



Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE MEDICINA

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

**INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PARTO VAGINAL
DESPUÉS DE CESÁREA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DE MARZO 2009-JUNIO 2012**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

JOHNATAN TORRES TORRES

ASESORA:

DRA. LETICIA DE ANDA AGUILAR

MÉXICO, D. F. JULIO 2012



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.

HOJA DE FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

DR. JOSE FRANCISCO GONZALEZ MARTINEZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

DR. ANTONIO GUERRERO HERNANDEZ
JEFE DE SERVICIO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DRA. ROCIO GUERRERO BUSTOS
COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DRA. LETICIA DE ANDA AGUILAR
COORDINADOR DE UNIDAD TOCOQUIRUGICA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. JOHNATAN TORRES TORRES
RESIDENTE CUARTO AÑO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN	IV
INTRODUCCIÓN	1
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	
JUSTIFICACIÓN	
OBJETIVOS	
OBJETIVO GENERAL	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
MATERIAL Y MÉTODOS	6
TIPO DE ESTUDIO	
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIONES	19
REFERENCIAS	21

AGRADECIMIENTOS

I

Al Dr. Antonio Guerrero Hernández, quien me ha enseñado en base a su experiencia, paciencia y sabiduría, saber disfrutar el curso de especialidad durante estos cuatro años.

A la Dra. Roció Guerrero Bustos, por la enseñanza, dedicación y paciencia de saber sobrellevar la responsabilidad de esta especialidad, gracias por el apoyo en todo momento.

A mi tutor, Dra. Leticia De Anda Aguilar, a la cual admiro y respeto, gracias por sus enseñanzas durante mi residencia médica, así como por el apoyo incondicional para lograr este proyecto.

II

DEDICATORIA

A mi madre y padre quienes siempre confiaron en mi y que en todo momento estuvieron a mi lado apoyándome.

A mis hermanos y el resto de mi familia por su cariño y apoyo incondicional.

A cada uno de mis compañeros por cada uno de los momentos en el camino recorrido durante estos cuatro años.

A Dios por sobre todas las cosas.

RESUMEN

El trabajo de parto con antecedente de cesárea es hoy frecuente, y a menudo ocurre sin contratiempos; este estudio se realiza retrospectivo en 3 años, del 1ro marzo de 2009 al 30 de junio de 2012, en la unidad de obstetricia del Hospital General de México.

Los principales hallazgos son, la frecuencia anual de atención de parto a pacientes con antecedente de cesárea previa fue de 50.6. No hubo mortalidad materna, con morbilidad mínima del 5.9%, presentándose un caso de mortalidad materna relacionado a ruptura uterina.

La indicación de cesárea anterior en 41 pacientes fue de manera electiva en medio particular, seguida de presentación pélvica en 32 pacientes. Es importante señalar que 17 pacientes la indicación de cesárea fue desproporción cefalopélvica materna, resolviéndose ultimo embarazo vía vaginal, por lo que se considera que no fueron bien evaluadas en el embarazo

Las complicaciones durante el trabajo de parto y durante el parto, tanto en la madre como en el recién nacido fueron mínimas, ratificando la seguridad de atención de parto vía vaginal en pacientes con cesárea anterior en un periodo intergenésico mayor de 1 año 6 meses.

INTRODUCCIÓN

En 1916 Craigin escribe "una vez cesárea, siempre cesárea", considerándose en ese momento una ley. En esa época la cesárea era corporal, no existían los antibióticos ni las transfusiones, la morbimortalidad materno-fetal y los riesgos posteriores de una probable rotura uterina eran elevadas.

Es evidente que esto hoy en día no es aplicable, porque la cesárea es habitualmente segmentaria. Debemos insistir en la tendencia a disminuir la tasa de cesárea, pero sin sacrificar los criterios aceptados como seguros en la obstetricia moderna. Para lograr la posibilidad de un parto vaginal en pacientes con antecedentes de una cesárea, el obstetra tendrá que llevar a cabo un análisis individual de cada paciente. Esto deberá incluir el tipo de cesárea efectuada, el diagnóstico que motivó la cesárea y la evolución postoperatoria. Durante la década de los 80 se efectuaron múltiples estudios que pretendían demostrar que el parto vaginal es posible después de cesárea, y la conclusión fue que efectivamente el riesgo era mínimo y el parto después de cesárea podía llevarse a cabo siempre y cuando la cicatriz uterina fuera transversa baja.

El riesgo más temido al someter a trabajo de parto a una paciente con antecedente de una cesárea es la rotura uterina. La cual se ha definido como un defecto que implica el grueso entero de la pared uterina, incluyendo el peritoneo, con la salida del contenido intrauterino hacia la cavidad abdomino pélvica, que requiere intervención operatoria. Sin embargo, algunos hacen la diferencia con la rotura uterina incompleta, que ha sido definida como aquella en la que el peritoneo visceral permanece indemne.

En el año 2000 se publica un meta análisis comparativo entre prueba de trabajo de parto y cesárea electiva de 15 estudios, con 45.244 pacientes, con antecedente de una cesárea. El 72,3% de las sometidas a prueba de trabajo de parto, obtenía con éxito un parto vaginal. El número de roturas uterinas fue pequeño: 0,4% (90 de 22.982) para las con prueba de trabajo de parto, *versus* 0,2% (26 de 16.134) en aquellas en que se realizaba cesárea electiva. Al comparar respecto a muerte materna, se encontraron 3 en 27.504 trabajo de parto, 0 en 17.740 cesárea electiva. Diferencia no significativa.

