%) tuvieron trabajo de parto, con un intervalo de confianza de 2 a 12 por ciento, de las cuales 3 terminaron en parto (2 de ellos distócicos con aplicación de fórceps y 1 de ellos eutócico), a las otras 2 pacientes se les practicó cesárea por sufrimiento fetal agudo. (GRAFICAS 2 Y 3).

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.

La edad mínima de la pacientes fue de 16 años y la máxima de 41 años, con un promedio de 28.6 años \pm 5.32 y una moda de 26 y una mediana de 28 (GRAFICA 4).

El número de gestas mínimo fue de 2 y máximo de 5, con un promedio de 2.45 ± 0.73 y una mediana y moda de 2.

La edad gestacional mínima fue de 35 semanas y máxima de 41 semanas, con un promedio de 37.38 ± 1.41 semanas con una moda y mediana de 38 semanas (GRÁFICA 5).



El tiempo de cesárea previa fue analizado por meses, con un mínimo de 12 meses y un máximo de 156 meses, con un promedio de 51.66 ± 34.58 , con una moda y mediana de 36 (GRÁFICA 6 Y 7).

Se presentaron 4 complicaciones durante las cesáreas con un intervalo de confianza de 1 a 11 por ciento: dos hematomas disecantes que llevaron a la realización de cesárea hysterectomía y ligadura de hipogástricas; una lesión vesical y una dehiscencia de hysterorrafia anterior, cabe mencionar que ésta se presentó en una paciente con un embarazo de 39 semanas, sin trabajo de parto, con un tiempo de cesárea previa de 3 años (GRÁFICA 8 Y 9).

La indicación más frecuente para interrumpir el embarazo por vía abdominal en pacientes con cesárea previa fue:

Preeclampsia severa 15 pacientes (24.2%) con un intervalo de confianza de 4 a 14 por ciento.

Baja reserva fetal 11 (17.7%) con un intervalo de confianza de 3 a 11 por ciento.

Desproporción cefalopélvica 10 (16.1%) con un intervalo de confianza de 3 a 11 por ciento.

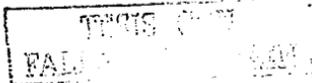
Sufrimiento fetal agudo 9 (14.5%).

Periodo intergestacional corto 3 (4.8%) intervalo de confianza de 3 a 11.

Cesárea previa 4 (6.5%), con un intervalo de confianza de 1 a 11 por ciento.

Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo 2 de ellas (3.2%) con intervalo de confianza del 1 a 5 por ciento.

Existen indicaciones las menores de los casos con 1 paciente cada una de ellas como son: infección por virus del papiloma humano, osteogénesis imperfecta, cáncer cervicouterino.

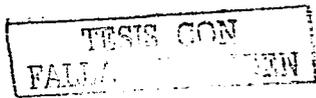


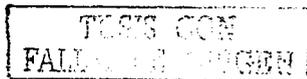
hipotiroidismo, probable dehiscencia de histerorrafia y quiste gigante de ovario, que se corresponden al 1.6% con un intervalo de confianza de 1 a 3 por ciento (TABLA 1 y 3, GRÁFICA 10).

Se obtuvieron 38 recién nacidos femeninos y 27 recién nacidos masculinos.

El peso de los productos al nacer: un peso mínimo de 1750g y un máximo de 4800 g, con promedio de $2984.86g \pm 622.22$, con una moda de 2750 g y una mediana de 2900 g (GRÁFICA 11)

El APGAR mínimo fue de 3/6 y el máximo obtenido fue de 9/9, con una moda y mediana de 8/9.





DISCUSIÓN

Inicialmente se proyectó un periodo de estudio de 1 año, del 1° de Enero del 2002 al 1° de Enero del 2003, con una revisión de 2067 expedientes, seleccionándose 105 pacientes de los cuales solo se encontraron 22 expedientes, ya que el departamento de archivo clínico depura expedientes en caso de pacientes del servicio de perinatología a los 6 meses, por tal motivo, se cambió el periodo de estudio a 6 meses: a partir del 1° de Octubre del 2002 al 1° de Marzo del 2003 seleccionándose 111 pacientes, de los cuales solo se contó con 65 expedientes.

De estas 65 pacientes, a 62 (95.4%) se interrumpió el embarazo por vía abdominal, sólo 3 de ellas tuvieron parto (4.6%).

De los 3 partos, 2 de ellos fueron distócicos y sólo 1 se reportó como eutocia. En los partos distócicos se aplicó fórceps, uno por occipito transversa izquierda persistente y otro por periodo expulsivo prolongado.

