

11217



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA"

"PARTO VAGINAL EUTOCICO DESPUES DE  
UNA OPERACION CESAREA"

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:  
**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**  
P R E S E N T A :  
**DRA. MARISOL MORALES BALLINAS**

ASESOR DE TESIS: DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ



**ISSSTE**

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2004

4



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.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

4

I. S. S. S. T. E.  
DELEGACION ZONA NORTE

H. G. "DR. GONZALO CASTAÑEDA" ISSSTE

DIRECTORIO



OCT. 11 2004

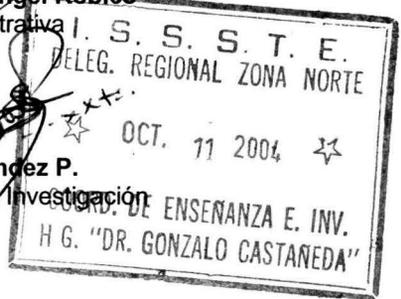


HOSP. GRAL. DR. GONZALO CASTAÑEDA  
DIRECCION

Dr. Luis Bayardi Ortiz Petriccioli  
Director

Dr. Mario Horacio Calderón  
Subdirector Médico

Dra. Gloria del Carmen Rangel Robles  
Subdirectora Administrativa



Dr. Raymundo Hernández P.  
Coordinador de Enseñanza e Investigación

Dr. Alfredo Alaniz Sánchez  
Profesor titular del curso y médico adscrito del  
Servicio de Ginecología y Obstetricia



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



ASESORES DE LA TESIS:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'ALANIZ', with several long, sweeping strokes extending from the end of the signature.

Dr. Alfredo Alaniz Sánchez  
Asesor en el tema y desarrollo del trabajo

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'RAYMUNDO', with several long, sweeping strokes extending from the end of the signature.

Dr. Raymundo Hernández P.  
Asesor de la aplicación metodológica de investigación

## AGRADECIMIENTOS

*Al Dr. Alfredo Alaniz Sánchez*

Por su valiosa orientación y apoyo para la realización del presente trabajo de investigación.

*A mi esposo Daniel*

Por su apoyo incondicional e inagotable paciencia para llegar al fin de esta meta.

DEDICADO A:

*Erick, Gael y Daniel*

**PARTO VAGINAL EUTOCICO DESPUÉS  
DE UNA OPERACIÓN CESAREA**

## INDICE

Antecedentes .....	1
Planteamiento del problema .....	2
Objetivo general y específicos .....	2
Hipótesis .....	2
Justificación .....	3
Diseño .....	3
Marco teórico .....	4
Tamaño de la muestra.....	5
Tipo de estudio .....	6
Criterios de inclusión .....	7
Criterios de exclusión.....	8
Descripción general del estudio.....	9
Resultados .....	10
Beneficios .....	18
Conclusiones.....	19
Gráficas .....	21
Hoja de recolección de datos .....	33
Consentimiento informado .....	34
Glosario.....	35
Bibliografía .....	37

## ANTECEDENTES

El aumento de la operación cesárea puede ser justificado debido a que, con los estudios auxiliares de diagnóstico como el ultrasonido y el registro cardiotocográfico, se detectan patologías insospechadas clínicamente durante el control prenatal, y el uso de éstos hace que exista abuso en los diagnósticos y que se realicen procedimientos operatorios que oscilan de un 35 a 50% (2), elevando la morbimortalidad materna hasta 8 veces en comparación con el nacimiento por vía vaginal.

El aumento en la operación cesárea probablemente contribuya a generar acciones que posiblemente tenga que ver con el aumento de procedimientos médico-legales, por el grado de responsabilidad que se tiene con respecto al binomio.

El parto vaginal en pacientes con cesárea previa es una condición ampliamente debatida desde hace muchos años por algunos autores e instituciones que tomaban al pie de la letra el aforismo “una cesárea siempre es cesárea”, y que data desde 1916, época en que la mayoría de las cesáreas se efectuaban mediante la técnica corporal clásica (1,5).

El parto vaginal en pacientes con cesárea previa ofrece ventajas tanto para la madre como para el feto, disminuyendo la morbilidad y mortalidad materno-fetal, ya que actualmente se está realizando la operación cesárea con técnica quirúrgica de Kerr, en la que la incisión del útero se realiza a nivel del segmento inferior, lo cual disminuye el temor de que durante la inducto-conducción del trabajo de parto se produzca una dehiscencia o ruptura uterina, determinando así un riesgo bajo. (3,4)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿ Es posible atender un parto vaginal eutócico después de una sola operación cesárea después de un año de su realización y sin que la causa de la indicación se repita ?

## **OBJETIVO GENERAL**

Atender un parto vaginal eutócico en mujeres embarazadas con antecedente de una sola operación cesárea.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1.- Seleccionar a pacientes candidatas a parto vaginal con el antecedente de una sola operación cesárea.
- 2.-Llevar a término el trabajo de parto con éxito evitando medidas quirúrgicas y otras versiones de práctica recurrente

## **HIPÓTESIS**

Acaso la atención de un parto vaginal eutócico con el antecedente de una operación cesárea previa condiciona generar morbilidad materna y perinatal ?

## **JUSTIFICACIÓN**

La atención de un parto vaginal eutócico en pacientes con antecedente de una operación cesárea previa, permite a la mujer integrarse a sus labores familiares o de trabajo a la brevedad de tiempo, evitando el riesgo de posibles complicaciones post-quirúrgicas, y cabe la posibilidad de disminuir el índice de la operación cesárea no justificada para evitar procedimientos en que interviene el mayor número de personal de salud, y disminuir el número de días de estancia hospitalaria y el costo día-cama.

## **DISEÑO**

Se realizará el presente estudio en la unidad tocoquirúrgica del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" ISSSTE, establecido como una unidad de 2º nivel de atención médica, en donde se hará la selección de todas las pacientes que tengan el antecedente de una operación cesárea previa, con más de un año de realizada, conociendo el antecedente de su indicación, que actualmente cursen con embarazo a término en trabajo de parto y con previa valoración clínica de la pelvis, situaciones que permitan atender el parto vaginal eutócico y conocer su evolución trans y post parto.

## MARCO TEORICO

El estudio se realiza en la unidad de tococirugía del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE, en donde se le hará la invitación a pertenecer al estudio a todas las mujeres embarazadas que recurran a la unidad hospitalaria a partir del 1º de marzo del 2001 y hasta el 1º de marzo del 2004 y con previa información se contará con su consentimiento por escrito; todas las mujeres embarazadas serán incluidas, con edad gestacional de término, esto es, entre 37 a 41 semanas de gestación e independientemente de la edad materna y antecedente de haber tenido una sola operación cesárea con más de un año de realizada, considerando que clínicamente es candidata para un trabajo de parto en forma espontánea o mediante la inductoconducción, así mismo se le hará de su conocimiento de que existe la opción que el parto puede ser atendido para el nacimiento natural por vía vaginal.

La atención será bajo la aplicación de analgesia obstétrica por bloqueo peridural preferentemente a los 5 cm de dilatación, y para, posterior al alumbramiento, se revise de forma intencionada la integridad de la histerorrafia.

Se vigilará el trabajo de parto como lo marca la Norma Oficial Mexicana así como su atención. Se realizará exploración genitoabdominal para valorar si se está llevando a cabo el mecanismo del parto según la curva de Friedman, cada hora y la auscultación del monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal.