Respecto a mortalidad fetal y neonatal, de 23.286 trabajos de parto se produjeron 136 muertes fetales (0,6%). Y en 16.239 ERC, 56 muertes fetales (0,3%). Diferencia estadísticamente significativa. Apgar a 5 min menor a 7, más frecuente en prueba de trabajo de parto.

Al comparar complicaciones: La morbilidad febril es menos frecuente en trabajo de parto. Riesgo de transfusión sanguínea menos probable en trabajo de parto. Histerectomía mayor riesgo en cesárea electiva.

El trabajo de parto con antecedente de cesárea es hoy frecuente, y a menudo ocurre sin contratiempos. En un esfuerzo por reducir la frecuencia de cesárea en México, muchos médicos han vuelto su atención hacia el trabajo de parto con antecedente de cesárea. La seguridad de tales partos vaginales se ha ratificado en casi todos los casos.

Las principales indicaciones de cesárea en México son:

1. Desproporción cefalopélvica
2. Cesárea previa
3. Sufrimiento fetal
4. Ruptura prematura de membranas
5. Presentación pélvica

Aunque la ruptura prematura de membranas no se considera entre las principales indicaciones médicas, en nuestro país se ha observado que esta complicación condiciona un incremento relativo en el número de cesáreas.

DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA

Condición de origen materno, fetal o mixto, dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal, con buena actitud
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud
- Pelvis y feto normales con relaciones feto pélvicas ajustadas, después de una prueba de trabajo de parto infructuosa

El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica, se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.

Prueba de trabajo de parto

Es el procedimiento obstétrico a que se somete una parturienta con relación cefalopélvica límite y mediante su vigilancia y conducción, sin riesgo materno; tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, venciendo obstáculos previstos y presumiblemente franqueables.

Toda prueba de trabajo de parto debe apegarse estrictamente a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y la decisión oportuna del momento de su terminación. En algunas instituciones la prueba de trabajo de parto se realiza en mujeres con cesárea previa pacientes con fetos en presentación pélvica.

A. Requisitos para iniciar la prueba

- Embarazo a término
- Presentación cefálica abocada
- Dilatación de 4 cm. o más
- Actividad uterina regular (espontánea o inducida con oxitócicos)
- Membranas rotas
- Buen estado materno y fetal
- Evacuación de vejiga y recto
- Al iniciar la prueba debe ser realizada una estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un período determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante un partograma
- La presencia de meconio fluido no contraindica la prueba
- La analgesia/anestesia puede estar indicada a criterio del médico tratante

B. Cuidados durante la prueba de trabajo de parto

- Mantenimiento de una adecuada actividad uterina (3-5 contracciones en 10 min.); según la etapa del trabajo de parto, se emplearán oxitócicos si es necesario
- Auscultación cardíaca fetal cada 15 a 30 minutos, antes, durante y después de la contracción. Monitorización electrónica siempre que sea posible
- Empleo de un apósito vulvar estéril para vigilar cambios en las características del líquido amniótico
- Tacto vaginal cada 2 horas para precisar: dilatación, grado de descenso de la presentación, rotación, flexión y modelaje de la cabeza fetal

La prueba se suspenderá en caso de que exista falta de progresión del trabajo de parto en un periodo no mayor de 4 horas, signos de sufrimiento fetal o alguna otra indicación de cesárea que se presente en el transcurso de la prueba.

Contraindicaciones para la prueba de trabajo de parto en mujeres cesárea previa:

- Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento – arciformes
- Antecedentes de cesárea previa segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas
- Antecedente de cesárea previa reciente (menor a seis meses)
- Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia
- Pelvis no útil clínicamente

Precauciones durante la Prueba de Trabajo de Parto en pacientes con cesárea previa.

a) Primer período del parto (dilatación cervical):

- Estar debidamente preparados para realizar una cesárea de urgencia en un lapso menor de 30 min.
- Vigilancia estrecha del trabajo de parto y monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal por medios clínicos: estetoscopio de Pinard o equipo Doppler, o preferentemente con medios electrónicos si se cuenta con este recurso
- Analgesia/anestesia a criterio del médico tratante
- El uso de oxitocina para la conducción, se decidirá únicamente en el segundo o tercer niveles de atención

b) Segundo período del parto (expulsivo):

Se recomienda la aplicación profiláctica de fórceps o extractor de vacío bajo, en caso de contar con personal entrenado, a fin de abreviar el periodo expulsivo y evitar complicaciones maternas, aunque no se considera un requisito indispensable para permitir un parto por vía vaginal

c) Tercer período del parto (alumbramiento):

- Vigilancia estrecha del alumbramiento
- Revisión sistemática y cuidadosa de la cavidad uterina incluyendo la histerorrafia previa

d) Suspensión de la prueba de trabajo de parto

La prueba de trabajo de parto deberá suspenderse bajo las siguientes circunstancias:

- Sospecha de dehiscencia de histerorrafia
- Sufrimiento fetal agudo
- Falta de progresión del trabajo de parto

Justificación

El propósito del presente trabajo es conocer con que frecuencia se da el trabajo de parto en pacientes que cuentan con antecedente de cesárea y describir las complicaciones tanto maternas como en el recién nacido al momento del parto en un periodo de tres años, obteniendo la información de los expedientes clínicos del Hospital General de México.