En este estudio las 5 indicaciones más frecuentes para interrumpir el embarazo por vía abdominal en pacientes con cesárea previa en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional la Raza en orden de frecuencia son:

Preeclampsia severa 15 pacientes (24.2%), baja reserva fetal 11 (17.7%), desproporción cefalopélvica 10 (16.1%), sufrimiento fetal agudo 9 (14.5%), y el 5° lugar lo ocupa cesárea previa 4 (6.5%) como única indicación.

Dentro de las indicaciones de cesárea hubo diagnósticos como hipomotilidad fetal, retardo en el crecimiento intrauterino, senescencia placentaria, los cuales fueron incluidos dentro del diagnóstico de Baja Reserva Fetal. Las pacientes con macrosomía fetal, miomatosis uterina fueron incluidas dentro del rubro de desproporción cefalopélvica.

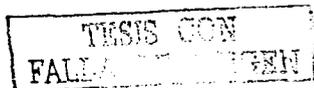
Todas las pacientes cuentan con más de un diagnóstico como indicación de cesárea, esto

es, diagnósticos agregados por patología de fondo como son diabetes mellitus gestacional, diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2, hipertiroidismo, miomatosis uterina, cardiopatía reumática inactiva, cardiopatía congénita compensada, ruptura prematura de membranas, pero decidimos tomar en cuenta solo el diagnóstico por el cual la paciente fue sometida a cirugía.

Los diagnósticos asociados más frecuentes fueron: diabetes mellitus gestacional en 4 pacientes, con Diabetes mellitus tipo 1: 1 paciente, diabetes mellitus tipo 2: 3 pacientes, con hipertiroidismo 1 paciente, miomatosis uterina 1 paciente, oligohidramnios 5 pacientes, y con ruptura de membranas 2 pacientes.

Las complicaciones durante las cesáreas fueron 4: dos hematomas disecantes que llevaron a la realización de cesárea histerectomía y ligadura de hipogástricas: una lesión vesical y una dehiscencia de histerorrafia anterior, cabe mencionar que ésta se presentó en una paciente con un embarazo de 39 semanas, sin trabajo de parto, con un tiempo de cesárea previa de 3 años sin manifestaciones clínicas y reportado como hallazgo en evento quirúrgico.

El 92.3%(60) de las pacientes fueron programadas para cesárea sin ser sometidas a trabajo de parto, y sólo a 5 pacientes (7.7%) se les dio oportunidad de prueba de trabajo de parto, 3 de ellas con resolución por parto con las características ya comentadas, y 2 con cesárea por sufrimiento fetal agudo, una a los 5 cm. de dilatación con un 60% de borramiento con líquido meconial obteniéndose 1 producto masculino con APGAR 8 - 9 y en la otra cesárea, se obtuvo un producto femenino con APGAR 6 - 8.



CONCLUSIONES

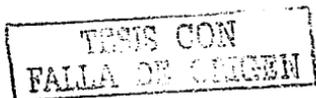
En 1988, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomendó que el concepto de repetir cesárea rutinariamente, debería ser reemplazado por una indicación específica para una interrupción por vía abdominal. A pesar de ello la tasa de parto después de cesárea permanece menor al 30% debido al uso frecuente de repetir cesárea electivamente y a la falta de aceptación por parte de la paciente para un parto.

Sin embargo, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional la Raza la vía de interrupción más frecuente para la paciente con cesárea previa es la cesárea (95.4%). En este estudio el parto después de cesárea se presentó en el 4.6% de las pacientes.

La indicación más frecuente de cesárea en pacientes con cesárea previa es la preeclampsia severa, le siguen en orden de frecuencia: baja reserva fetal, desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal agudo, y la indicación de una nueva cesárea por cesárea previa ocupa el 5° lugar.