En caso de tener un trabajo de parto irregular, se indicará inducción y conducción del trabajo de parto con oxitocina a 5mU hasta regular el trabajo de parto.

En el segundo estadio del trabajo de parto se atenderá el nacimiento llenando los datos que se anexan en la hoja de recolección de los mismos.

En el tercer estadio de trabajo de parto se revisará en forma intencionada la integridad de la histerorrafia y se valorará la cicatriz de la incisión realizada a nivel uterino.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Todas las pacientes que reúnan las características antes mencionadas, durante el tiempo comprendido del 1º de marzo del 2001 al 1º de marzo del 2004.

## TIPO DE ESTUDIO

### Prospectivo, Transversal, Comparativo, Observacional.

PROSPECTIVO: Por la forma de recolectar la información de los datos, a futuro.

TRANSVERSAL: No se hace seguimiento, ya que se valorará la forma de atención del nacimiento y de sus repercusiones.

OBSERVACIONAL: Se presenciaron los fenómenos sin modificar las variables.

DESCRIPTIVO: Se estudiará un solo grupo, no haciéndose comparaciones.

ABIERTO: Porque se conocen las condiciones de la atención del parto.

## **CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

1. Pacientes con antecedente de una sola operación cesárea, con un aborto anterior o que hayan presentado primero un aborto y después una cesárea, o una sola cesárea sin aborto
2. Antecedente de que la incisión uterina previa haya sido segmentaria baja (Técnica de Kerr).
3. Que no tenga antecedente de infección postoperatoria en la cesárea previa.
4. Inducción y conducción del trabajo de parto con oxitocina intravenosa y con vigilancia estrecha.
5. Sala de quirófano disponible en caso de urgencia.
6. Contar con monitor cardiotocográfico para el registro de la frecuencia cardíaca fetal y contractilidad uterina.
7. Valoración clínica del peso estimado del feto así como de la pelvis materna para permitir un trabajo de parto y obtener un parto vaginal.
8. Embarazo de término.
9. Que la paciente acepte participar.

## CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes con enfermedades sistémicas.
2. Que desee un nacimiento por operación cesárea.
3. Pacientes con enfermedades intercurrentes.
4. Antecedente de cesárea anterior con incisión uterina tipo clásica.
5. Período intergenésico corto (menos de año y medio de la cesárea previa)
6. Dos o más cesáreas previas.
7. Antecedente de metroplastía o miomectomía.
8. Macrosomía fetal.
9. Embarazo múltiple.
10. Presentación o situaciones defectuosas
11. Desproporción céfalo-pélvica
12. Hemorragia transvaginal durante el trabajo de parto
13. Estado hipertensivo desarrollado durante el trabajo de parto.

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

- 1.- Nombre completo de la paciente
- 2.- Edad actual
- 3.- Gestas y resolución
- 4.- Fecha de última cesárea
- 5.- Indicación y sitio de realización de la cesárea previa
- 6.- FUR y semanas actuales de gestación
- 7.- Fecha y hora de ingreso
- 8.- Indicación de inducción o conducción del trabajo de parto tras cesárea previa
- 9.- Peso del producto
- 10.- Hora de nacimiento
- 11.- Calificación de Apgar
- 12.- Tipo de anestesia
- 13.- Tipo de episiotomía
- 14.- Tiempo desde su ingreso al nacimiento
- 15.- Revisión de histerorrafia
- 16.- Complicaciones durante el parto y tratamiento.

## RESULTADOS

Se estudiaron a un total de 47 pacientes que cumplieron los requisitos para participar en el estudio, clasificando los resultados de acuerdo a los siguientes grupos:

- **EDAD**

Más joven:	21	años
De mayor edad:	37	años
Edad promedio:	27.8	años

- **PARIDAD**

Gesta 3:	11	pacientes
Gesta 2:	36	pacientes
Aborto:	11	pacientes

- **TIEMPO DE ULTIMA CESAREA PREVIA**

Tiempo máximo:	10	años
Tiempo mínimo:	1.5	años
Edad Promedio:	4	años y 4 meses

## • INDICACIÓN DE LA CESAREA PREVIA

Sufrimiento Fetal Agudo:	11	pacientes
Desproporción Céfalo-pélvica:	9	pacientes
Trabajo de parto estacionario:	7	pacientes
Presentación pélvica:	7	pacientes
Macrosomía fetal:	5	pacientes
Trabajo de parto prolongado:	3	pacientes
Ruptura prematura de membranas:	1	paciente
Hipomotilidad fetal:	1	paciente
Preeclampsia:	1	paciente
Lesión lumbar:	1	paciente
Postmadurez:	1	paciente

## • EDAD GESTACIONAL

Edad mínima:	36	semanas
Edad máxima:	42	semanas
36 a 37 semanas:	11	pacientes
39 a 39 semanas:	20	pacientes
40 a 41 semanas:	14	pacientes
42 semanas:	2	pacientes
<b>TOTAL:</b>	<b>47</b>	<b>pacientes</b>

- **CESAREA PREVIA REALIZADA EN MEDIO:**

Particular:	17	pacientes
IMSS:	22	pacientes
SSA:	06	pacientes
ISSSTE	02	pacientes
TOTAL:	47	pacientes

- **INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO**

Solución con infusión de oxitocina:	27	pacientes
Sin inducto- conducción:	19	pacientes
Conducción con prostaglandinas		
Intracervicales:	1	paciente

- **TIEMPO DESDE EL INGRESO AL NACIMIENTO**

Tiempo mínimo:	45	minutos
Tiempo máximo:	16	horas 25 minutos
Tiempo promedio:	5	horas 11 minutos

- **PESO DEL RECIEN NACIDO**

Peso mínimo:	2,200 g.
Peso máximo:	3,910 g.
Peso promedio:	3,063 g.

- **CALIFICACIÓN DE APGAR AL NACIMIENTO**

9/9 = 3

8/9 = 34

8/8 = 1

7/9 = 2

7/8 = 4

6/8 = 1

6/7 = 1

5/8 = 1

- **TIPO DE ANESTESIA**

Bloqueo peridural: 36 pacientes

Local: 8 pacientes

Sin anestesia: 3 pacientes

- **TIPO DE EPISIOTOMIA**

Medio lateral derecha: 31 pacientes

Media: 12 pacientes

Sin episiotomía: 3 pacientes

Medio lateral izquierda: 1 paciente

- **COMPLICACIONES**

Inversión uterina:	1	caso
Hipotonía transitoria:	1	caso
Desgarro 1er. Grado:	1	caso
Desgarro 3er. Grado:	1	caso
Punción de duramadre:	1	caso
Caput izquierdo:	1	caso
Corioamnionitis:	1	caso

- **REVISIÓN DE LA HISTERORRAFIA**

Todas las pacientes.

El estudio reunió un total de 47 pacientes con el antecedente de haber cursado con una sola cesárea previa, cumpliendo con los criterios de inclusión y la selección para ser atendidas a trabajo de parto vigilado; el número de pacientes que ocurrieron durante marzo del 2001 a marzo del 2004 fueron las que cumplían con las características objetivas del trabajo en estudio.

Un dato que incluimos fue el conocer en que unidad hospitalaria se había efectuado las cesáreas previas, obteniendo que se realizaron en hospitales de asistencia pública correspondiendo a 22 cesáreas en el IMSS, 6 cesáreas en la SSA y 2 cesáreas en el ISSSTE, así como 17 cesáreas en medio particular.