Esperando que los principales resultados obtenidos en la presente investigación contribuyan en alguna medida a tomar la decisión de dar oportunidad de trabajo de parto a pacientes con antecedente de cesárea y que no tienen indicación absoluta de cesárea.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la frecuencia de parto vaginal después de operación cesárea y la incidencia de sus complicaciones, en el Hospital General de México, Distrito Federal, en el periodo de Marzo 2009-Marzo 2012

Objetivos Específicos

1. Identificar a pacientes con antecedente de cesárea previa y atención de parto vaginal
2. Identificar el periodo intergenésico en que se permitió un parto vaginal después de una cesárea
3. Conocer la incidencia de complicaciones en relación a este periodo intergenésico
4. Analizar los resultados de parto vaginal después de cesárea en la madre y el niño
5. Identificar las complicaciones durante el parto vaginal de las pacientes con antecedente de operación cesárea
6. Establecer el periodo intergenésico de seguridad en las pacientes que se les otorga un parto vaginal después de cesárea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio retrospectivo descriptivo

Población en estudio y tamaño de la muestra

El grupo de estudio lo constituirán las historias clínicas de pacientes que ingresaron con embarazo a término, trabajo de parto activo y antecedente quirúrgico de cesárea previa, a las cuales se les resolvió el parto por vía vaginal, en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, México Distrito Federal de Junio 2009 a Junio 2012. Se tomara el total de pacientes ingresadas al hospital que resolvieron el parto vía vaginal con antecedente de cesárea.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

1. Todas las pacientes ingresadas que tuvieron parto vaginal con antecedente de una cesárea segmentaria.
2. Paciente con embarazo normal o complicado por cualquier etiología
3. Pacientes con edad gestacional de 36 a 41 semanas
4. Pacientes con producto único
5. Periodo intergenésico mayor de 1 año 6 meses

Criterios de exclusión:

1. Cesárea anterior por desproporción cefalopélvica materna
2. Mas de una cesárea anterior
3. Antecedente de cesárea corporal
4. Periodo intergenésico menor de 1 año 6 meses
5. Embarazo múltiple
6. Macrosomia fetal

Variables y escalas de medición

Definición de variables de estudio.

1. Cesárea

- Conceptual: Extracción de un feto a través de incisiones realizadas en la pared abdominal y el útero.
- Operacional: Buscar el antecedente de cesárea en los expedientes de pacientes que tuvieron parto vaginal.
- Tipo de variable: Nominal.
- Unidad de medida: 1 cesárea.

2. Parto vaginal

- Conceptual: Extracción del producto, placenta y anexos a través del canal de parto vaginal
- Operacional: Se tomaran en cuenta a todas las pacientes que tuvieron uno o más partos vaginales con antecedente de cesárea.
- Tipo de variable: Nominal
- Unidad de medida: 1,2 o mas partos vaginales

3. Morbilidad materna

- Conceptual: Condición de enfermar desde el inicio del embarazo hasta el final del puerperio.
- Operacional: Se registrara los datos de la enfermedad materna que tuvo durante el embarazo.
- Tipo de variable: Nominal
- Unidad de medida: Nombre del antecedente patológico.

4. Mortalidad materna

- Conceptual: Muerte sucedida durante el embarazo, parto, puerperio y hasta un año después de la resolución.
- Operacional: Por medio de las fichas clínicas, se registrara los datos de las pacientes que hayan fallecido durante el embarazo, parto o puerperio con antecedente de cesárea.
- Tipo de variable: Nominal
- Unidad de medida: Si No

5. Morbilidad perinatal

- Conceptual: Enfermedad que ocurre antes, durante o después del nacimiento, se aplica al periodo que empieza por lo general al finalizar las 20 semanas de gestación y suele terminar 28 días después del nacimiento
- Operacional: Del registro clínico se anotaran los datos que corresponden a la morbilidad perinatal
- Tipo de variable: Nominal

- Unidad de medida: Nombre de la enfermedad o complicación perinatal.
6. Mortalidad perinatal
- Conceptual: Muerte del producto que ocurre antes, durante o poco después del nacimiento por lo general al finalizar las 20 semanas de gestación y suele terminar 28 días después del nacimiento.
 - Operacional: Se tomarán del registro clínico para anotar todas las muertes perinatales.
 - Tipo de variable: Nominal
 - Unidad de medida: Si No

Recolección de datos y análisis de los resultados

Material:

1. Publicaciones y libros de obstetricia relacionados con el tema
2. Instalaciones de la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México
3. Archivo de la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México
4. Hoja de recolección de datos
5. Historia clínica de cada una de las pacientes en estudio
6. Libros de ingreso y egreso del servicio de obstétrica
7. Equipo de oficina

Plan de recolección de datos:

1. Solicitud a jefe de servicio de la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México para ingreso a archivo
2. Revisión por parte del investigador de historias clínicas de pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea en el periodo de junio de 2009 a junio de 2012
3. Llenar la hoja de recolección de datos

Luego de obtener los datos de la hoja de recolección de datos, se procederá a tabular, hacer cuadros, análisis e interpretación de resultados de la investigación con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