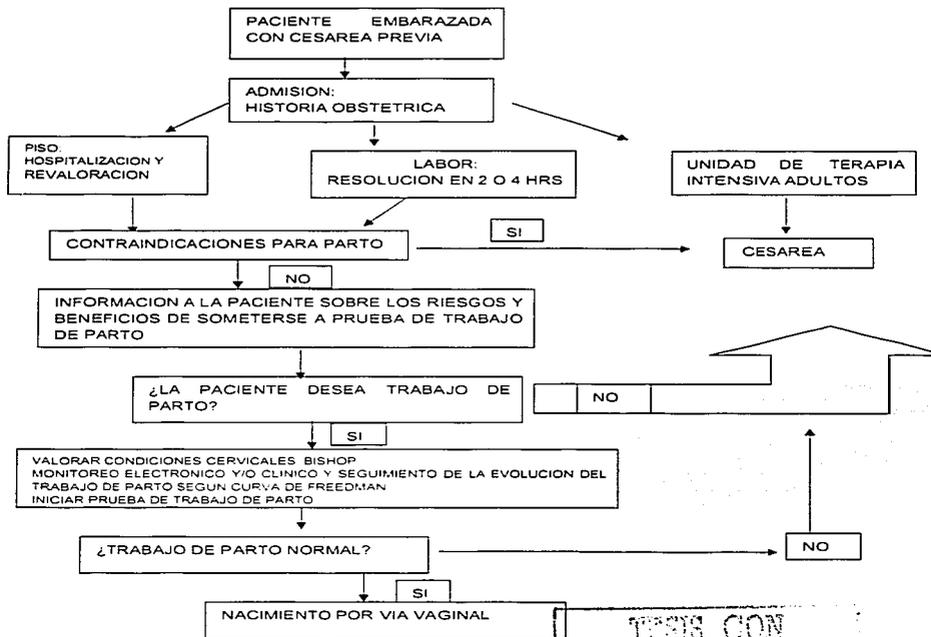
Se observó que la tasa de parto después de cesárea en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional la Raza se mantiene baja debido al tipo de pacientes que maneja, siendo éste un hospital de concentración, y presentando un alto índice de cesáreas por complicaciones y enfermedades asociadas al embarazo aún cuando la norma oficial mexicana refiere un 20% de cesárea para hospitales de 3er nivel de atención.

Debido al menor número de expedientes disponibles al momento de la investigación, se puede pensar que el diseño retrospectivo de este estudio puede limitar su rigor científico, pero no disminuye o desmerita la naturaleza práctica de la información reportada.



SUGERENCIAS

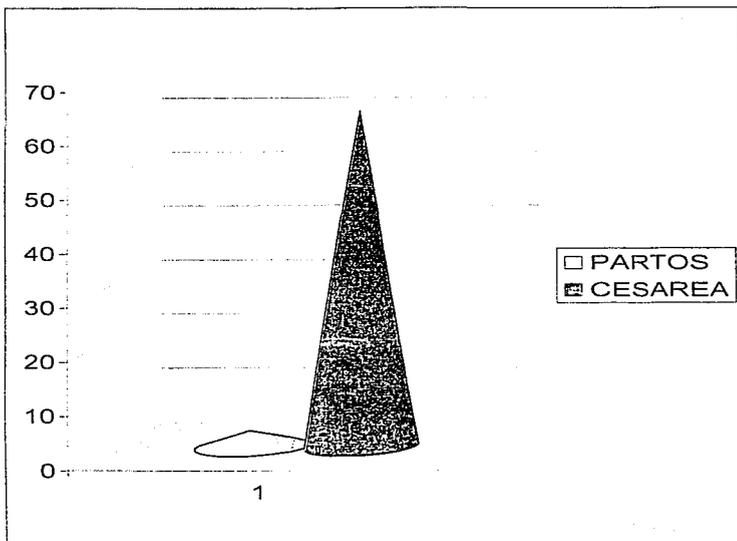
Sugerimos que toda paciente con cesárea previa sea sometida al algoritmo que sugiere el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, obviamente adaptado al tipo de paciente que maneja este hospital, dando una mayor oportunidad para prueba de trabajo de parto según pruebas de condición fetal y prueba de tolerancia a la oxitocina.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

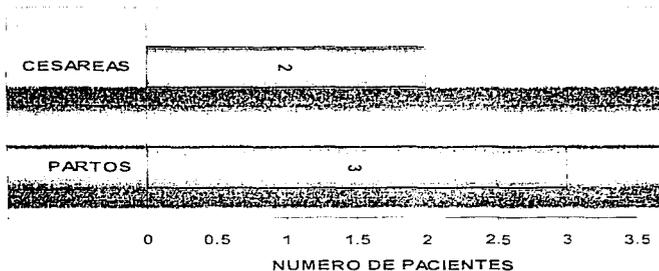
ANEXOS

TIENE CON
FALLA DE SERVICIO



GRÁFICA 1. VÍA DE INTERRUPTCIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NUM 3 CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, DEL 1º DE OCTUBRE DEL 2002 A 1º MARZO DEL 2003

TEMAS CON
FALLA DE ORIGEN

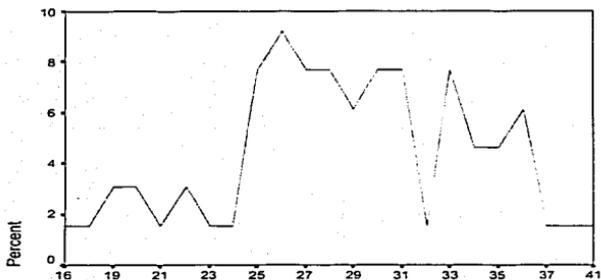


GRAFICA 2. VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA QUE FUERON SOMETIDAS A TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUMERO 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, DEL 17. DE OCTUBRE DEL 2002 A 17. MARZO DEL 2003.