En las indicaciones de la Cesárea Previa, encontramos que 9 pacientes refirieron que la causa de la cesárea realizada fue por desproporción céfalo-pélvica, (situación que mediante nuestra valoración clínica no se corroboró ) y por lo tanto sí tenían las condiciones para ser incluidas en el estudio.

Otra de las variables fue la edad de las pacientes, con una variación entre 21 y 37 años de edad. Respecto a paridad, 36 pacientes tenían una gesta 2 con una cesárea previa y su embarazo actual y 11 pacientes con 3 gestas, conteniendo 1 aborto, 1 cesárea previa y el embarazo actual, por lo que se realizó la cuantificación del tiempo transcurrido de la cesárea previa al siguiente embarazo que corresponde al actual y se registró que osciló de 1.5 a 10 años, con un tiempo promedio de 4.4/12.

Es importante resaltar que las causas de la cesárea previa fueron diferentes durante el embarazo actual, por lo que las pacientes atendidas durante el trabajo de parto en su versión de inducción, 27 de ellas se les administró oxitocina a dosis respuesta, una paciente con prostaglandinas intracervicales y 19 pacientes que ingresaron con trabajo de parto en fase activa que no requirieron de la conducción y que el trabajo de parto se desarrolló de manera espontánea.

Respecto al peso de los recién nacidos, osciló entre los 2200 a 3910 g. El tiempo de tardanza que cursaron las pacientes a partir de su ingreso al momento de la expulsión del producto, osciló entre los 45 minutos y 16 horas con 25 minutos, cumpliéndose lo que sugiere Friedman, que el tiempo de parto para mujeres primigestas incurren hasta 12 horas y en mujeres multíparas oscila entre las 6 a 8 horas de espera.

La calificación Apgar al nacimiento de los recién nacidos, correspondieron a 3 casos con un Apgar de 9/9, 34 casos con Apgar 8/9, un caso con Apgar 8/8, 2 casos de Apgar 7/9, 4 casos de Apgar 7/8 y un caso de Apgar 6/8, 6/7 y 5/8, respectivamente. Se les considera el Apgar de calificación baja a 2 de 3 casos, generados por un trabajo de parto prolongado, con una demora de tiempo desde el ingreso de la paciente hasta la hora de nacimiento del recién nacido, y el otro caso de Apgar bajo se debió a brevedad del cordón umbilical. Cabe señalar que los recién nacidos se recuperaron adecuadamente con la atención oportuna del servicio de Neonatología.

En 36 pacientes se aplicó bloqueo peridural, respondiendo en forma adecuada a la evolución del trabajo de parto agregando la cooperación de la paciente; en 8 pacientes se aplicó solamente anestesia local por no aceptar la aplicación de analgesia obstétrica; en 3 de ellas no fue necesaria la anestesia por el umbral elevado al dolor.

Durante la atención de las pacientes con trabajo de parto, se realizó el primer estadio correspondiendo a la dilatación y borramiento cervicales. En el desarrollo del segundo estadio del trabajo de parto y para evitar la aplicación de los fórceps de tipo expulsivo, se incurrió a efectuar cirugía que amplifique el canal del parto al momento de la expulsión del producto, bajo la tutoría de los profesores, revisando la integridad de la histerografía de la cesárea previa, efectuándose en 31 pacientes episiotomía medio lateral derecha, en 12 pacientes la episiotomía fue media, en una paciente se efectuó episiotomía medio lateral izquierda y en 3 pacientes no se requirió de versión alguna; finalmente, el tercer estadio correspondió a la expulsión de la placenta y membranas corioamnióticas.

La supervisión vigilada por el tutor adolece de toda perfección debido a que todo individuo está ajeno de producir la magnificación de cómo se van a presentar los trabajos de parto y nuestro estudio no está ajeno de haber encontrado complicaciones durante el trabajo de parto y nacimiento, presentándose en un caso inversión uterina, generada por peso del producto mayor que el peso promedio que registra nuestra población caucásica, el cual fue de 3910 g.; esta complicación se corrigió a través de maniobras oportunas para la pronta recuperación de la paciente.

En otro caso se presentó hipotonía transitoria por presentar el recién nacido un peso de 3725g y previa ruptura de membranas de 11 horas transcurridas, la cual fue corregida con maniobras manuales (masaje al útero) y el empleo de fármacos como la Ergonovina.

Así mismo, tuvimos a una paciente con desgarro de primer grado comprometiendo solamente mucosa vaginal, horquilla y piel del perineo, generada por la falta de episiotomía por llegar la paciente en período expulsivo, y otra paciente presentó desgarro de tercer grado, abarcando el cuerpo perineal con lesión de músculos perineales profundos, debido a una deficiente protección perineal; los dos tipos de desgarros fueron reparados adecuadamente.

La frecuencia que se presenta es en pacientes primigestas predominantemente a falta de protección perineal preventiva en la realización de la maniobra de Ritgen modificada, es decir, que pese a los errores del momento, es baja la incidencia en desgarros perineales.

En una paciente se presentó punción inadvertida de duramadre durante la aplicación de bloqueo peridural, a quien se le colocó posteriormente un parche hemático y su recuperación fue en un corto tiempo.

En un recién nacido se observó caput izquierdo, probablemente por presentar la paciente una pelvis límite; en otra paciente se detectó corioamnionitis, por un proceso infeccioso previo, detectado posterior al parto al presentar una temperatura de 38.5°C, y fue tratada mediante antibioticoterapia.

Por otro lado, también hay casos en que pueden encontrarse hallazgos durante el desarrollo del trabajo de parto, como 4 casos de recién nacidos que presentaron circular de cordón a cuello simple, no apretados, correlacionándolos con calificaciones de Apgar de 7/8.

## **BENEFICIOS**

- Uso de Oxitocina
- Cesárea no necesariamente es IGUAL a Cesárea
- Evitar el uso de fórceps
- Uso de analgesia obstétrica
- Disminuir el índice de cesáreas

## CONCLUSIONES

Las complicaciones que se registraron durante la atención de los 47 partos de este grupo de pacientes, se consideraron como causa secundaria de sucesos desencadenados en el momento de la atención del parto, causas que se pueden presentar en pacientes primigestas o multíparas sin antecedente de cesáreas previas, por lo que el antecedente de cesárea previa ha dejado de ser un mito fomentado de que una atención de cesárea, el siguiente parto deba ser obligatoriamente otra cesárea y no es un obstáculo para llevar a cabo un trabajo de parto bien vigilado y atendido con medidas auxiliares como el bloqueo peridural y episiotomía oportuna, por lo que el transcurso de nuestro estudio estuvo ajeno a las complicaciones esperadas, como la ruptura uterina, mencionada en la literatura como menor al 1%

Todas las indicaciones de cesárea pueden ser resueltas con una atención óptima del binomio madre-hijo, con una adecuada valoración de la madre vigilando el desarrollo intrauterino a través del monitoreo durante la evolución del embarazo, dando la oportunidad de llevar a cabo un trabajo de parto vigilado para la toma de decisiones veraces y oportunas, sin poner en riesgo la vida del binomio, ofreciéndole a las mujeres puérperas el menor riesgo a las complicaciones postquirúrgicas y una rápida recuperación física para integrarse a sus actividades de nueva madre en su entorno social.

Es necesario hacer notar que durante el desarrollo de mi trabajo de tesis, si no fue un tema de excelencia, me permitió aprender y aplicar oportunamente criterios de elección que protegen al binomio, así mismo ver otras alternativas de investigación, cuestionándome **¿Qué es lo que induce al parto?** Esta pregunta no ha sido respondida hasta la fecha en la literatura universal para la especialidad.

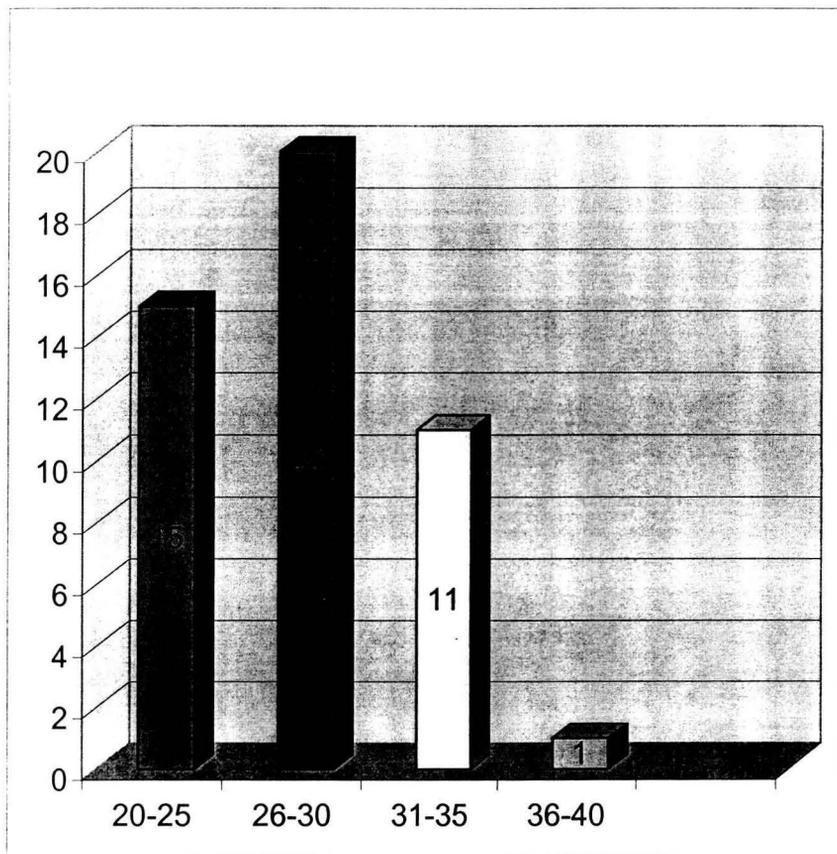
Por otro lado, es necesario conocer todos y cada uno de los factores endógenos y exógenos que contribuyen a la ruptura de la membranas y que las mujeres tengan esas mismas posibilidades de dar a luz por vía vaginal, exentas de las versiones utilizadas como el uso de fórceps, o simplemente evitar el número excesivo de cesáreas realizadas sin indicación justificada, y si estos partos vaginales obedecen a una ritmicidad biológica como los ritmos circadianos o circanuales al nacimiento humano.

Así mismo, para fines de la administración hospitalaria, nos arroje a evitar el diferimiento excesivo en las unidades hospitalarias, sobre todo redoblar la vigilancia en horas pico y en el transcurso de fines de semana.

H.G. "Dr. Gonzalo Castañeda" ISSSTE

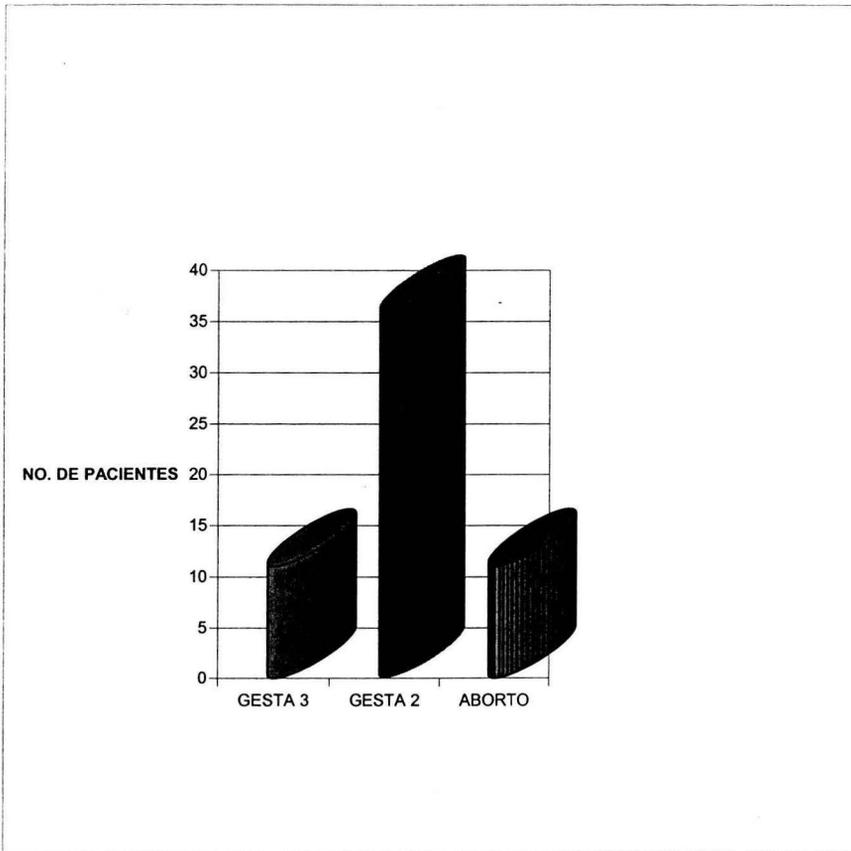
**Gráfica No. 1**

Numero de pacientes participantes por grupos etáreos



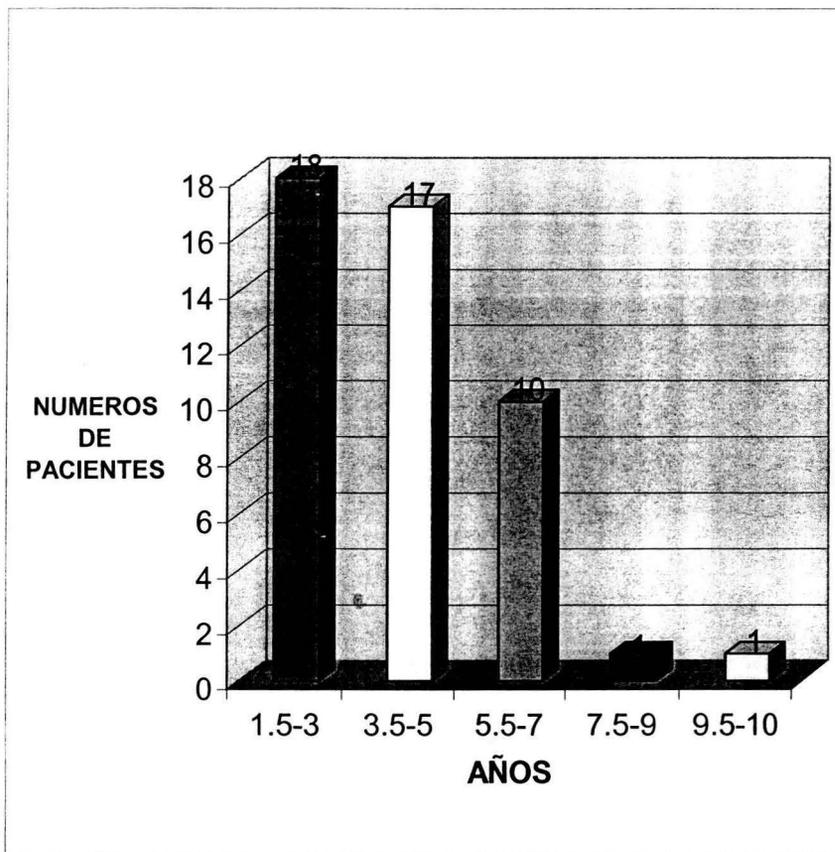
## Gráfica No. 2

Numero de pacientes participantes por número de paridad



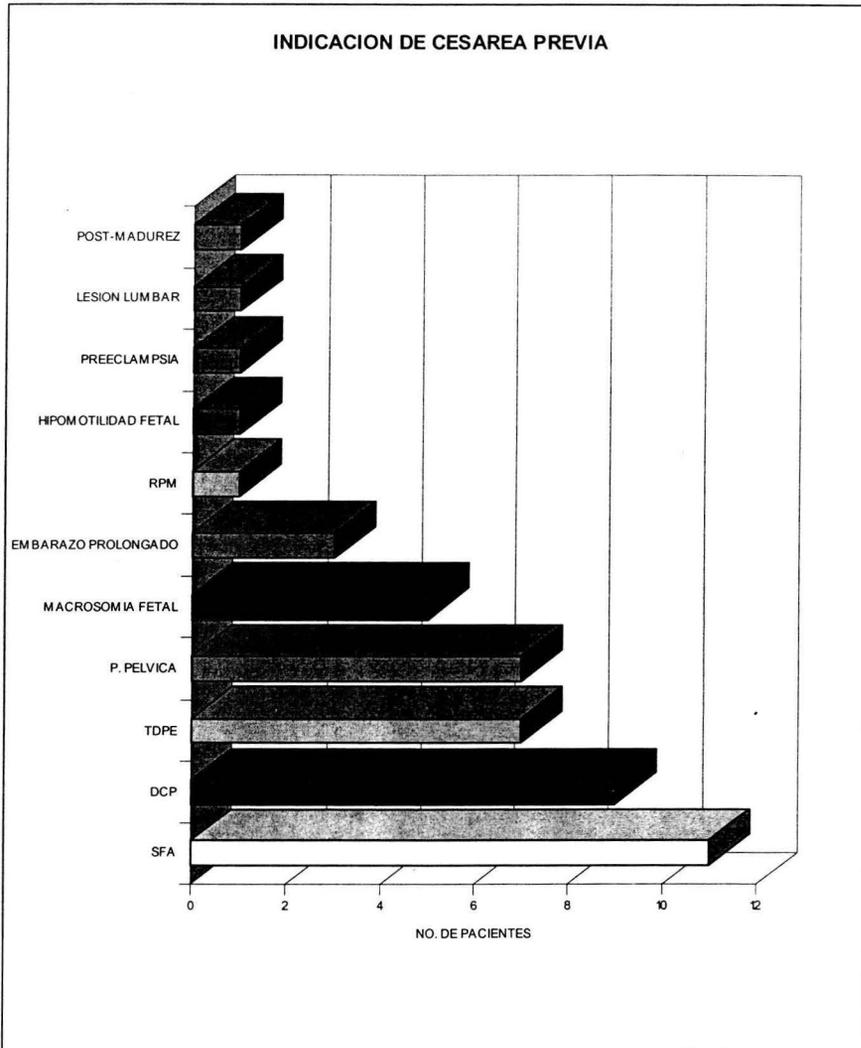
### Gráfica No. 3

Numero de pacientes participantes en función al tiempo transcurrido después de la última cesárea



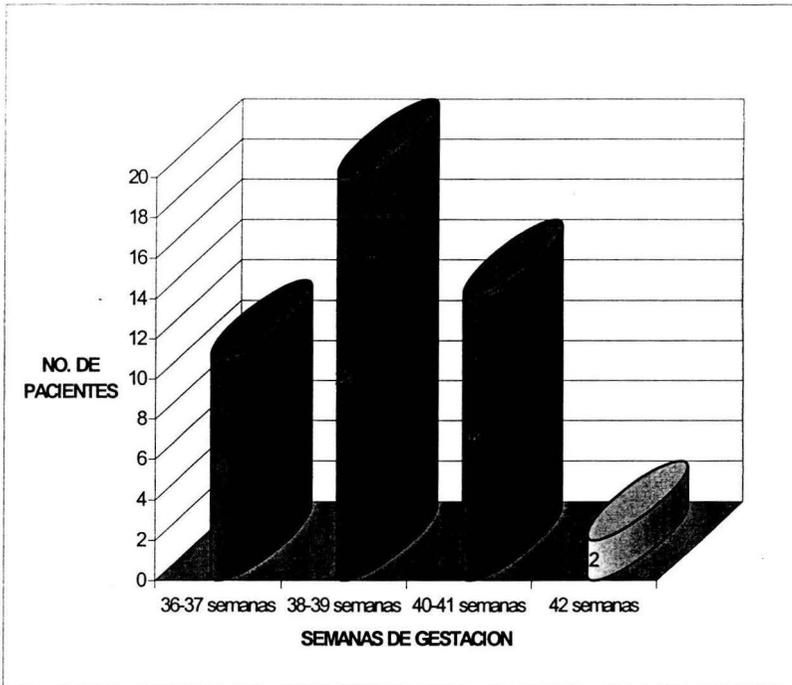
### Gráfica No. 4

Número de pacientes participantes en función a la indicación de cesárea previa



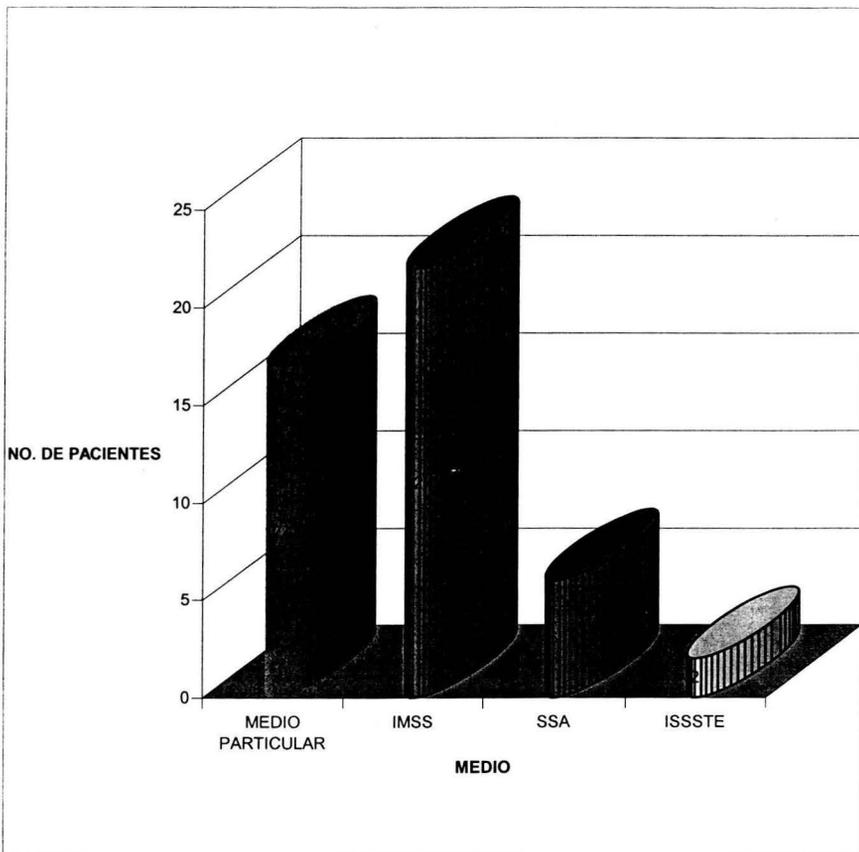
### Gráfica No. 5

No. de pacientes de acuerdo a la edad gestacional



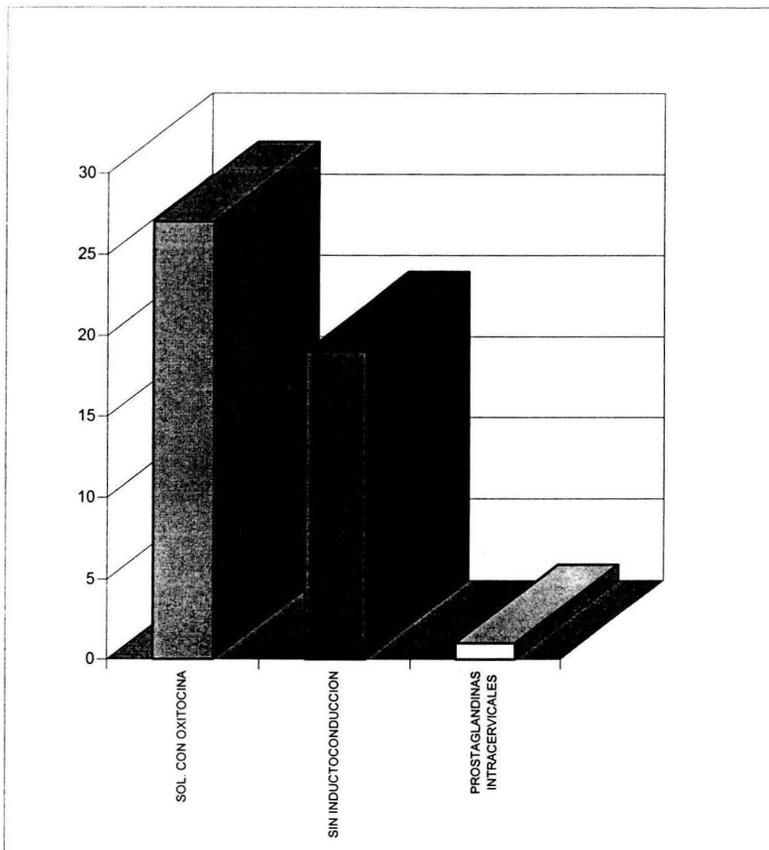
### Gráfica No. 6

No. de pacientes que incurrieron a la cesárea previa  
en diferentes Instituciones



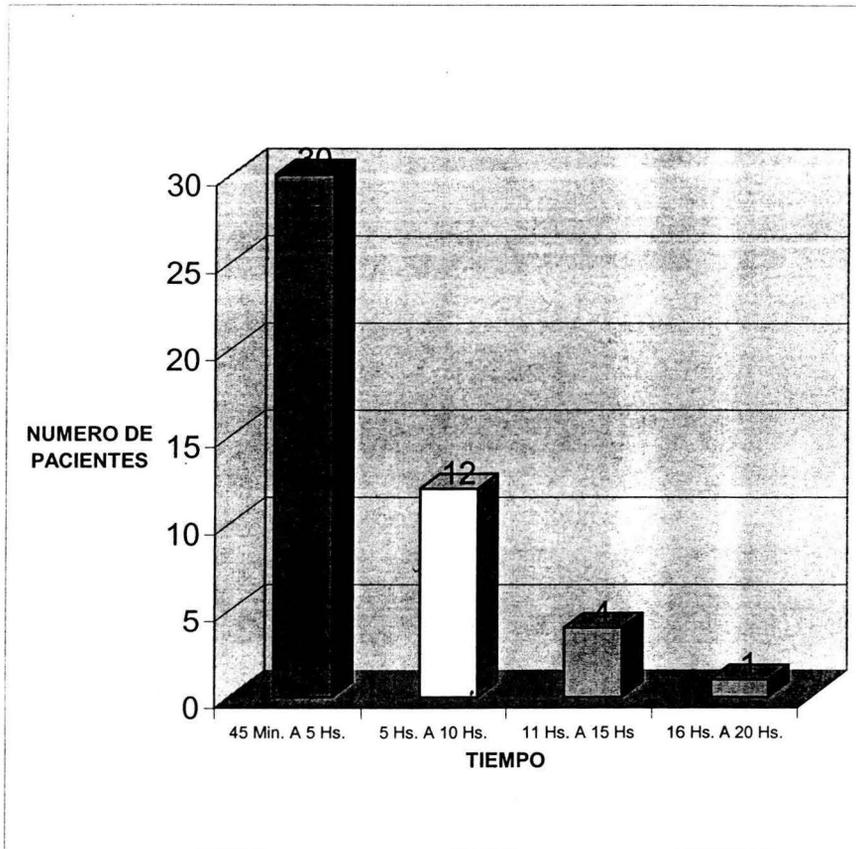
### Gráfica No. 7

Pacientes que requirieron la ministración de oxitócicos para la inducción del trabajo de parto



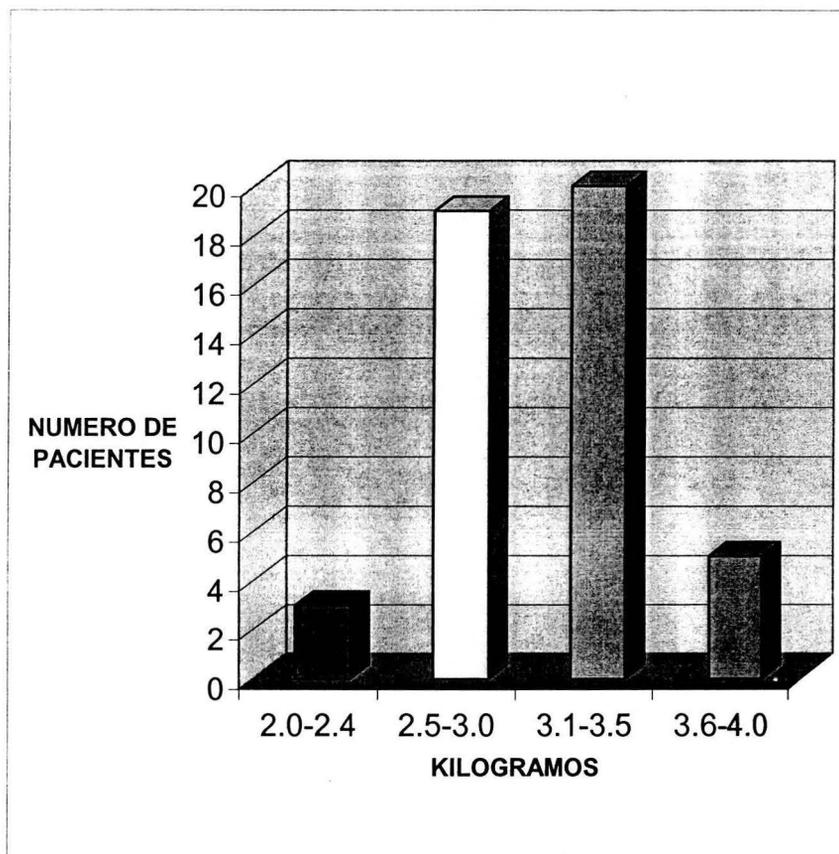
### Gráfica No. 8

Pacientes que requirieron de menor a mayor tiempo para la expulsión del producto.



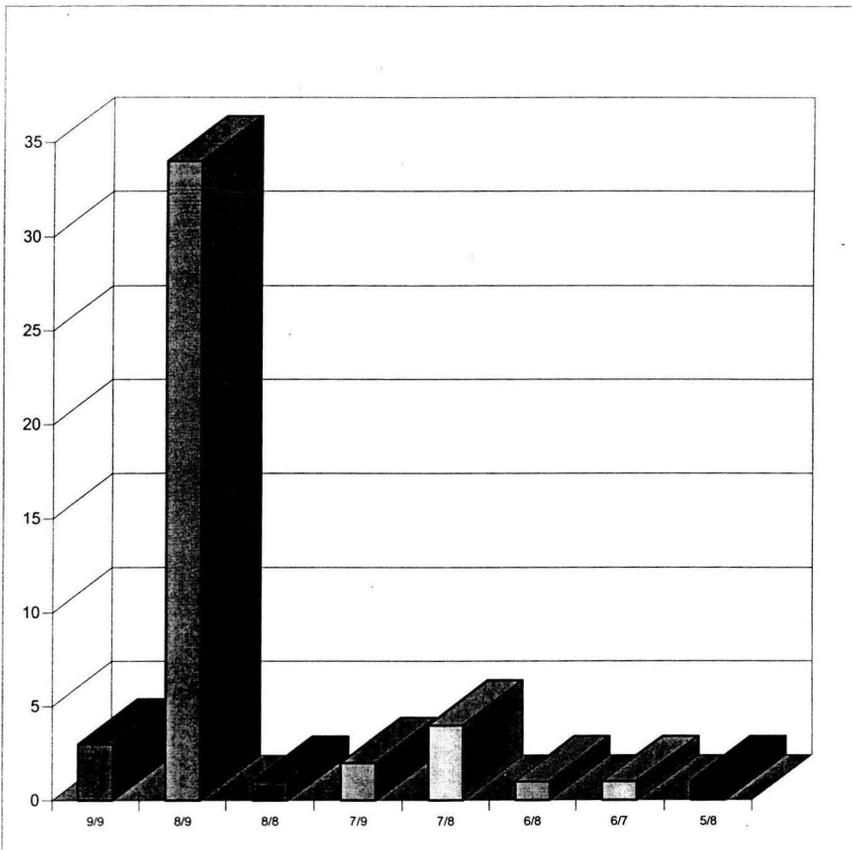
### Gráfica No. 9

Peso de los recién nacidos como producto de las 47 pacientes expuestas al parto vaginal después de una cesárea.



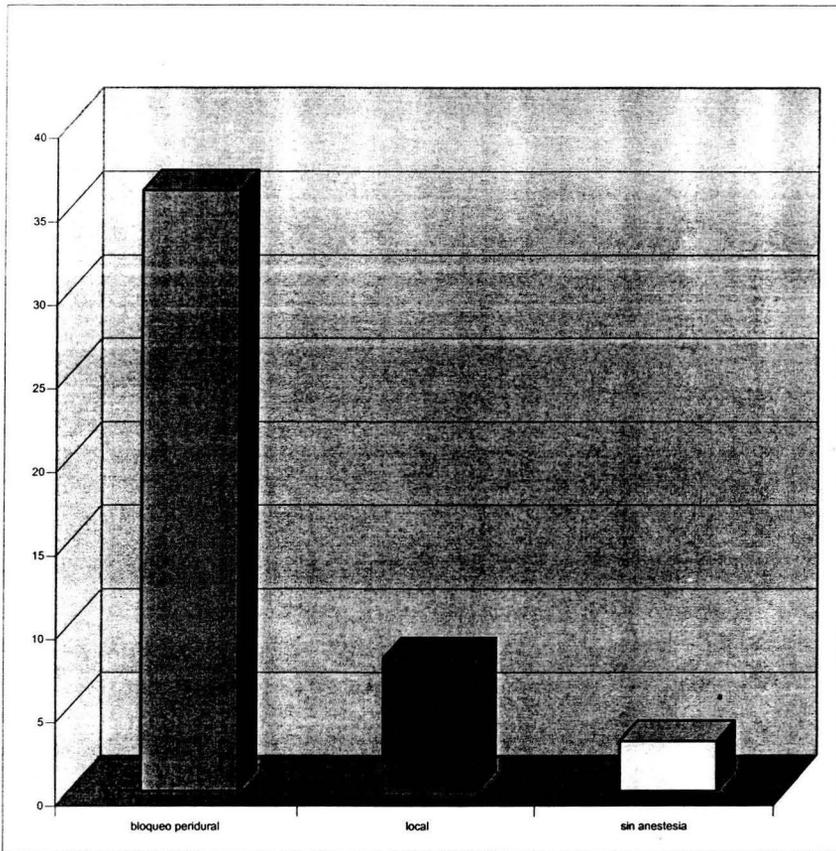
### Gráfica No. 10

Calificación Apgar de los neonatos obtenidos de los 47 partos eutócicos con antecedente de una cesárea previa



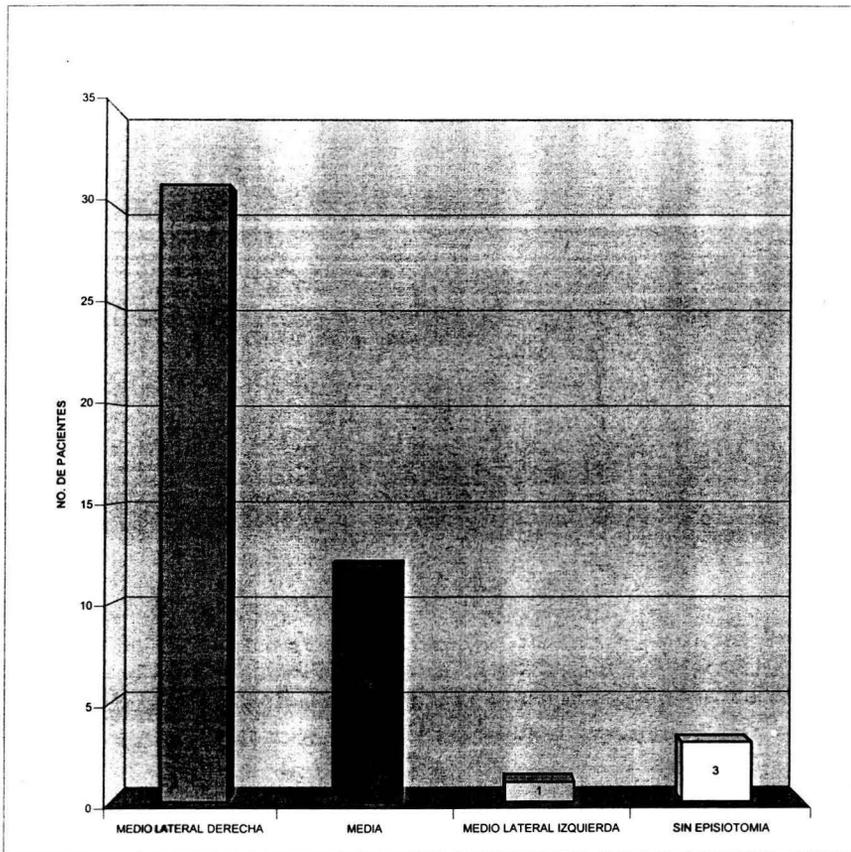
### Gráfica No. 11

Tipo de Anestesia utilizado durante el trabajo de parto de 47 mujeres embarazadas



### Gráfica No. 12

Tipo de episiotomía realizada en 47 mujeres en trabajo de parto



## HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

### PARTO VAGINAL EUTOCICO DESPUÉS DE UNA OPERACIÓN CESAREA

NOMBRE DE LA PACIENTE:

EDAD:

CEDULA:

GESTA:

PARA:

ABORTO:

CESAREA:

FECHA DE ULTIMA CESAREA:

INDICACIÓN DE LA CÉSAREA:

FUR:

SEMANAS DE GESTACIÓN ACTUAL:

SE INDICO CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO TRAS CESAREA  
PREVIA? ( SI ) ( NO ) TIPO:

SE INDICO INDUCCIÓN DEL PARTO TRAS CESAREA PREVIA?  
( SI ) ( NO ) TIPO:

TIPO DE NACIMIENTO: EUTOCICO DISTOCICO

PESO DEL PRODUCTO: HORA DE NACIMIENTO:

CALIFICACIÓN DE APGAR:

SE REALIZO EPISIOTOMÍA? ( SI ) ( NO ) TIPO:

SE REVISO INTEGRIDAD DE HISTERORRAFIA? ( SI ) ( NO )

COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO Y TRATAMIENTO

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### AUTORIZACIÓN DE LA PACIENTE

NOMBRE:

Autorizo a los médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado para que se me realice una valoración física previa para poder resolver el presente embarazo en parto vaginal eutócico, sabiendo mi antecedente de una sola cesárea previa, en la inteligencia de que no desconozco los procedimientos a los cuales seré sometida.

FIRMA DE LA PACIENTE

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

## GLOSARIO

<b><u>ALUMBRAMIENTO:</u></b>	Expulsión de la placenta y membranas después del parto.
<b><u>APGAR:</u></b>	(Índice, puntuación o test de) Sistema de puntuación que permite valorar la normalidad o grado de depresión del recién nacido, basado sobre la apreciación, del ritmo cardíaco, respiración, tono muscular, respuesta a los estímulos y color de la piel.
<b><u>ANALGESIA:</u></b>	Abolición de la sensibilidad al dolor.
<b><u>BLOQUEO:</u></b>	Interrupción de la conductibilidad de una vía nerviosa.
<b><u>CESAREA:</u></b>	Operación o sección por la que se libera el feto a través de las paredes abdominales y uterina.
<b><u>DEHISCENCIA:</u></b>	Abertura espontánea o natural de una parte u órgano.
<b><u>DESGARRO:</u></b>	Solución de continuidad, de bordes ordinariamente desiguales, producida por un estiramiento o avulsión.
<b><u>EPISIOTOMÍA:</u></b>	Incisión quirúrgica del orificio vulvar para evitar que se desgarre en el curso del desprendimiento de la presentación fetal.

<b><u>EUTOCICO:</u></b>	Atributo del parto normal; que favorece o facilita el parto.
<b><u>HISTERORRAFIA:</u></b>	Sutura de una incisión o desgarro del útero.
<b><u>INDUCCIÓN DEL PARTO:</u></b>	Iniciación de las contracciones uterinas provocadas por varios métodos.
<b><u>OXITOCINA:</u></b>	Hormona hipotalámica acumulada en el lóbulo posterior de la hipófisis que estimula las contracciones uterinas.
<b><u>PARTO:</u></b>	Conjunto de fenómenos fisiológicos conducentes a la salida del claustro materno de un feto viable y sus anexos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Vaginal delivery after previous cesarean birth. ACOG practice patterns. Int J. Gynecol Obstet 1996; 52: 90 – 98.
- 2.- De la Garza Q C, Celaya SSA, Hernández E C. Parto después de cesárea en el hospital de Ginecoobstetricia de Garza García, N. L. Ginec Obstet Mex 1997; 65: 126 – 30.
- 3.- Silver RK, Gibbs RS. Predictors of vaginal delivery in patients with a previous cesarean section, who require oxytocin. Am J Obstet Gynecol 1987; 156: 57 – 60
- 4.- Kaplan B, Rabinerson D, Harel L, Neri A, Chayen B. Multiple repeat cesarean sections. Int J. Gynecol Obstet. 1996; 55: 173-174.
- 5.- Rosen MG, Dickinson JC. Vaginal birth after cesarean: A meta-analysis or indicators for success. Obstet Gynecol 1990; 76: 865 – 69.
- 6.- Gregory KD, Henry OA, Gellens AJ, Hohel CJ, Platt LD. Repeat cesareans: How many are elective ? Obstet Gynecol 1994; 84: 574 – 8.
- 7.- Cowan RK, Kinch RA, Ellis B, Anderson R. Trial of labor following cesarean delivery. Obstet Gynecol 1994; 83: 933 – 6.
- 8.- Flamm BL, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsa dik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A prospective multicenter study. Obstet Gynecol 1994; 83: 927 – 32.

- 9.- Miller DA, Mullin P, Hov D, Paul RH. Vginal birth after cesarean section in twin gestation. *Am J. Obstet Gynecol* 1996; 175: 194 – 8.
- 10.- Hagadorn – Freathy AS, Yeomans ER, Hankins GD. Validation of the 1998 ACOG forceps classification system. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 356 – 60.
- 11.- Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: A meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 465 – 70.
- 12.- Weinstein D, Benshushan A, Tanos V, Zilberstein R, Rojansky N. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 192 – 8.
- 13.- Farmer RH, Kirschbaun T, Potter D, Strong TA, Medearis AL. Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 996 – 1001.
- 14.- Joseph GF, Stedman CM, Robichaux AG. Vaginal birth after cesarean section: The impact of patients resistance to a trial labor. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 1441- 7.
- 15.- Weinstein D, Benshushan A, Ezra Y, Rojansky N. Vaginal birth after cesarean section: current opinion. *Int J Gynecol Obstet* 1996; 53: 1 – 10.
- 16.- Hankins GD, Rowe TF. Operative vaginal delivery – year 2000. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 275 – 82.

- 17.- Frigdetto FD, Lieberman E, Lang JM, Cohen DA, Barss V, Ringer S, Datta S. A clinical trial of active management of labor. *N Eng J Med* 1995; 333: 745 – 50.
- 18.- Ezenagu LC, Kakaria R, Bofill JA. Sequential use of instruments at operative vaginal delivery: Is it safe ? *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:1446-9
- 19.- Klein GH. Vaginal birth after cesarean delivery: An admission scoring system. *Obstet Gynecol.* 1997; 90: 907 – 10.
- 20.- Miller DA, Díaz FG, Paul RH. Vaginal birth after cesarean: A 10 – year experience. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 255 – 8.
- 21.- Hernández, PR, Cadena-Orea, D. Ritmos biológicos al nacimiento humano. Apartado 249 de las memorias del XIII Foro Nacional de Investigación en Salud. IMSS Del 21 al 24 de septiembre del 2004. Morelia, Mich.