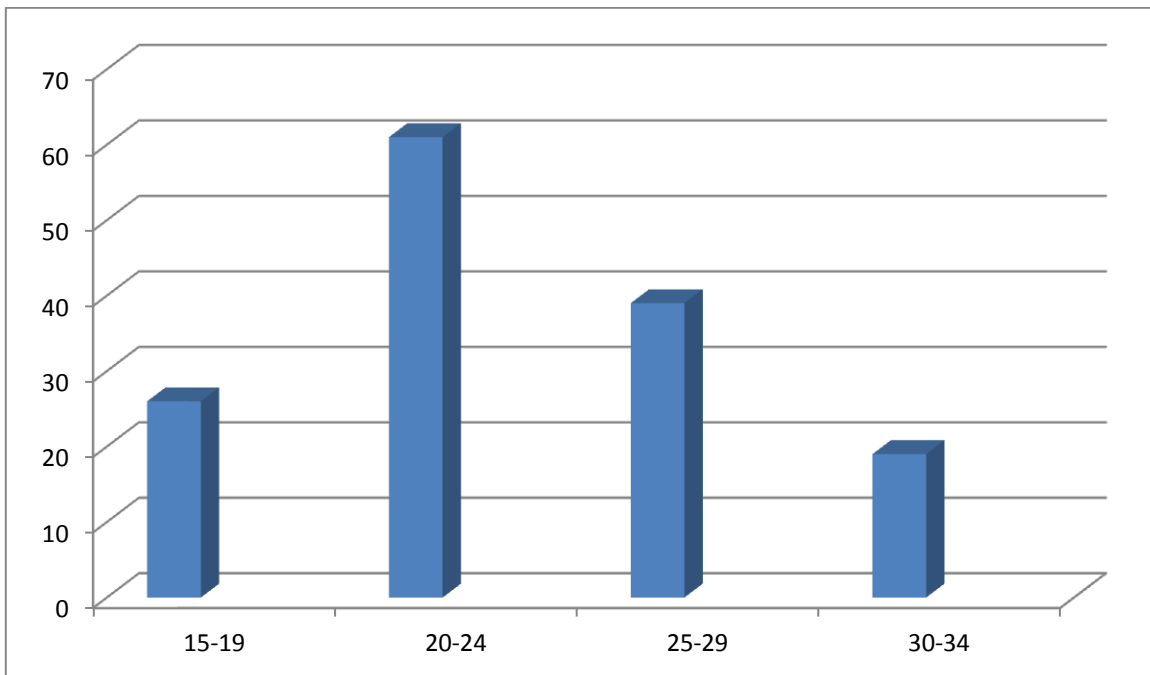
Implicaciones Éticas del Estudio

El presente estudio de investigación éticamente se establece sin riesgo, de acuerdo a las buenas prácticas clínicas de investigación ya que sólo se utilizaron técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identificó al paciente ni se trataron aspectos sensibles de su conducta.

RESULTADOS

Cuadro No.1 Edades de pacientes con cesárea previa que tuvieron parto vaginal en la unidad de obstetricia del Hospital General de México en el periodo marzo 2009-junio 2012

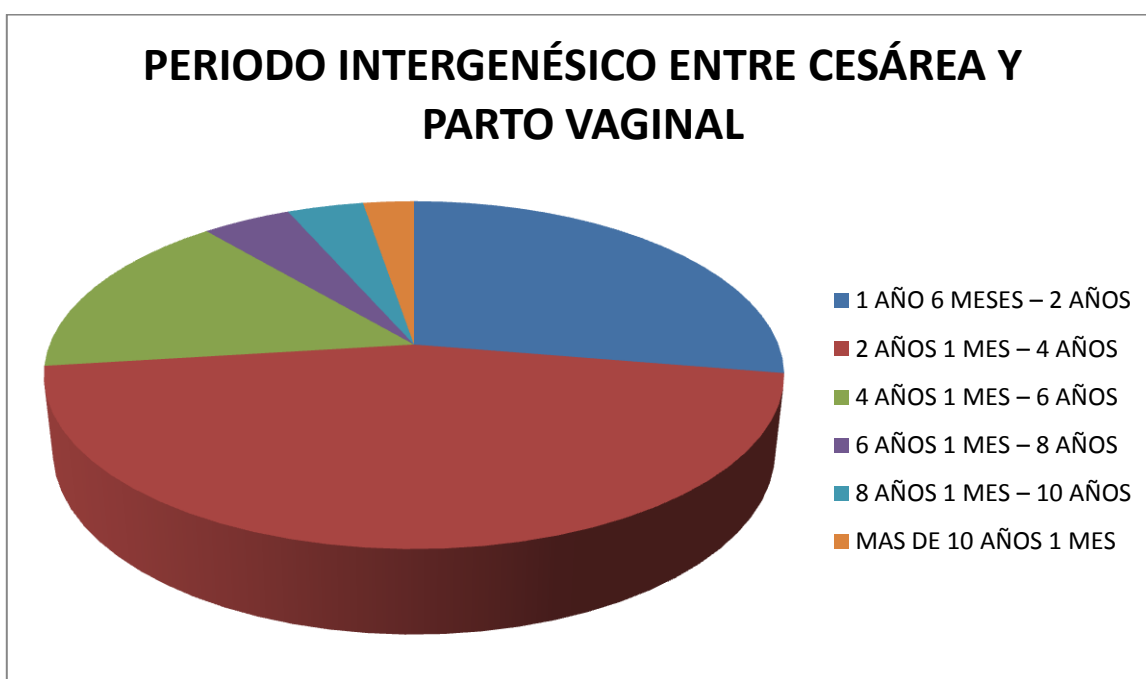
EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
15-19	26	17.1
20-24	61	40.1
25-29	39	25.7
30-34	19	12.5
35-39	6	3.94
+ 40	1	0.65
TOTAL	152	100



Fuente: Hoja de recolección de datos y archivo clínico de la unidad de obstetricia del Hospital General de México

Cuadro No. 2 Periodo intergenésico de pacientes con cesárea previa que tuvieron parto vaginal en la unidad de obstetricia del Hospital General de México en el periodo marzo 2009-junio 2012