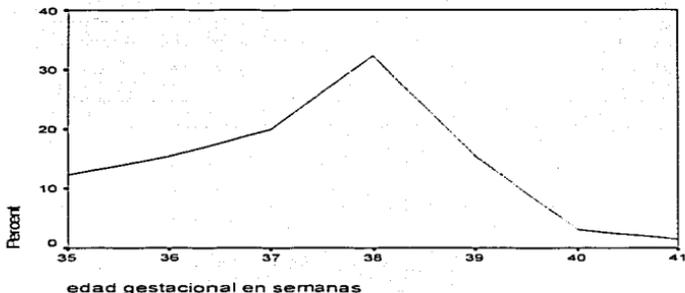


GRAFICA 3. CARACTERISTICAS DE LOS PARTOS EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUM 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, DEL 17. DE OCTUBRE DEL 2002 A 17. MARZO DEL 2003.

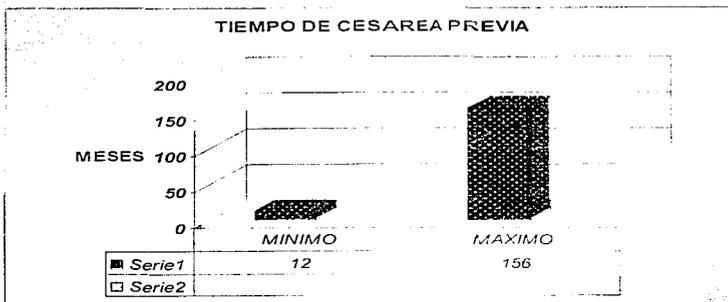
YES I CAN
 FALL IN LINE



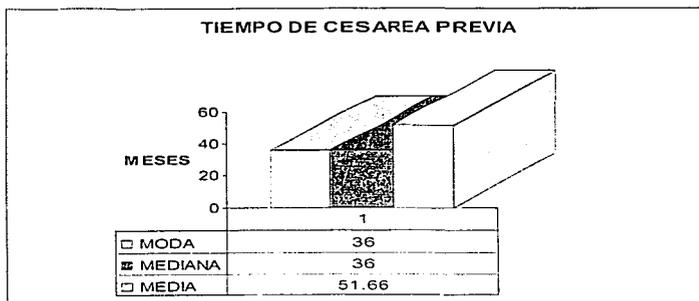
GRAFICA 4. EDAD DE LAS PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUM 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, DEL 1º. OCTUBRE DEL 2002 AL 1º. MARZO DEL 2003.



GRAFICA 5. EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUM 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, DEL 1º. OCTUBRE DEL 2002 AL 1º. MARZO DEL 2003.



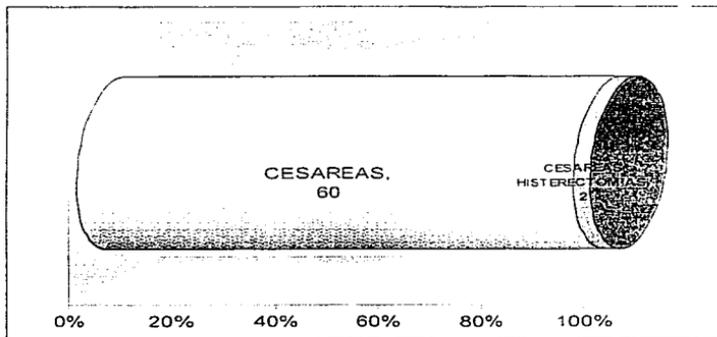
GRAFICA 6. TIEMPO DE CESAREA PREVIA EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUM 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, DEL 1°. OCTUBRE DEL 2002 AL 1°. MARZO DEL 2003.



GRAFICA 7. TIEMPO DE CESAREA PREVIA EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUM 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, DEL 1°. OCTUBRE DEL 2002 AL 1°. MARZO DEL 2003.

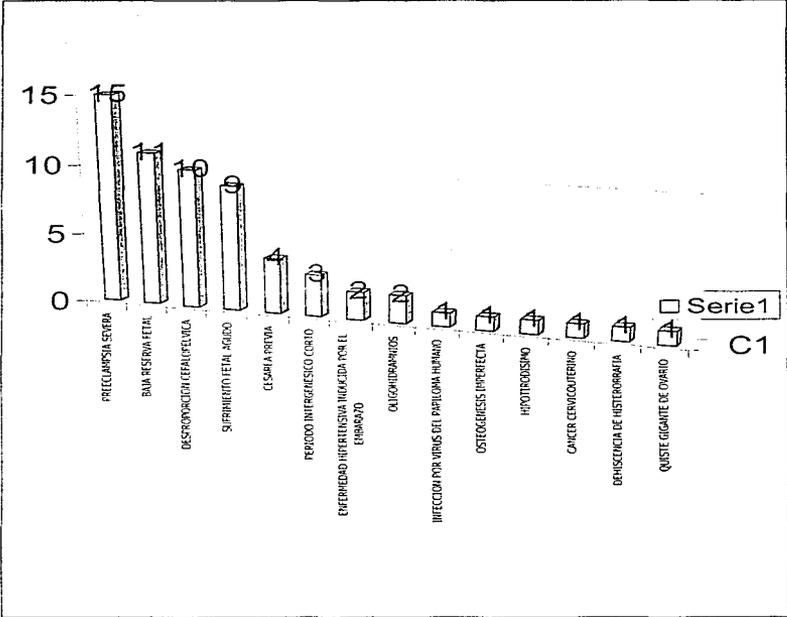


GRAFICA 8. COMPLICACIONES OPERATORIAS EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUM 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, DEL 1º OCTUBRE DEL 2002 AL 1º MARZO DEL 2003.



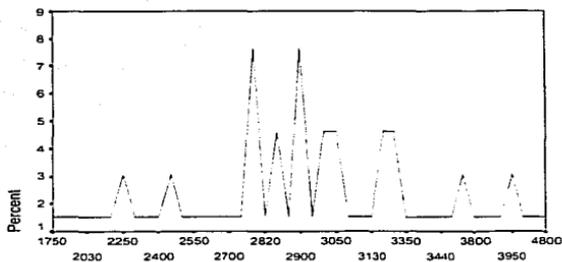
GRAFICA 9. CARACTERISTICAS DE LAS CESAREAS EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUM 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, DEL 1º OCTUBRE DEL 2002 AL 1º MARZO DEL 2003.

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 FALTA DE...
 ARGENTINA



GRAFICA 10. INDICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUM 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, DEL 1º. OCTUBRE DEL 2002 AL 1º. MARZO DEL 2003.

EMISS CON
FALLA DE SEGURO



GRAFICA 11. PESO EN GRANOS DE LOS PRODUCTOS DE LAS PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NUM 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, DEL 1º. OCTUBRE DEL 2002 AL 1º. MARZO DEL 2003.

TRABAJOS CON
 PALESTRA

INDICACIONES	NÚMERO DE PACIENTES	%
PRE-ECLAMPSIA SEVERA	15	24.2
BAJA RESERVA FETAL	11	17.7
DISPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA	10	15.9
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	9	14.5
CESAREA PREVIA	4	6.3
PERIODO INTERGESTACIONAL CORTO	3	4.7
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO	2	3.2
OLIGOHIDRAMNOS	2	3.2
INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	1	1.6
OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA	1	1.6
HIPOTIROIDISMO	1	1.6
CÁNCER CERVICOUTERINO	1	1.6
PROBABLE DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	1	1.6
QUISTE GIGANTE DE OVARIO	1	1.6

TABLA 1. INDICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA "SUN 3", CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA, DEL 1º DE OCTUBRE DEL 2002 AL 1º DE MARZO DEL 2003.

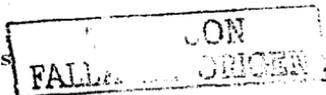
VÍA DE INTERRUPCIÓN	PORCENTAJE	IC 95%
PARTO	4.6%	1.2-2.6%
CESÁREA	95.4%	92-98 %

TABLA 2. INTERVALOS DE CONFIANZA EN VÍA DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA N.º 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, DEL 1.º OCTUBRE DEL 2002 AL 1.º MARZO DEL 2003.

INDICACIONES	NÚMERO DE PACIENTES	IC 95%
PRECLAMPSIA SEVERA	15	4-14%
DESproporción cefalopélvica	16	3-11%
CESÁREA PREVIA	4	1-11%
PERÍODO INTERGESTACIONAL CORTO	3	3-11%
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO	2	1-5%
OLIGOHIDRAMNIO	2	1-5%
INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	1	1-3%
OSTEOGENESIS IMPERFECTA	1	1-3%
HIPOTIROIDISMO	1	1-3%
CANAL COCCYGEO TERMINO	1	1-3%
PROBABILIDAD DE RECURRENCIA DE HEMORRAGIA	1	1-3%
QUISTE GIGANTE DE OVARIO	1	1-3%

TABLA 3. INTERVALOS DE CONFIANZA EN INDICACIONES DE CESÁREA EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA N.º 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, DEL 1.º OCTUBRE DEL 2002 AL 1.º MARZO DEL 2003.