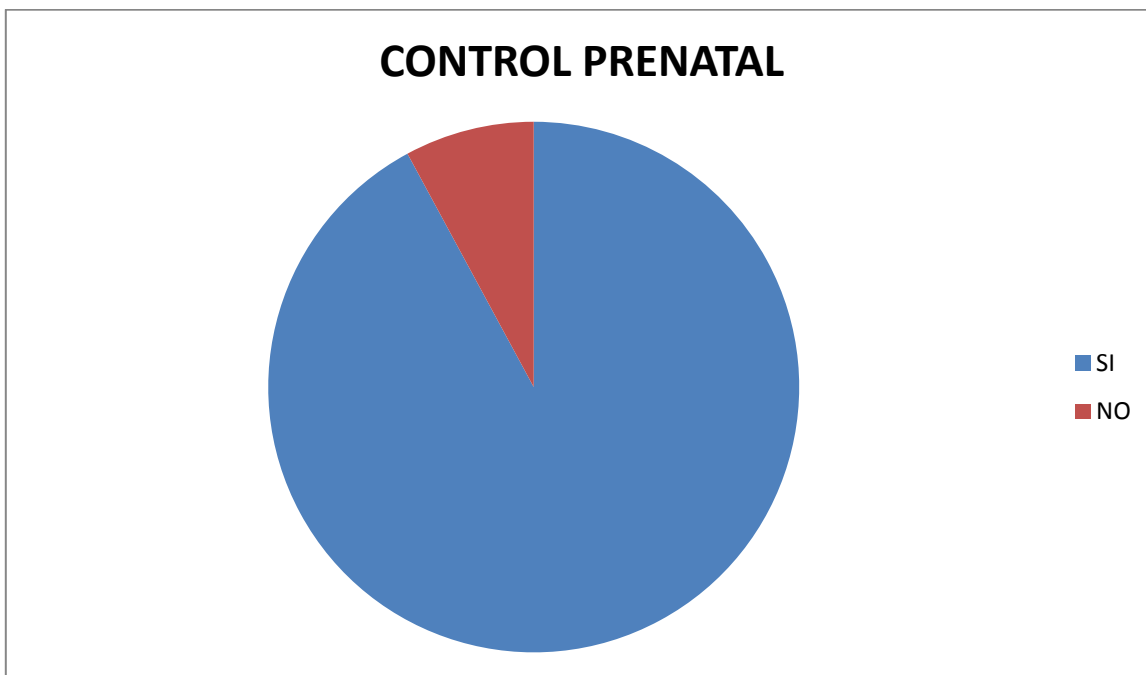
PERIODO	NUMERO	PORCENTAJE
1 AÑO 6 MESES – 2 AÑOS	42	27.6
2 AÑOS 1 MES – 4 AÑOS	69	45.4
4 AÑOS 1 MES – 6 AÑOS	24	15.8
6 AÑOS 1 MES – 8 AÑOS	7	4.6
8 AÑOS 1 MES – 10 AÑOS	6	3.9
MAS DE 10 AÑOS 1 MES	4	2.7
TOTAL	152	100



Fuente: Hoja de recolección de datos y archivo clínico de la unidad de obstetricia del Hospital General de México

Cuadro No. 3 Control prenatal de pacientes con cesárea previa que tuvieron parto vaginal en la unidad de obstetricia del Hospital General de México en el periodo marzo 2009-junio 2012

GRUPO	NUMERO	PORCENTAJE
SI	140	92.1
NO	12	7.9
TOTAL	152	100



Fuente: Hoja de recolección de datos y archivo clínico de la unidad de obstetricia del Hospital General de México

Cuadro No. 4 Lugar de control prenatal de pacientes con cesárea previa que tuvieron parto vaginal en la unidad de obstetricia del Hospital General de México en el periodo marzo 2009-junio 2012

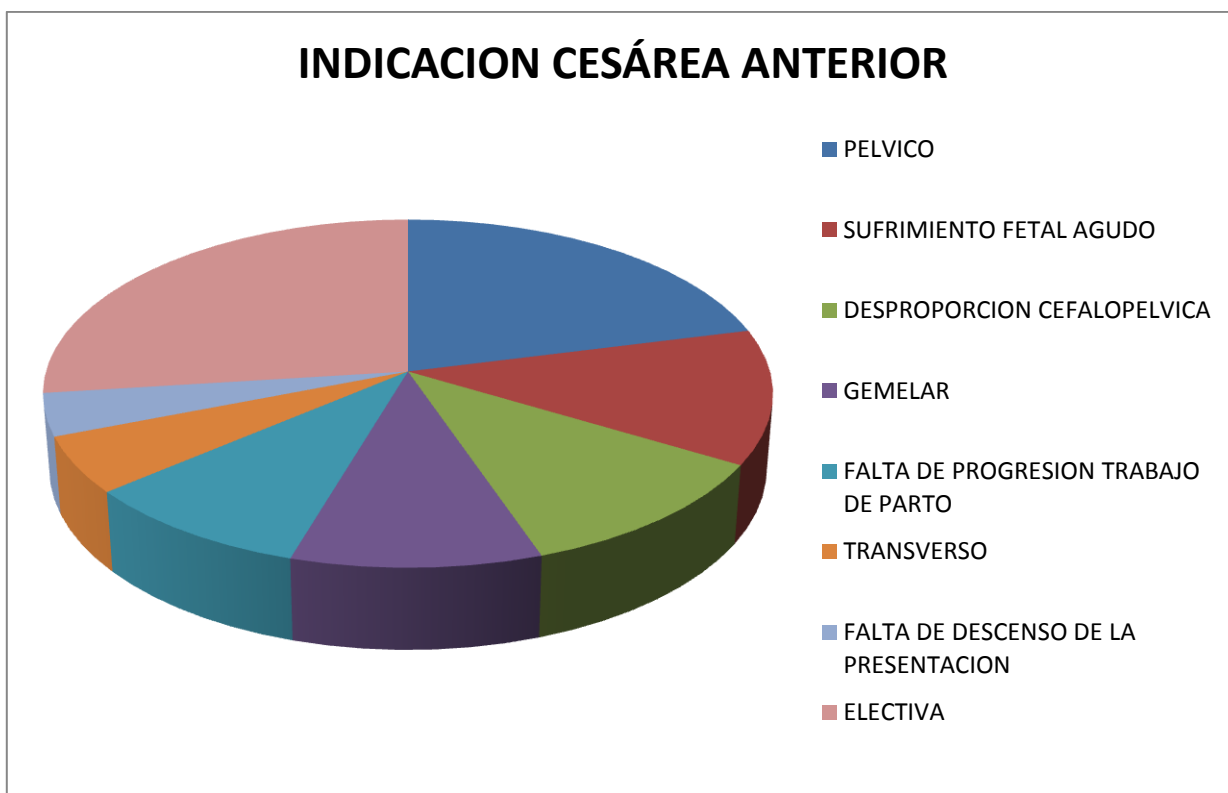
LUGAR	NÚMERO	PORCENTAJE
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO	18	11.8
CENTRO DE SALUD	107	70.4
MEDICO PARTICULAR	27	17.8
TOTAL	152	100



Fuente: Hoja de recolección de datos y archivo clínico de la unidad de obstetricia del Hospital General de México

Cuadro No. 5 Indicación de cesárea anterior en pacientes que tuvieron parto vaginal en la unidad de Obstetricia del Hospital General de México en el periodo de marzo 2009-junio 2012

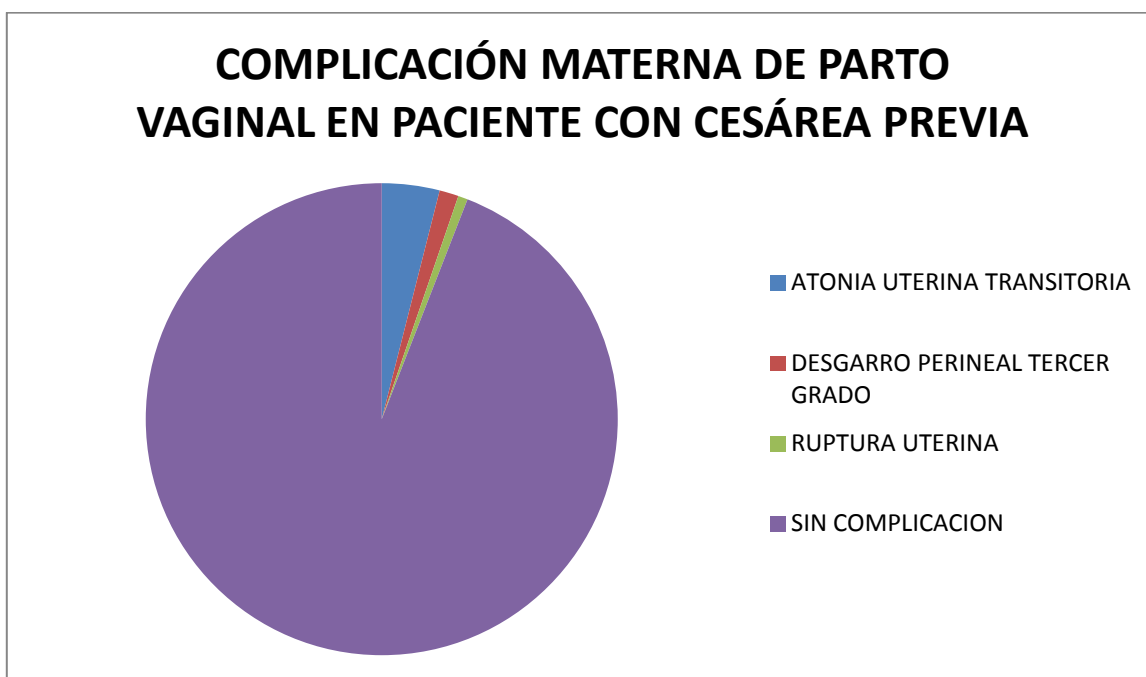
INDICACIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
PÉLVICO	32	21
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	19	12.5
DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA	17	11.2
GEMELAR	15	9.9
FALTA DE PROGRESIÓN TRABAJO DE PARTO	14	9.2
TRANSVERSO	8	5.26
FALTA DE DESCENSO DE LA PRESENTACIÓN	6	3.94
ELECTIVA	41	27
TOTAL	152	100



Fuente: Hoja de recolección de datos y archivo clínico de la unidad de obstetricia del Hospital General de México

Cuadro No. 6 Complicación en pacientes con antecedente de cesárea que tuvieron parto vaginal en la unidad de Obstetricia del Hospital General de México en el periodo de marzo 2009-junio 2012

COMPLICACIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
ATONÍA UTERINA TRANSITORIA	6	3.94
DESGARRO PERINEAL 3ER GRADO	2	1.31
RUPTURA UTERINA	1	0.65
SIN COMPLICACIÓN	143	94.1
TOTAL		100