RECOLECCIÓN DE DATOS



No. de paciente

NOMBRE

EDAD

G P A C

SEMANAS DE GESTACIÓN

ACTUAL:

TIEMPO DE CESÁREA PREVIA:

VÍA DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO:

PARTO CESÁREA

INDICACIÓN:

DIAGNÓSTICO DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA:

HALLAZGOS EN LA CIRUGÍA:

SE INDICÓ PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO:

SI NO

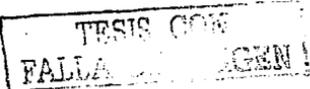
RESULTADOS PERINATALES:

SEXO:

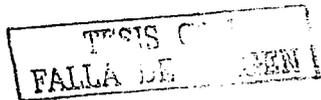
PESO:

APGAR:

BIBLIOGRAFÍA



- 1-GABERT H A. BEY M. History and development of cesarean operation. *Obstet Gynecol Clin of N.A.* 1988;4:591-736
- 2-HARLEY J. Operación Cesárea. *Clin Ginecol Obstet.* 1980;3:525-54
- 3-JUBIZ A. Cesárea. p 413-420 EN: Botero J., —, Henao G. *Texto Integrado de Obstetricia y Ginecología.* 4ed. Cali: Carvajal, 1990
- 4-CRAGIN, E. Conservatism in Obstetrics. *N Y Med J.* 1916:104:1
- 5-LAVIN J P. STEPHENS R J. MIOOOVNIK M. et al. Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. *Obstet Gynecol.* 1982;59:135-48
- 6-FLAMM B L Parto vaginal después de cesárea: Controversias antiguas y nuevas. *Clin Obstet Ginecol.* 1985;4:924-36
- 7-FLAMM B L. LIM O W, JONES C. et al. Vaginal birth after cesarean section: Results of a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 1988;158:1079-84
- 8-CLARKE S C. TAFFEL S. Changes in cesarean delivery in the United States, 1988 and 1993. *Birth.* 1995;22:63-7
- 9-ZIADEH S M. SUNNA E Y. Decreased cesarean birth rates and improved perinatal outcome: A seven-year study. *Birth.* 1995;22:144-7
- 10-BOTTOMS S F, ROSEN M G, SOKOL R J. The increase in the cesarean birth rate. *N Eng J of Med.* 1980;302:559-63
- 11-PAÚL R H, MILLER O A. Cesarean birth: How to reduce the rate. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172:1903-11
- 12-LAGREW D. Jr, MORGAN M. Decreasing the cesarean section rate in private hospital: success without mandated clinical changes. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174:184-91
- 13-EDGE V L, LAROS JR R K. Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168:1881-5
- 14-SPELLACY W N. Vaginal Birth after cesarean: A reward/penalty system for national implementation. *Obstet Gynecol.* 1991;78:316-7
- 15-GOYERT G L. BOTTOMS S F. TROWELL M C. et al. The physician*factor in



cesarean birth rates. *N Engl J Med.* 1989;320:706-9

16-MAHER C F, CAVE D G, HARÁN M V. Caesarean section rate reduced. *Aust N Z J Obstet Gynecol.* 1994;34:389-92

17-SOCOL M L, GARCÍA P M, PEACEMAN A M, et al. Reducing cesarean birth at a primarily private university hospital. *Am J Obstet Gynecol.* 1993; 168:1748-54

18-GLEICHER N. Cesarean section rates in the United States. *JAMA.* 1984;252: 3273

19-GREGORY K D, HENRY O A, GELLENS A J, et al. Repeat cesareans: How many are elective ?. *Obstet Gynecol.* 1994;84:574-8

20-PICKHARDT M G, MARTIN J N, MEYDRECH E F, et al. Vaginal birth after cesarean delivery: Are there useful and valid predictors of success or failure?. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:1811-9

21-MILLER D A, DÍAZ F G, PAÚL R H. Vaginal birth after cesarean: A 10-year experience. *Obstet Gynecol.* 1994;84:255-8

22-PRIDJIAN G, HIBBARD J, MOAWAD A. Cesarean: Changing the trends. *Obstet Gynecol.* 1991;77:195-200

23-PIRIDJIAN G. Trabajo de parto con Cesárea previa. *Clin Obstet Ginecol.* 1992; 3: 429-38

24-RICHART R M. Is there a scientific basis for repeat cesarean ?. *Contemp Obstet Gynecol.* 1982;19:151-76

25-MEIER P R, PORRECO R P. Trial of labor following cesarean section: A two-year experience. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;144:671-8

26-PHELAN J P, CLARK S L, DÍAZ F, et al. Vaginal birth after cesarean. *Am J Obstet Gynecol.* 1987;157:1510-5

27-NAEF R W, RAY M, CHAUHAN S P, et al. Trial of labor after cesarean delivery with a lower segment, vertical uterine incision: Is safe ?. *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 172:1666-74

28-NIELSEN T F, LJUNGBLAD U, HAGBERG H. Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1989;160:569-73

29-JARELL M A, ASHMEAD G G, MANN L I. Vaginal delivery after cesarean section: A five-year study. *Obstet Gynecol.* 1985;65:628-32



- 30-STOVALL T G, SHAVER D C, SOLOMON S K, et al. Trial of labor in previous cesarean section patients, excluding classical cesarean section. *Obstet Gynecol.* 1987;70: 713-7
- 31-SALDANA L R, SCHULMAN H, REUSS L. Management of pregnancy after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1979;135:555-61
- 32-GOLDMAN G, PINEAULT R, POTVIN R, et al. Factors influencing of vaginal birth after cesarean section. *Am J Public Health.* 1993;83:1104-8
- 33-FRIEDMAN A E. Primigravid labor: A graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol.* 1955;6:567
- 34-HARLASS F E, DUFF P. The duration of labor in primiparas undergoing vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 1990;75:45-7
- 35-KLINE J, ARIAS F. Analysis of factors determining the selection of repeated cesarean section or trial of labor in patients with histories of prior cesarean delivery. *J Reprod Med.* 1993;38:289-92
- 36-DUFF P, SOUTHMAYD K, READ J A. Outcome of trial of labor in patients with a single previous low transverse cesarean section for dystocia. *Obstet Gynecol.* 1988;71:380-4
- 37-SILVER R, GIBBS R. Predictors of vaginal delivery in patients with a previous cesarean section, who require oxytocin. *Am J Obstet Gynecol.* 1987;156:57-60
- 38-JAKOBI P, WEISSMAN A, PERETZ B A, et al. Evaluation of prognostic factors for vaginal delivery after cesarean section. *J Reprod Med.* 1993;38:729-33
- 39-WEINSTEIN D, BENSUSHAN A, TAÑOS V, et al. Predictive score for vaginal after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174:192-8
- 40-DEMIANCZUK N, HUNTER D S, TAYLOR W. Trial of labor after previous cesarean section: Prognostic indicators of outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;142:640-2
- 41-SCOTT J. Mandatory trial of labor after cesarean delivery: An alternative viewpoint. *Obstet Gynecol.* 1991;77:811-4
- 42-KLAHN K S, RIZVI A. The partograph in the management of labor following cesarean section. *Int J Gynecol Obstet.* 1995;50:151-7
- 43-THUBISI M, EBRAHIM A, MOODLEY J, et al. Vaginal delivery after previous

TESIS COM
FALL

- caesarean section: Is X-ray pelvimetry necessary ?. Br J Obstet Gynecol. 1993; 100:421-4
- 44-KRISHNAMURTHY S, FAIRLIE F, CAMERON A D, et al. The role of postnatal X-ray pelvimetry after caesarean section in the management of subsequent delivery. Br J Obstet Gynecol. 1991;98:716-8
- 45-RODRIGUEZ M H, MASAKI D Y, PHELAN J P, et al. Uterine rupture: Are intrauterine pressure catheters useful in the diagnosis ?. Am J Obstet Gynecol. 1989;161:666-9
- 46-MEEHAN F, MOOLGAOKER A, STALLVORTHY J. Vaginal delivery under caudal analgesia after cesarean section and other major uterine surgery. Br Med J 1972;2:740
- 47-MOREWOOD G, O'SULLIVAN M, MCCONNEY J. Vaginal delivery after cesarean section. Obstet Gynecol. 1973;42:589
- 48-PLAUCHE W C, VON ALMEN W, MULLER R. Catastrophic uterine rupture. Obstet Gynecol. 1984;64:792-7
- 49-ALLAHBADIA N. Vaginal delivery following cesarean section. Am J Obstet Gynecol. 1963;85:241
- 50-KAPLAN B, ROYBURT M, PELED Y, et al. Routine revision of uterine scar after prior cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand. 1994;73:473-5
- 51-GEMER O, SEGAL S, SASSOON E. Detection of scar dehiscence at delivery in women with prior cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand. 1992;71:540-2
- 52-SALDANA L, SCHULMAN H, REUSS L. Management of pregnancy after cesarean section. Am J Obstet Gynecol. 1979;101:133
- 53-MERILL B, GIBBS C. Planned vaginal delivery following cesarean section. Obstet Gynecol. 1977;52:50
- 54-DOUGLAS R, BIRNBAUM S, MACOONALD F. Pregnancy and labor following cesarean section. Am J Obstet Gynecol. 1963;86:961
- 55-ROZENBERG P, GOFFINET F, PHILLIPPE H J, ET AL. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects of scarred uterus. Lancet. 1996;347:281-4
- 56-PHELAN J P, AHN M O, OIAZ F, et al. Twice cesarean, always a cesarean?. Obstet Gynecol. 1989;73:161-5