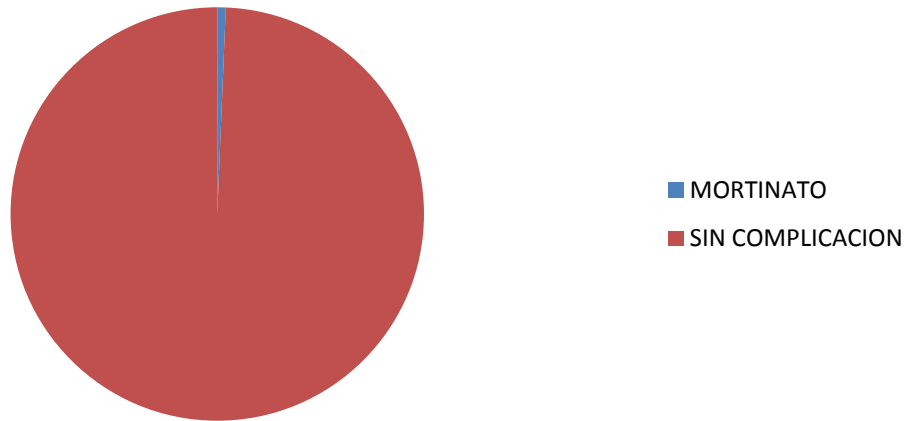


Fuente: Hoja de recolección de datos y archivo clínico de la unidad de obstetricia del Hospital General de México

Cuadro No.7 Complicación del producto de pacientes con antecedente de cesárea que tuvieron parto vaginal en la unidad de Obstetricia del Hospital General de México en el periodo de marzo 2009-junio 2012

COMPLICACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
MORTINATO	1	0.65
SIN COMPLICACIÓN	151	99.35
TOTAL	152	100

**COMPLICACION DEL PRODUCTO DE
PACIENTES CON CESAREA ANTERIOR QUE
TUVIERON PARTO VAGINAL**



Fuente: Hoja de recolección de datos y archivo clínico de la unidad de obstetricia del Hospital General de México

DISCUSIÓN

En este estudio se analiza retrospectivamente a pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea; durante el estudio se encontraron registradas a 152 pacientes. Por ser un estudio de tres años se estima que aproximadamente en promedio hubo una atención en 51 pacientes de forma anual, es decir 4 pacientes al mes de forma promedio.

Cuadro 1

En este cuadro se puede observar la edad predominante de las pacientes en el presente estudio, estableciendo que la edad de mayor incidencia se encontró entre los 20 y 24 años (40.1%), seguido por el grupo entre 25 y 29 años (25.7%), posteriormente el grupo entre los 15 y 19 años (17.1%), conformando entre los tres grupo un 82.9%. Cabe decir que la edad no es un factor que establezca la conducta para un parto; reflejando únicamente el grupo de edad en que mas se atienden partos en el hospital.

Cuadro 2

El periodo intergenésico fue un factor determinante para la decisión de resolución obstétrica, ya que se consideró como criterio para permitir una resolución vaginal a todas aquellas pacientes que presentaran un periodo intergenésico mayor a un año 6 meses, siendo el periodo que mas se presento durante la atención de parto vaginal en pacientes con cesárea anterior en comprendido entre los dos y cuatro años, con un 45.4%; seguido del periodo comprendido entre el año 6 meses y 2 años, con un 27.6%, reflejando la falta de planificación familiar en nuestro sistema de salud y la preventoriedad de un embarazo temprano en aquellas pacientes que han sido sometidas a una cesárea.

Cuadro 3 y 4

De todas las pacientes de la presente revisión se observó que el 92.1% de ellas, contaron con un control prenatal, señalando que de este grupo de pacientes, el 70.4% tuvo un control prenatal regular en un centro de salud, lo que establece una cobertura de control prenatal importante, sin embargo no existe una congruencia con la alta necesidad de una planificación oportuna como lo demuestra el cuadro dos, sobre todo en el primer nivel de atención.

Cuadro 5

La cesárea electiva es la indicación con mayor incidencia en las pacientes a las que se les otorgó un parto después de una cesárea con un 27% de frecuencia, las cuales fueron realizadas en medio particular, lo que hace la reflexión que muchas de las cesáreas realizadas en el medio particulares no tienen una indicación con

un gran fundamento obstétrico como lo es la segunda indicación de cesárea en las pacientes que tuvieron un parto después de una cesárea, como lo es la presentación pélvica que se presentó en 21% de todas las indicaciones de cesáreas realizadas.

Cuadro 6

Cuadro de gran importancia en el que se establece que 94.1% de las pacientes no presento ninguna complicación durante el trabajo de parto y durante la atención del mismo; las complicaciones se presentaron en etapa puerperal, siendo seis pacientes con atonía transitoria las cuales revirtieron con medicamentos y una paciente con ruptura uterina durante el periodo expulsivo del trabajo de parto, mencionando que el periodo intergenésico de dicha paciente era de un año 8 meses.

Presentándose 0% de mortalidad materna, con un 5.9% de morbilidad; lo que nos concluye que como primicia debiera considerarse siempre dar la posibilidad de un parto vía vaginal a las pacientes con antecedente de cesárea, principalmente quienes tuvieron indicación relativa, individualizando cada paciente y con vigilancia estrecha durante la conducción y atención de parto.

Cuadro 7

En lo que respecta a las complicaciones fetales se encontró que el 99.35% de los recién nacidos, no tuvieron complicación al momento del parto, encontrando un mortinato relacionado con la vía de resolución ya que la madre presentó durante el periodo expulsivo ruptura uterina, paciente ya comentada con periodo intergenésico de cesárea anterior de 1 año 8 meses, por lo que cada paciente tiene que individualizarse al momento de ingresar a la unidad y decidir parto vaginal con cesárea anterior.

Estos datos fundamentan la seguridad de la prueba de trabajo de parto por vía vaginal en pacientes con antecedente de cesárea, ya que no se encontró mortalidad materna y la morbilidad relacionada a la resolución del embarazo fue del 0.65%.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia anual de atención de parto a pacientes con antecedente de cesárea fue de 50.6 pacientes por año promedio
2. El apego al manejo de pacientes con cesárea anterior no es estandarizado en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México.
3. Se presentó un caso de ruptura uterina durante el periodo expulsivo, en paciente con periodo intergenésico de cesárea anterior de 1 año 8 meses, por lo que se recomienda individualizar a cada paciente, al momento de decidir parto vaginal, siendo factor determinante para toma de decisión el periodo intergenésico.
4. No se presentó mortalidad materna en pacientes que presentaron un parto teniendo el antecedente de una cesárea.
5. La morbilidad relacionada a la vía de atención fue mínima.
6. Las complicaciones durante el trabajo de parto en pacientes atendidas de un parto después de una cesárea y durante la atención del parto fueron mínimas
7. La indicación de desproporción cefalopélvica, en 17 pacientes resueltas de manera favorable vía vaginal, llevan a establecer que la evaluación de la relación feto-pelvis sigue siendo subjetiva lo que establece la necesidad de evaluar objetivamente a las pacientes obstétricas en trabajo de parto.
8. En un porcentaje significativo, 27%, fueron cesáreas electivas en medio privado, con resolución favorable vía vaginal

9. Se observa que en 94.1% de las pacientes no presenta morbilidad asociada a la vía de resolución por lo que debe considerarse siempre dar parto a pacientes con antecedente de cesárea con indicación relativa

REFERENCIAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Evaluation of Cesarean Delivery. ACOG: Washington DC. 2000.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Placenta accreta. Committee Opinion #266. ACOG: Washington, DC. Jan. 2002.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. Practice Bulletin #54. ACOG, Washington DC. July 2004.
4. Guía de practica clinica, Prevencion, Diagnostico y manejo oportuno de la ruptura uterina, SSA 296-10.
5. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. SOGC Clinical Practice guideline No 155. February 2005. Guidelines for vaginal birth after previos caesarean birth.
6. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Green-top Guideline No 45 february 2007 Birth after previus ceasarean birth.
7. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Ed. Española) 2001; 1: 360-363 Parto vaginal despues de dos cesareas previas, F. Bretelle, L. Cravello, R. Shojai, V. Roger, C. D'ercole, B. Blanc. 3 marzo 2000.
8. Phelan JP, Clark SL, Diez FP, Paul RH. Vaginal birth after cesarean. Am J Obstet Gynecol 1987;157:1510-5.
9. Thusbisi M, Ebrahim A, Moodley J, Scweni PM. Vaginal delivery after cesarean section: is X-ray pelvimetry necessary? Br J Obstet Gynaecol 1993;100:421-4.
10. Blanconi HM y col. Guía para el manejo de la prueba de parto después de primer operación cesárea. 2000-2001. SOGIBA.
11. Lieberman E. Factores de riesgo de rotura uterina durante una prueba de trabajo de parto después de cesárea. Clin Obstet Gynecol 2001; 44:567-578.
12. Arijit B. et al. Management of previous cesarean sections. Curr Opin Obstetrics and Gynecology 2003:123-129.
13. Bujold E. et al. Interdelivery interval and uterine rupture. Am J Obstet Gynecol 2002; 187:1199-1202.

14. Brill Y. et al. Vaginal birth after cesarean section: Review of antenatal predictors of success. 2003; 25:275-286.
15. Elkousy MA. et al. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. Am J Obstet Gynecol 2003; 188(3):824-830.
16. Guise JM. et al. Safety of vaginal birth cesarean: A systematic review. Obstet Gynecol 2004; 103:420-429.
17. Chauhan, SP. et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: A review of the literature. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 408-417
18. Luis Benavides. Conducta durante el trabajo de parto de la mujer con cesárea previa. Ginecol Obstet Mex 2008; 76: 621-628.
19. De Lee Greenhill. Principios y Practica de Obstetricia.
20. Ricci P, Perucca E, Altamirano A. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. Rotura uterina, una complicación posible. Rev Chil Obstet Ginecol 2003;68:523-8.
21. Diaz H, Cusati R, Carrillo H et al. Parto insturmental en cesarea anterior: importancia del inter valo inteparto. Rev Obstet Ginecol Venez 2007; 67:79-86.
22. Romero A, Arce R, Lind S, Bazan C. prueba de trabajo de parto en pacientes con antecedente de cesárea previa. Revista de Posgrado de Vía Cátedra de Medicina 2004:12-6.
23. Sánchez R, Ortiz HI, Chávez A. Parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa. Rev Fac Med UNAM 2003;46:28-31.
24. Hashima JN, Eden KB, Osterweil P, Nygren P, Guise JM. Predicting vaginal birth after cesarean delivery: A review of prognostic factors and screening tools. Am J Obste and Gynecol 2004;190:547-55.
25. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Evid Rep Technol Asses (Full Rep) 2007;2010:1-397.
26. Grinstead J, Grobman W. Induction of labor after one prior cesarean: Predictors of vaginal delivery. Obstet Gynecol 2004;103:534-8.

27. Rodríguez E, Escudero A, Gaité M, Suárez M.T. Vía del parto tras cesárea anterior: factores asociados. *Prog Obstet Ginecol* 2003;46:250-6.
28. Cecatti JG, Pires HM, Faúndes A, Duarte Osis MJ. Factors associated with vaginal birth after previous cesarean section in Brazilian women. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 18:107-13.
29. Guise JM, Denman MA, Emeis C et al. Vaginal birth after cesarean. New insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2010;115:1267-78.