ESTA TESIS HA
DE LA BIBLIOTECA

57-GRANOVSKY S, SHAYA M, DIAMANT Y Z. The management of labor in women with more than one uterine scar: Is a repeat cesarean section really the only "safe" option ?. J PerinatMed. 1994;22:13-7

58-CHATTOPADHYAY S K, SHERBEENI M M, ANOKUTE C C. Planned vaginal delivery after two previous caesarean section. Br J Obstet Gynecol. 1994;101:498-500

59-FLAMM B L, GOINGS J R. Vaginal birth after cesarean section: Is suspected fetal macrosomia a contraindication ?. Obstet Gynecol. 1989;74:694-7

60-NGUYEN T V, DIHN T V, SURESH M S, et al. Vaginal birth after cesarean section at the University of Texas. J Reprod Med. 1992;37:880-2

61-PEOWITZ P, SCHAWARTZ R. The true incidence of silent rupture of cesarean section scar: A prospective analysis of 403 cases. Am J Obstet Gynecol. 1957;64:113

62-WILSON A. Labor and delivery after cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1951;62:1225

63-KALTREIDE R D, KRONE W. Delivery following cesarean section. Clin Obstet Gynecol. 1959;2:1029

64-FLAMM B L, GOINGS J R, FUELBERTH N J, et al. Oxytocin during labor after previous cesarean section: Results of a multicenter study. Obstet Gynecol. 1987;70:709-12

65-COWAN R K, KINCH R A, ELLIS B, et al. Trial of labor following cesarean delivery. Obstet Gynecol. 1994;83:933-6

66-JONES R O, NAGASHIMA A W, HARTNETT M M, et al. Rupture of low transverse cesarean scars during trial of labor. Obstet Gynecol. 1991;77:815-7

67-GOLAN A, SANOBANK O, RUBIN A. Rupture of the pregnant uterus. Obstet Gynecol 1980;56:549-54

68-CLARK S L. Rupture of the scarred uterus. Obstet Gynecol Clin N A. 1988;15:737-44

69-BOLAJI L, MEEHAN F P. Post cesarean section delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1993;51:181-92

70-MACKENZIE I Z, BRAOLEY S, EMBREY M P. Vaginal prostaglandins and labour induction for patients previously delivered by caesarean section. Br J Obstet Gynecol. 1984;91:7-10

71-DEL VALLE G O, ADAIR C D, SÁNCHEZ L, et al. Cervical ripening in women with

previous cesarean deliveries. Int J Gynecol Obstet. 1994; 47:17-21

72-DOMMESENT D, BALOUET P, MARIE G, et al. Cervical ripening with prostaglandin E2 in scarred uterus during the third trimester of pregnancy: Report of 82 cases. J Gynecol Obstet Biol reprod. 1994;23:318-22

73-NORMAN M, EKMAN G. Preinductive cervical ripening with prostaglandin E2 in womwn with one previous cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand. 1992;71:351-5

74-BLANCO J D, COLLINS M, WILLIS D, et al. Prostaglandin E2 gel induction of patients with a prior low transverso cesarean section. Am J Perinatol. 1992;9:80-3

75-STONE J L, LOCKWOOO C J, BERKOWITZ G. Use of cen ical prostaglandin E2 gel in patients with previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol. 1994;11:3G9-12

76-SEGAL S, GEMER O, ZGHAV E, et al. Evaluation of breast stimulation for induction of labor in women with a prior cesarean section and in granmultiparas. Acta Obstet Gynecol Scand. 1995;74:40-1

77-FLAMM B L, GOINGS J R, LID Y, et al. Electivo repeat cesarean delivery versus trial of labor: A prospectivo multicenter study. Obstet Gynecol. 1994;83:927-32

78-ACOG practice bulletin. Vaginal birth after previous cesarean delivery. International Journal of Gynecology and obstetrics 66 (1999) 197-204

TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION