

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”



TESIS:

“DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA”

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. JOSÉ MIGUEL VENEGAS ARAUJO

ASESOR DE TESIS:

**DR. JOSE ANTONIO SERENO COLO
DR. LUIS ALFONSO MARISCAL RAMIREZ
DR. JOSE GABRIEL TAMAYO GUTIERREZ**

MORELIA, MICHOACÁN, JULIO 2018



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.



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

AUTORIZACIONES DE TESIS

DR. RAÚL LEAL CANTÚ
4433763961 raulcantu63@live.com
DIRECTOR DEL HOSPITAL "DR MIGUEL SILVA"

DR. CARLOS ARTURO AREAN MARTÍNEZ
c_arean@yahoo.com 3172997
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

DR JOSE ANTONIO SERENO COLO
443 231 80073
PROFESOR TITULAR DE CURSO DE ESPECIALIDAD GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
ASESOR DE TESIS
HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

DR LUIS ALFONSO MARISCAL RAMIREZ
MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS
MEDICO ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA Y MEDICINA INTERNA
443 305 9090
ASESOR MÉTODOLÓGICA
HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

DR JOSE GABRIEL TAMAYO GUTIERREZ
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICA
443 188 9161
ASESOR DE TESIS
HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

DR. JOSÉ MIGUEL VENEGAS ARAUJO
Jose_miguel31@msn.com
4531327115
TESISTA



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A MI MAMA HORTENCIA

Por darme la vida, amarme, creer en mí, apoyarme en todo momento, por tus consejos, tus valores, por motivarme a ser una persona de bien y por ser un ejemplo de vida.

A MI PAPA FRANCISCO

Por que estuviste en los momentos que mas necesite, apoyándome y colaborando en mi formación como persona y profesionalmente

A MIS HIJOS: JOSUE, JOSBER Y BERENICE

Por ser la razón de levantarme cada día y esforzarme por el presente y el mañana y principalmente por hacerme feliz.

A MI NOVIA DIANA

Por tu comprensión, por tu apoyo incondicional, por tu tiempo, por estar en todo momento, por confiar en mi siempre, por enseñarme a ver la vida diferente pero sobre todo por tu amor incondicional

Agradezco a todos y cada uno de los miembros de mi familia por su apoyo, confianza y por siempre creer en mí.

A los médicos del Hospital General "DR MIGUEL SILVA" por la orientación y ayuda por su apoyo y amistad. A todos aquellos que contribuyeron en mi formación, maestros y compañeros residentes por ser parte de este logro.

Dr. JOSÉ MIGUEL VENEGAS ARAUJO.



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

CONTENIDO

I. RESUMEN	5
II. MARCO TEÓRICO	6
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
V. OBJETIVOS	22
VI. HIPOTESIS	22
VII. JUSTIFICACIÓN	23
VIII. MATERIAL, MÉTODOS Y DISEÑO	24
VIII.A DISEÑO DEL ESTUDIO	24
VIII.B POBLACIÓN DEL ESTUDIO	24
VIII.C CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
VIII.D CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
VIII.E CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	25
VIII.F VARIABLES DEL ESTUDIO	26
VIII.G MÉTODOS	29
VIII.H ANALISIS ESTADÍSTICO	30
VIII.I CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
IX. RESULTADOS	33
X. DISCUSIÓN	57
XI. CONCLUSIONES	59
XII. RECOMENDACIONES	59
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
XIV. ANEXOS	64



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

RESUMEN

Hay preocupación por la alta frecuencia de cesáreas innecesarias que se realizan en México ya que llevan a una mayor morbilidad. En esta institución se encuentra un índice de cesárea de 35 % lo que está por arriba de los indicadores que marca la OMS (15%). Se realizó un estudio donde se estudió los expedientes de las pacientes que cursaron con embarazo de 20 SDG en adelante que ingresaron al servicio de toco cirugía y que tenían el antecedente de una cesárea previa. **El objetivo** de este estudio fue analizar el desenlace obstétrico y perinatal en pacientes con antecedente de una cesárea, así como determinar la frecuencia de partos posteriores a una cesárea, determinar la frecuencia de cesárea en pacientes con antecedente de cesárea previa, en caso de cesárea de repetición analizar las indicaciones absolutas y relativas para la resolución del embarazo actual, determinar las complicaciones mediatas e inmediatas de la mujer y el recién nacido. **Metodológicamente** se trata de un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, analítico y transversal. **Estadística**; Las variables cuantitativas, se analizaron como media y desviación estándar, las variables cualitativas como proporciones y porcentajes. Se utilizó paquete estadístico SPSS versión 20. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. **Resultados**: Se incluyeron 111 pacientes que ingresaron al servicio de tococirugía y que cumplieron con los criterios de inclusión. De las cuales 48 pacientes que corresponde a un 43.2% su resolución fue mediante parto contra 63 pacientes la cuales se resolvió mediante cesárea y corresponde a un 56.8% **Conclusiones**: Existe una elevada incidencia de cesárea respecto a la literatura universal. Las pacientes que cuentan con parto previo y presentan trabajo de parto espontáneo tienen mayor probabilidad de éxito en cuanto a parto vaginal. Existen mayores complicaciones en las pacientes que se les realiza cesárea de repetición. Existe una desinformación de la paciente sobre la indicación de su primer cesárea. La estancia hospitalaria es considerablemente menor cuando la resolución es por parto. **Palabras clave**: cesárea, parto.



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

MARCO TEORICO

La cesárea es un procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 SDG a través de la incisión en el abdomen y en el útero.

En los años 60 y 70's del siglo pasado se consideraba que toda paciente sometida a un primer cesárea, debía ser sometida a dicha intervención en todos sus embarazos. En la década de los 80, se inicio con el estudio formal del parto después de una cesárea, y se considero que era una alternativa segura y con altas probabilidades de éxito.

A mediados de la década de los 90, tras demostrarse incrementado el riesgo de ruptura uterina, y en un ambiente en el que predominan cuestiones legales en la atención medica, las tasas parto después de una cesárea han ido en descenso.

Pese al descenso en las tasas de parto después de una cesárea, se han dedicado esfuerzos al estudio de esta alternativa, que buscan describir poblaciones con mayores riesgos de complicaciones, lo cual permite determinar en que casos es una opción segura.

La tasa de parto vaginal después de una cesárea es mayor en mujeres que reciben analgesia epidural en relación con aquellas sin analgesia (73.4 vs 50.4%).

Actualmente los esfuerzos están enfocados en diferentes cuestiones: determinar si es posible predecir el éxito de una prueba de trabajo de parto después de una cesárea, mediante la elaboración de nomogramas, tomando en consideración el peso fetal, así como el papel que juega la obesidad materna, también se busca



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

explorar la utilidad de la medición del segmento uterino como prueba para detectar riesgo de ruptura uterina, los riesgos y beneficios que presenta la inducción de un parto después de una cesárea, la prueba de parto después de dos cesáreas, la prueba de parto después de una cesárea en embarazo múltiple y en embarazo pretermino. La ruptura uterina es la pérdida de la solución de continuidad de las paredes uterinas, la cual puede ser parcial o total y constituye una catástrofe obstétrica.

En mujeres con embarazo de término con un intervalo intergenesico mayor a 18 meses, se puede ofrecer una prueba de parto como alternativa a la resolución del embarazo.

No se recomienda la utilización de fórceps si no se cuenta con personal capacitado.

Para la prueba de parto vaginal en mujeres con cesárea previa se deberá contar con monitorización electrónica fetal continua.

Se debe registrar en el expediente clínico el tipo de incisión de la cesárea previa en toda mujer en que se planea el parto.

Se deberá contar con un quirófano en un tiempo mínimo de 30 minutos para realizar una cesárea de urgencia.

El uso de narcóticos puede proporcionar disminución y alivio del dolor. (2)

La analgesia peridural esta indicada en la prueba de trabajo de parto vaginal después de la operación cesárea, proporcionando un adecuado alivio del dolor.

Se ha observado que la adición de un opioide al anestésico local durante la



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

analgesia regional reduce la concentración del anestésico mejorando la calidad de la analgesia y reduciendo el bloqueo motor. ^(1,2)

A las mujeres con embarazo de término, con antecedente de cesárea, con un peso fetal estimado mayor a 4000 gr, que intentan una prueba de parto, se les debe informar que la probabilidad de éxito es menor que con fetos con peso menor a 4000 gr y que el riesgo de ruptura uterina es mayor cuando no se tiene el antecedente de un parto previo. ⁽³⁾

Se ha establecido que los riesgos son menores cuando, antes de la primer cesárea, la paciente presento trabajo de parto. Así mismo la probabilidad de éxito es mayor si ya se tuvo un parto vaginal.

El resultado perinatal adverso se refiere a las complicaciones maternas y neonatales que se relacionan con el periodo del nacimiento. Estas incluyen hemorragia obstétrica, acretismo placentario, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, presentación distinta a la cefálica, trabajo de parto prolongado, ruptura uterina, histerectomía, lesiones vasculares y a órganos pélvicos y muerte, en el caso de la madre, y en el feto incluyen trauma obstétrico, ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, datos de encefalopatía hipoxico-isquémica, óbito y muerte fetal. ⁽⁴⁾

La cesárea es la operación que se realiza con mayor frecuencia, con una incidencia en países de América que rebasa el 50%, con lo cual se ha convertido en un problema de salud pública.

La elevada incidencia se deriva de diversas situaciones, como la aparente seguridad del procedimiento, la complacencia del médico y de la paciente, la



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

edad, el índice de masa corporal, la presencia de enfermedades concomitantes y el abuso de indicaciones subjetivas. (5,6)

Un estudio prospectivo en Reino Unido observó los casos de Síndrome de dificultad respiratoria o taquipnea transitoria del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales en productos obtenidos por cesárea. Se encontró una disminución en la morbilidad respiratoria en recién nacidos mayores de 39 semanas en comparación con recién nacidos de 38 semanas. (17.8x1000 vs 42.3x1000 respectivamente).

Estudios realizados en Reino Unido en mujeres sometidas a cesárea con antecedente de cesárea previa por hemorragia ante parto, placenta previa o ruptura uterina presentaron más riesgos de pérdidas sanguíneas mayores de 1000ml durante el procedimiento.

La versión externa de la presentación pélvica a cefálica en pacientes con cicatriz uterina previa está contraindicada. (6)

Los beneficios de un parto vaginal después de cesárea son: menor estancia hospitalaria, menor sangrado, menor probabilidad de infección y menos eventos trombo-embólicos.

Actualmente la atención de la mujer embarazada con antecedente de cesárea es uno de los principales motivos de atención obstétrica.

En un estudio ensayo clínico controlado aleatorizado que incluyó a 928 mujeres se compararon partogramas con líneas de acción diferentes (2,3 y 4 horas a la derecha de la línea de alerta establecida a 1 cm por hora). Los resultados



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

primarios fueron una tasa mas baja de cesárea cuando el trabajo de parto se vigila utilizando un partograma con una línea de acción de 4 horas. (7)

La tendencia de interrumpir el embarazo mediante cesárea de repetición no se ha reducido a pesar de múltiples intentos; En el 2010 en el IMSS se practicaron 226,734 cesáreas de un total de 458,055 nacimientos, lo cual representa 49.4% con un rango de entre 30% y 90% que depende del nivel de atención.

La cesárea electiva de repetición es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por el antecedente de una operación cesárea y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto. (8)

Los factores que se asocian a baja probabilidad de parto exitoso son: Inducción de trabajo de Parto, obesidad materna, peso fetal mayor de 4000gr, edad materna mayor de 40 años. (2,8)

Esperar un trabajo de parto espontaneo también disminuye el numero de cesáreas.

La analgesia combinada epidural-espinal de anestésico local con opioide ofrece un inicio de instalación mas rápido comparada con la técnica epidural de un anestésico local con opioides.

Utilizar oxitocina y analgesia obstétrica cuando la paciente se encuentre en la fase activa del trabajo de parto.

La analgesia peridural puede recomendarse en mujeres que van a intentar un parto después de una cesárea previa.



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

Utilizar oxitocina, en forma cuidadosa y con monitorización electrónica en la fase activa del trabajo de parto, en pacientes con antecedente de cesárea. (8)

Recientemente se han llevado a cabo diferentes estudios para mejorar la calidad de la atención obstétrica, que buscan reducir la mortalidad materna y perinatal. Los hallazgos reportados en la literatura científica, deben estar al alcance de los médicos y personal de salud que esta en contacto con población obstétrica, para que ofrezcan la consejería adecuada a las mujeres embarazadas con antecedente de cesárea. Lo anterior permite además brindar mas tranquilidad y seguridad a las pacientes y al medico en la toma de decisiones.

Estudios observacionales no han demostrado que la talla materna y el tamaño del feto determinado por clínica o ultrasonido sea de utilidad en la predicción de la falla en el progreso del trabajo de parto. (5,9)

Se deberán tener presentes las contraindicaciones para someter a una paciente a parto después de cesárea, así como los factores que se asocian a una baja probabilidad de parto exitoso. (9)

El parto vaginal instrumentado es una opción valida cuando surgen problemas en el segundo periodo del trabajo de parto. Las indicaciones más comunes son el compromiso fetal y la falta de nacimiento espontaneo por cansancio materno. (5,9)

El éxito de parto después de cesárea varía de 60 a 80%.

El parto después de una cesárea se trata de la expulsión vía vaginal de un feto mayor a 20 semanas en mujeres que tiene el antecedente de operación cesárea.

(10)



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

En pacientes con embarazo de término en trabajo de parto y patología asociada no complicada (preeclampsia, hipertensión crónica, diabetes mellitus, diabetes gestacional, enfermedades tiroideas, cardiopatías, epilepsia, asma crónica, trombocitopenias, hepatitis, enfermedad Tromboembolica, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal) la vía de resolución preferida debe ser la vaginal, a menos de que exista contraindicación materna y/o fetal para ella. (1,10)

En caso de planear una prueba de parto vaginal después de una cesárea segmentaria transversa no complicada, las probabilidades de éxito oscilan entre 72 y 76% y si cuentan con el antecedente de un parto previo a la cesárea, con tasas de éxito de 84 a 90%. (11)

Estas probabilidades de éxito disminuyen cuando esta presente alguno de los siguientes factores: inducción del parto, ausencia de antecedente de parto previo, IMC mayor a 30, cesárea previa por distocia, mas de 41 semanas de gestación, peso fetal mayor a 4000 gr, dilatación cervical al ingreso menor a 4 cm, edad materna avanzada, feto masculino, intervalo entre gestaciones menor a 2 años.

Al comparar al grupo de mujeres sometidas a prueba de parto después de una cesárea con el grupo de mujeres con antecedente de 2 o mas cesáreas se encuentran los siguientes hallazgos: no existe diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de ruptura uterina (0.7 vs 0.9-1.5% $p=0.37$). la tasa de éxito es similar (71.1% vs 76.5%). Existen diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de: histerectomía obstétrica (0.2 vs 0.6% $p=0.023$). Transfusión de hemoderivados (1.6 vs 3.2% $p<0.001$). (2,11)



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

No son candidatas a trabajo de parto aquellas pacientes con antecedente de miomectomía, la cual que fue indicada por miomas múltiples, voluminosos o que penetraban a la cavidad uterina. (7,11)

Hasta el 32% de las Cesáreas son indicadas por distocias de contracción por lo que se recomienda dosis-respuesta de oxitocina, amniotomía y analgesia obstétrica. (5,7,11)

Las mujeres embarazadas, con antecedente de dos o más cesáreas segmentarias transversas, sin otra complicación ni contraindicación obstétrica, pueden considerarse candidatas a una prueba de parto, con la debida información sobre los riesgos incrementados de hemotransfusión e histerectomía obstétrica cuando se compara con aquellas mujeres con antecedente de una sola cesárea. (5,12)

Para un parto seguro después de cesárea se recomienda que se compruebe que la pelvis materna sea adecuada y que la paciente se atienda en un hospital en donde cuente con todos los recursos como obstetra, pediatra, anestesiólogo y quirófano. (11,12)

La anestesia peridural puede ser utilizada en mujeres en las que se esta planeando un parto vaginal después de cesárea ya que este raramente enmascara la ruptura uterina. (4,12)

La cesárea de repetición incrementa el riesgo de morbilidad materna proporcionalmente .con el número de cesáreas (de una a 6 cesáreas): El riesgo de histerectomía aumenta del 0.6 al 8-9%. El riesgo de acretismo placentario aumenta del 0.2 al 6.7%. El riesgo de lesiones a órganos vecinos aumenta del 0.1



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

a 4.4%. La necesidad de uso de hemoderivados se eleva de 1.0 a 10.1%. Ocurre mayor proporción de endometritis del 5.9 a 6.7%. Hay una mayor proporción de ingresos a unidad de cuidados intensivos. Se tiene mayor estancia hospitalaria.

(13,14)

Bujold et, al. En 2010 en un estudio de cohorte que incluyo a 1768 mujeres con antecedente de cesárea y periodo intergenesico de menos de 18 meses y de 18 a 24 meses concluyo que las pacientes con intervalos menores a 18 meses tienen una tasa de ruptura uterina del 4.8% con un riesgo relativo de 3.0 con IC de 95%. (2,14)

El uso de prostaglandinas para la madurez cervical o inducción del trabajo de parto, con cesárea previa no es aconsejable en la mayoría de las mujeres, por que existe evidencia de que incrementa la incidencia de ruptura uterina hasta 15 veces, en comparación las mujeres en que se realiza cesárea electiva. (9,14)

.Las pacientes que son candidatas para parto después de cesárea no deberán tener antecedente de ruptura uterina ni otras cicatrices uterinas previas. (14)

La prueba de trabajo de parto fallida, se asocia a una mayor incidencia de ruptura uterina, histerectomía, trauma quirúrgico, transfusiones e infecciones. (3,14)

En mujeres con embarazo de 36 a 38 semanas, la determinación del espesor del segmento uterino medido mediante ultrasonido transabdominal, en presencia de ventana acústica vesical, tiene una sensibilidad del 88%, especificidad del 73.2%, VPP de 11.8% y VPN de 99.3%, con un punto de corte de 3.5 mm, para predecir ruptura uterina. (2,15)



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

Se debe contraindicar el parto después de la cesárea en los siguientes casos: Cesárea previa clásica en “T” o cirugía previa trans fúndica, ruptura Uterina previa, complicación medica u obstétrica que contraindique un parto vaginal, incapacidad de efectuar una cesárea de emergencia debido a falta de cirujano, anestesiólogo o quirófano, antecedente de dos o más cesáreas. (5,6,15)

En mujeres embarazadas con antecedente de cesárea, en quienes se lleva a cabo una conducción del trabajo de parto se debe considerar lo siguiente: la conducción no esta contraindicada, sin embargo debe ser precedida por una consejería adecuada. La dosis de infusión de oxitocina debe ser la mínima requerida para alcanzar de 3 a 4 contracciones en 10 minutos (no rebasar de 4 contracciones). Procurar que las valoraciones cervicales las realice la misma persona para evitar sesgos en la valoración de la progresión. (6,11,15)

La resolución del embarazo a término por vía vaginal, es la indicada en pacientes sin patología asociada y sin condición materna y/o fetal que contraindique la misma. (5,15)

En la prevención y manejo de la fase latente de trabajo de parto prolongada se recomienda: evitar el ingreso a área de labor hasta que se encuentre en fase activa. Reposo, hidratación, y observación son preferidos sobre amniotomía y/o oxitocina. Vigilancia regular y cuando sea necesario amniotomía, oxitocina y analgesia. (1,9,15)

No hay contraindicación con el antecedente de una cesárea previa tipo kerr para ofrecer una prueba de trabajo de parto. (16)



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

A las mujeres con embarazo de termino y antecedente de cesárea, que tiene la intención de optar por una prueba de parto, se les debe informar lo siguiente: el riesgo de mortalidad perinatal/neonatal es mayor cuando se compara con la cesárea de repetición. El riesgo que el neonato desarrolle taquipnea transitoria del recién nacido es menor cuando se compara con la cesárea de repetición.

(16,17)

No realizar cesárea por petición materna antes de la semana 39 de gestación, sin verificación de la madurez pulmonar fetal, así como en mujeres que deseen muchos hijos, ya que se incrementa el riesgo de placenta previa, acretismo placentario y el riesgo de histerectomía se incrementa en cada cesárea. (1,17)

En las últimas décadas se ha visto un incremento sustancial en la tasa de nacimientos mediante operación cesárea, que se ha justificado por una reducción en la morbi-mortalidad materna y perinatal. (16,18)

En mujeres que cursan con embarazo de termino, con antecedente de cesárea, cuando el intervalo intergenesico es menor a 18 meses, el riesgo de ruptura uterina es mayor que cuando el intervalo es mayor a 18 meses, con una OR de 3.0 (IC 95% 1.3-7.2).

La realización de cesáreas múltiples se asocian a placenta previa y adherencia anormal de la placenta. (18)

La incidencia de acretismo placentario se esta incrementando primariamente como consecuencia del mayor numero de operación cesárea. Ocurre aproximadamente un caso por 533 embarazos. (19)



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

En presencia de placenta previa, el riesgo de acretismo placentario se incrementa del 24% en pacientes con una cesárea previa a 67% en mujeres con 3 o más cesáreas previas. (12,13,19)

El ultrasonido Doppler color es útil para el diagnóstico de acretismo placentario. Su sensibilidad varía del 57% al 97% y el valor predictivo positivo del 48% al 92%. (2,19)

Los hallazgos ultrasonográficos sugestivos de acretismo placentario incluyen: Irregularidad del contorno de las lagunas placentarias (espacios vasculares) dentro de la placenta, adelgazamiento del miometrio adyacente a la placenta, pérdida de la línea de interface útero-placentaria, protrusión de la placenta en la vejiga, aumento de la vascularidad de la interface de la serosa uterina-vejiga y flujo turbulento a través de las lagunas placentarias. (5,7,19)

En mujeres sanas con embarazo de término, con antecedente de cesárea segmentaria transversa, y sin contraindicación obstétrica, se debe ofrecer y promover una prueba de parto espontánea en todos los casos. (5,19,20)

Existe evidencia de que admitir pacientes con falso trabajo de parto a la sala de trabajo de parto y realizar inducciones innecesarias incrementa el número de cesáreas. (5,20)

Los signos y síntomas de la ruptura uterina son alteraciones de la frecuencia cardíaca, cese o incoordinación de la dinámica uterina aun con uso de oxitocina, falta de progresión del trabajo de parto, sangrado vaginal anormal, hipertonia uterina, hematuria franca, hipersensibilidad supra púbrica súbita, dolor abdominal intenso y constante, el cual continúa entre contracciones, taquicardia materna,



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

hipotensión o choque, dolor referido a hombro o dolor a nivel del tórax, dificultad respiratoria de inicio súbito, cambios en la morfología uterina, pérdida de la altura de la presentación. (3,6,21)

Se recomienda que toda embarazada con periodo intergenesico menor a 18 meses, la resolución obstétrica sea por operación cesárea para disminuir el riesgo de ruptura uterina. (3,21)

En mujeres con cesárea previa, la frecuencia de ruptura uterina no es diferente cuando se utiliza oxitocina en comparación con las de trabajo de parto espontaneo (menos de 1%).

El riesgo de ruptura uterina durante el trabajo de parto posterior a una miomectomia por vía laparoscópica es de 1% y en caso de miomectomia por vía abdominal el riesgo es mayor. (21)

Se considera inducción de parto innecesaria cuando la paciente padece VIH, 2 cesáreas previas, situación transversa, presentación pélvica, placenta previa total, antecedente de cirugía uterina, cardiopatía clase III y IV, estado fetal inestable, hidrocefalia fetal, malformaciones fetales, embarazo gemelar, primer gemelo pélvico, herpes genital activo, tumor que obstruya el canal de parto, cerclaje por vía abdominal, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, producto óbito mayor de 30 SDG en pacientes sin trabajo de parto por más de 24 horas. (12,15,22)

Los agentes analgésicos y anestésicos utilizados en el bloqueo regional pueden influir sobre la frecuencia cardiaca fetal, por lo que se recomienda que la



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

frecuencia cardiaca fetal sea monitorizada antes y después de la aplicación de la analgesia. (15,22)

Aproximadamente el 30% de las pacientes con cesárea previa en trabajo de parto requerirán asistencia para completar el segundo periodo del trabajo de parto, generalmente con fórceps. (12,22)

La evidencia sugiere que la mayoría de las solicitudes maternas de cesárea son basadas en el temor al dolor o al compromiso fetal y al daño al piso pélvico. (17,22)

Luengo et, al. En un estudio de cohortes que incluyo 127 inducciones de trabajo de parto en embarazadas con sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida concluyo que no existe asociación estadísticamente significativa entre el fracaso de la inducción con el índice de masa corporal logrando en el 81.1% de las inducciones un parto vaginal. (2,23)

Se recomienda programar la cesárea de existir indicación desde la semana 39 de gestación para disminuir la morbilidad respiratoria neonatal. (23)

El riesgo de muerte fetal incrementa de 1/3000 en embarazos de 37 semanas a 3/3000 en embarazos mayores de 42 semanas y se ha reportado un incremento en la mortalidad neonatal en productos pos término. (16,24)

Se debe informar a la paciente los beneficios de un parto y los riesgos de realizar una nueva cesárea, ya que el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal se incrementa. (17,24)

En los últimos 15 años, el incremento en la cesárea de repetición se ha relacionado con una mayor morbilidad materna, en especial de hemorragia



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

obstétrica, por lo que se ha favorecido la atención del parto después de una primer cesárea. (2,24)



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este hospital la cesárea es la cirugía que se realiza con mayor frecuencia, con una frecuencia del 35%. En 2017 se reportaron un total de 1497 cesáreas de un total de 4284 nacimientos, lo que supera en más del doble la recomendación de la OMS que plantea un 15%, esta situación hace evidente que en este Hospital el abuso de este procedimiento quirúrgico se ha convertido en un problema de salud pública, sin embargo esta situación no es ajena a la realidad mundial, existe incluso análisis en la literatura que señala que la elevada frecuencia de cesáreas reportadas se deriva de diversas situaciones tales como una aparente seguridad del procedimiento, la complacencia del médico y de la paciente, la presencia de enfermedades concomitantes y el abuso de indicaciones subjetivas. El realizar una cesárea de repetición aumenta los riesgos inmediatos y mediatos, así como complicaciones maternas y del recién nacido, incrementando también la estancia hospitalaria, los gastos médicos y la recuperación. En esta institución no se cuenta con estudios para evaluar cuál es la causa de la elevada frecuencia de operación cesárea en pacientes que tienen cesárea previa.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿CUAL ES EL DESENLACE OBSTETRICO Y PERINATAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA?



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar el desenlace obstétrico y perinatal actual en pacientes con antecedente de cesárea previa

Objetivos específicos:

- a. Identificar el tipo de desenlace del embarazo actual, en las pacientes con antecedente de cesárea previa
- b. Identificar las características clínicas y demográficas de las pacientes en relación a la resolución del embarazo actual
- c. determinar indicaciones absolutas y relativas para la resolución del embarazo actual
- d. Determinar complicaciones obstétricas inmediatas y mediatas de la mujer y el recién nacido
- e. Identificar las razones obstétricas de la primer cesárea

Hipótesis

No requiere hipótesis



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

JUSTIFICACION

En esta institución se encuentra con un índice de cesárea de 35 % por arriba de los indicadores de la OMS (15%).⁽¹⁾ y esto conlleva a un aumento en el riesgo de complicaciones inmediatas y mediatas tanto para la mujer como para el recién nacido, además de aumentar la estancia hospitalaria, los gastos hospitalarios y el periodo de recuperación. En el Hospital no se tiene identificada adecuadamente la indicación de cesárea en pacientes que han sido sometidas a una cesárea previa, por tal motivo se analizarán las pacientes que ingresan al servicio de tococirugía con embarazo de más de 20 semanas de gestación y que cuenten con una cesárea previa con un periodo intergenesico mayor a 18 meses, para identificar cuál es la vía de resolución del embarazo en estas pacientes y en caso de resolverse mediante cesárea de repetición, analizar las indicaciones absolutas o relativas actuales para tomar esta decisión. Dado que las pacientes que cuentan con cesárea previa son las que presentan una mayor frecuencia de cesárea, y considerando que puedan intervenir otros factores más allá de las verdaderas indicaciones, tales como el criterio médico subjetivo la complacencia del médico o de la paciente, por lo que es un grupo muy importante en el cual se puede trabajar para disminuir el abuso de este procedimiento fue factible realizar este estudio en el Hospital para reducir la frecuencia de cesáreas por indicaciones relativas, subjetivas y por otros factores no justificados en las pacientes con una cesárea previa. La clasificación ética del estudio es de riesgo mínimo, puesto que se revisaron expedientes.



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

MATERIAL, METODOS Y DISEÑO

Tipo y clasificación del estudio

Estudio clínico descriptivo, observacional, analítico, retrospectivo, transversal.

Universo o población

Expedientes de 111 pacientes que ingresaron a tococirugía para resolución del embarazo y cuentan con cesárea previa, con periodo intergenesico igual o mayor a 18 meses.

Muestra

Expediente de Todas las pacientes que ingresaron para resolución del embarazo y cuentan con cesárea previa, con periodo intergenesico igual o mayor a 18 meses en el Hospital General "DR MIGUEL SILVA" desde el 01 de Diciembre de 2017 al 31 de Mayo de 2018

Definición de las unidades de observación

Expediente de todas las pacientes que ingresaron al servicio de toco cirugía del hospital general "Dr. Miguel Silva" que cursaron con embarazo arriba de 20 sdg y con antecedente de cesárea, con periodo intergenesico mayor a 18 meses.

Definición del grupo control

No aplica.



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

Criterios de inclusión

Expedientes de:

- Pacientes que ingresaron al hospital para resolución de su embarazo
- Que cursaron con embarazo mayor de 20 SDG
- Que contaron con el antecedente de una cesárea previa.

Criterios de exclusión

- Periodo intergenesico menor a 18 meses.
- Producto óbito con diagnostico al ingreso.
- Cesárea previa tipo corporal.
- Más de 1 cesárea previa.

Criterios de eliminación

- Expediente incompleto



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

Definición de variables y unidades de medida

Objetivo específico	Variable de estudio	Clasificación de la variables	Unidades de medida
identificar el tipo de desenlace del embarazo actual en las pacientes con antecedente de cesárea previa	Tipo de resolución actual	cualitativa dicotómica	Parto Cesárea
Identificar las características clínicas y demográficas de las pacientes en relación a la resolución del embarazo actual	Edad materna	Cuantitativa discreta	Años cumplidos
	Edad gestacional	Cuantitativa discreta	Semanas de gestación
	Gestas	Cuantitativa discreta	Numero de gestas
	Paras	Cuantitativa discreta	Numero de paras
	Aborto	Cuantitativa discreta	Numero de abortos Absoluta
	Enfermedad hipertensiva del embarazo	Cualitativa dicotómica	Si No
	Diabetes mellitus	Cualitativa dicotómica	Si No
	Anemia al ingreso	Cualitativa dicotómica	Si No
Trabajo de parto espontaneo	Cualitativa dicotómica	Si No	
Determinar indicaciones absolutas y relativas para la resolución del embarazo actual	Indicación de cesárea actual	Cualitativa dicotómica	Absoluta Relativa
	Diagnostico prequirurgico	Cualitativa nominal	Presentación pélvica Sufrimiento fetal RCIU DPPNI Placenta previa Placenta de inserción baja Presentación de cara Prolapso de cordón umbilical Hidrocefalia Gemelos unidos VIH Embarazo pretermino Condilomas vulvares grandes DCP



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

			EHE RPM Embarazo posttermino Embarazo múltiple Distocia dinámica Isoinmunización materno-fetal Diabetes mellitus Oligohidramnios Cirugía vaginal previa Primigesta añosa Cesárea electiva
Determinar complicaciones obstétricas inmediatas y mediatas de la mujer y el recién nacido	Horas de estancia hospitalaria	Cuantitativa discreta	Horas de estancia
	Ingreso a neonatología	Cualitativa dicotómica	Si No
	Ingreso a terapia intensiva	Cualitativa dicotómica	Si No
	Fiebre puerperal	Cualitativa dicotómica	Si No
	Reintervención	Cualitativa dicotómica	Si No
	Procedimiento realizado en reintervención	Cualitativa nominal	Histerectomía Ligadura de hipogástricas Desarterialización Balón bakry Sutura compresiva Reparación de desgarró LUI Técnica de Zea Revisión manual
	Transfusión sanguínea	Cualitativa dicotómica	Si No
	Hemorragia obstétrica	Cualitativa dicotómica	Si No
	Lesiones del canal del parto	Cualitativa dicotómica	Si No
	Sepsis puerperal	Cualitativa dicotómica	Si No
Infección de vías urinarias	Cualitativa dicotómica	Si No	
Inversión uterina	Cualitativa dicotómica	Si No	



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

	Ruptura uterina	Cualitativa dicotómica	Si No
	Dehiscencia de histerorrafia	Cualitativa dicotómica	Si No
	Acretismo placentario	Cualitativa dicotómica	Si No
	Muerte perinatal	Cualitativa dicotómica	Si No
	Sx de distres respiratorio	Cualitativa dicotómica	Si No
	Taquipnea transitoria del RN	Cualitativa dicotómica	Si No
Identificar las razones obstétricas de la primer cesárea	Indicación de cesárea previa	Cualitativa nominal	Presentación pélvica Sufrimiento fetal RCIU DPPNI Placenta previa Placenta de inserción baja Presentación de cara Prolapso de cordón umbilical Hidrocefalia Gemelos unidos VIH Embarazo pretermino Condilomas vulvares grandes DCP EHE RPM Embarazo posttermino Embarazo múltiple Distocia dinámica Isoinmunizacion materno-fetal Diabetes mellitus Oligohidramnios Cirugía vaginal previa Primigesta añosa Cesárea electiva
	Institución donde se realizo cesárea previa	Cualitativa dicotómica	Publica Privada



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

METODOS

La fuente de información principal fueron los expedientes completos de los casos que cumplieron con los criterios de admisión, previamente aceptados por el Comité de Ética e Investigación de este hospital.

Se obtuvo información directamente del expediente clínico.

Se seleccionaron las pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Los datos obtenidos se anotaron en una hoja de recolección de datos y se procesaron en el programa SPSS versión 20.

FUENTES, MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Definición del plan de procesamiento y presentación de la información

Las variables cuantitativas, se analizaron como media y desviación estándar, las variables cualitativas como proporciones y porcentajes. En el paquete estadístico SPSS versión 20. Se considero estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Plan de difusión y publicación de resultados

Una de las finalidades de este proyecto fue realizar la tesis, posteriormente como cartel o participación en Congreso de ginecología y obstetricia o para publicación en revista nacional o internacional.



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

ANALISIS ESTADISTICO

Se empleo estadística descriptiva con frecuencias y respectivo porcentaje, el estadístico de contraste empleado fue Ch^2 (chi cuadrada), el procesamiento de los datos fue con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 23). Las cifras estadísticamente significativas fueron las que asociaron aun $p_valor < 0.05$. Se presentan tablas por grupo y graficas de barras.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto de investigación se realizo bajo las normas que rige la investigación clínica en el estado en base a la Ley General de Salud, las adecuadas prácticas clínicas, la declaración de Helsinki en la cual se establece que “que cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente, el medico deberá actuar únicamente en interés del paciente” y la Norma Oficial para la práctica de la ginecología y obstétrica, con la aprobación de los Comités de Investigación y Ética de esta institución. El investigador principal se compromete a proporcionar la información oportuna sobre cualquier procedimiento al paciente, así como responder cualquier duda que se presente con respecto al procedimiento que se llevara a cabo.

Reglamento de la Ley General de Salud:

Artículo 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

Artículo 14: La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse bajo las siguientes bases:

1. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
2. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
3. Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
4. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre riesgos predecibles.
5. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señale.
6. Deberá ser realizada por profesionales de la Salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
7. Contará con el dictamen favorable de los comités de investigación, ética y de bioseguridad en su caso.
8. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso, de la secretaría.



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

Declaración de Helsinki:

El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado), incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente o el voluntario, y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación, el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad, y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones.

El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia. Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente, incapaz de consentir, o es un menor entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante.



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

RESULTADOS

Se incluyeron 111 pacientes que ingresaron al servicio de tococirugia y que cumplieron con los criterios de inclusión. De las cuales 48 pacientes que corresponde a un 43.2% su resolución fue mediante parto contra 63 pacientes la cuales se resolvió mediante cesárea y corresponde a un 56.8%. Ver figura 1.

TIPO DE RESOLUCION ACTUAL		
	Frecuencia	Porcentaje
PARTO	48	43.2
CESAREA	63	56.8
Total	111	100.0

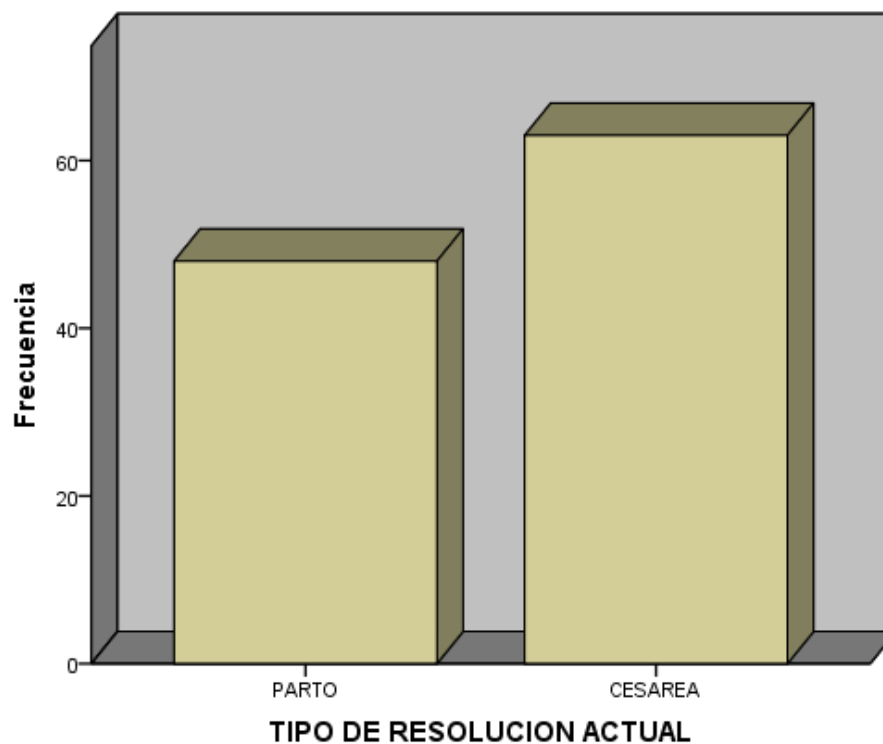


Figura 1.

Fuente: Hoja de recolección de datos.



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

En cuanto a la edad materna de las 48 pacientes que se resolvieron por parto, la media para la edad fue de 26. De las 48 pacientes que se resolvieron mediante cesárea, la media para la edad fue de 26. Ver figuras 2 y 3.

EDAD MATERNA*			
	Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje
17	0	0	0
18	0	0	0
19	0	0	0
20	0	0	0
21	2	4.2	8.7
22	5	10.4	21.0
23	3	6.3	13.1
24	6	12.5	26.0
25	4	8.3	17.3
26	10	21.0	43.8
27	4	8.3	17.3
28	4	8.3	17.3
29	7	14.6	30.4
30	3	6.3	13.1
31	0	0	0
32	0	0	0
33	0	0	0
34	0	0	0
35	0	0	0
36	0	0	0
37	0	0	0
38	0	0	0
39	0	0	0
40	0	0	0
Tota	48	100.0	

* TIPO DE RESOLUCION ACTUAL = PARTO

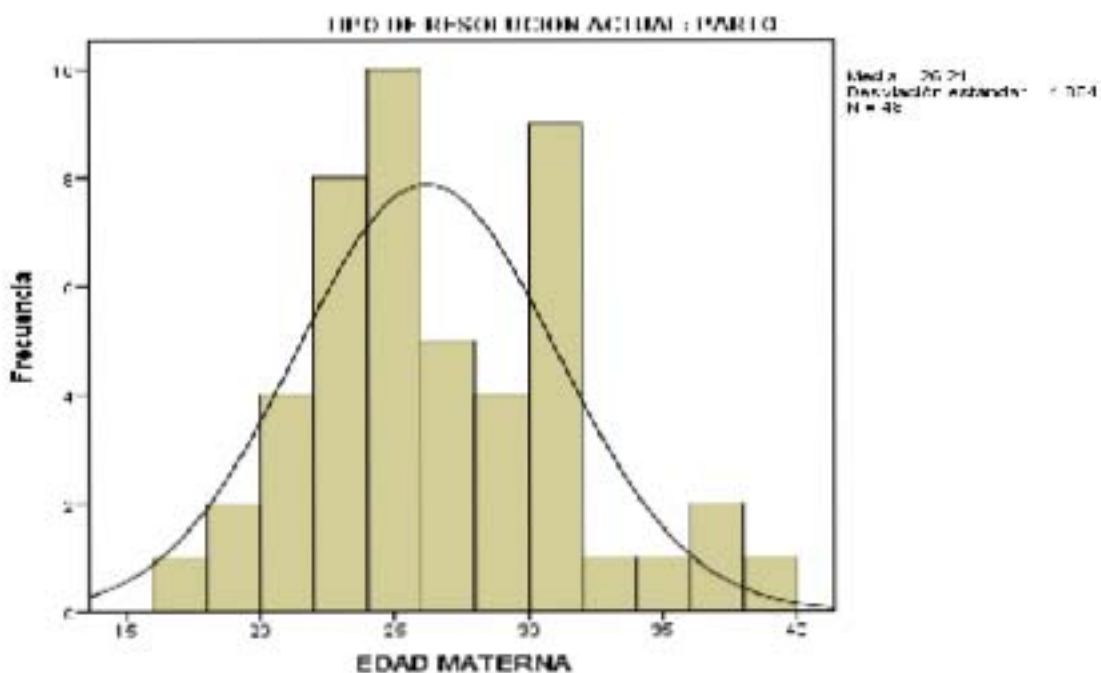


Figura 2..
Fuente: Hoja de recolección de datos



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

CIDAD MATERNA ^a			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
17	1	1.6	1.6
20	3	4.8	6.3
21	6	9.5	15.9
22	4	6.3	22.2
23	5	7.9	30.2
24	7	11.1	41.3
25	7	11.1	52.4
26	1	1.6	54.0
27	6	9.5	63.5
28	7	11.1	74.6
29	4	6.3	80.9
30	3	4.8	85.7
32	2	3.2	88.9
33	3	4.8	93.7
34	2	3.2	96.9
35	2	3.2	100.1
36	1	1.6	101.7
37	1	1.6	103.3
40	1	1.6	104.9
Total	63	100.0	

a. TIPO DE RESOLUCION ACTUAL = CESAREA

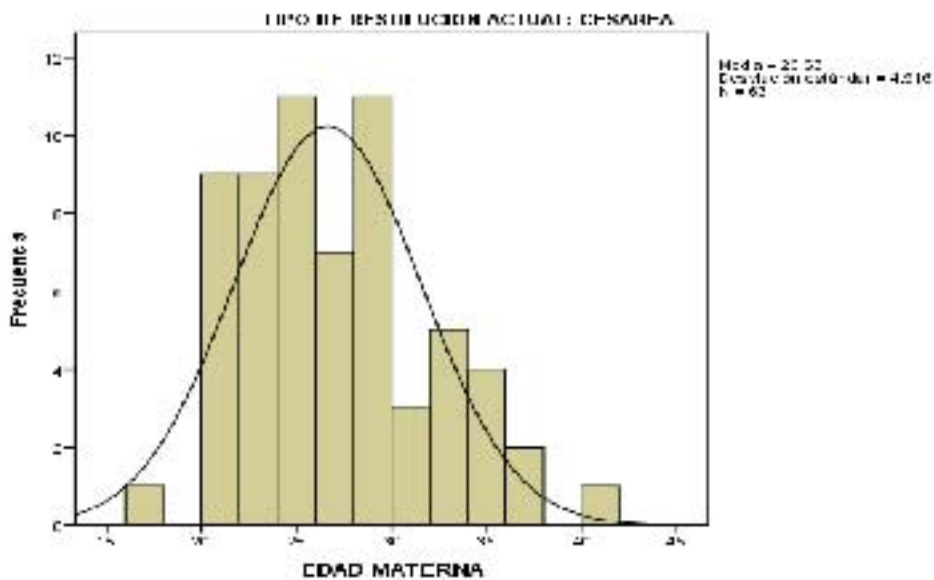


Figura 3.
Fuente: Hoja de recolección de datos



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

En cuanto a los antecedentes de haber presentado partos previos observamos que 78 pacientes (70.9%) no presento parto previo. 22 (20%) pacientes contaban con el antecedente de 1 parto previo. 10 pacientes (9.1%) contaban con el antecedente de tener 2 partos previos. Ver figura 4.

NUMERO DE PARTOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	78	70.3	70.9	70.9
	1	22	19.8	20.0	90.9
	2	10	9.0	9.1	100.0
	Total	110	99.1	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.9		
Total		111	100.0		

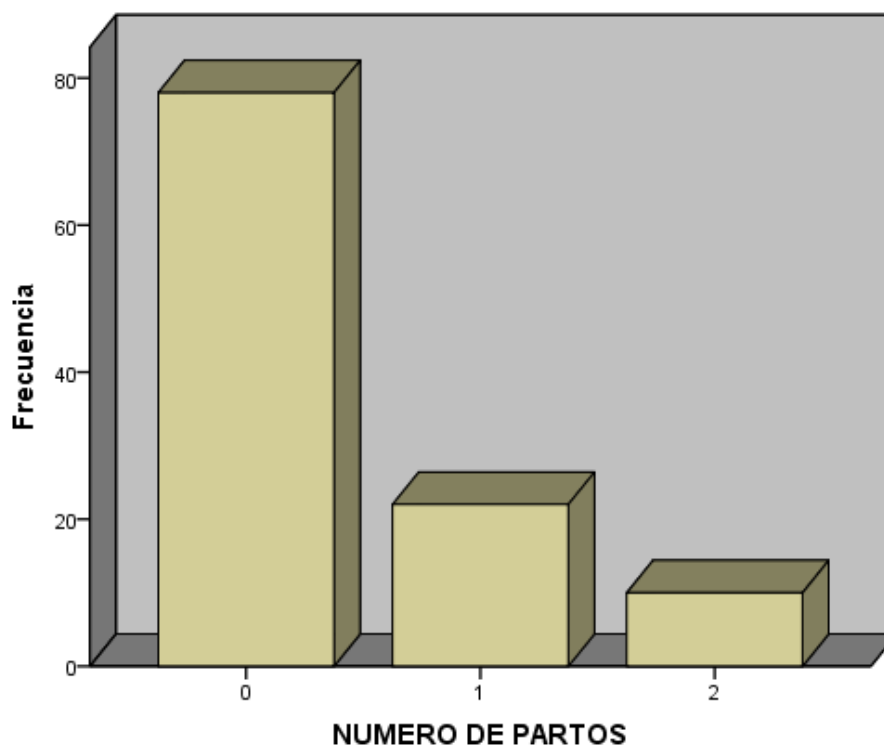


Figura 4.
Fuente: Hoja de recolección de datos



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

En cuanto a numero de embarazos 65 pacientes (58.6%) se encontraban en su segundo embarazo. 30 pacientes (27%) estaban cursando su tercer embarazo. 13 pacientes (11.7%) en su cuarto embarazo y 3 pacientes (2.7%) en su quinto embarazo. Ver figura 5.

NUMERO DE EMBARAZOS			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2	65	58.6	58.6
3	30	27.0	85.6
4	13	11.7	97.3
5	3	2.7	100.0
Total	111	100.0	

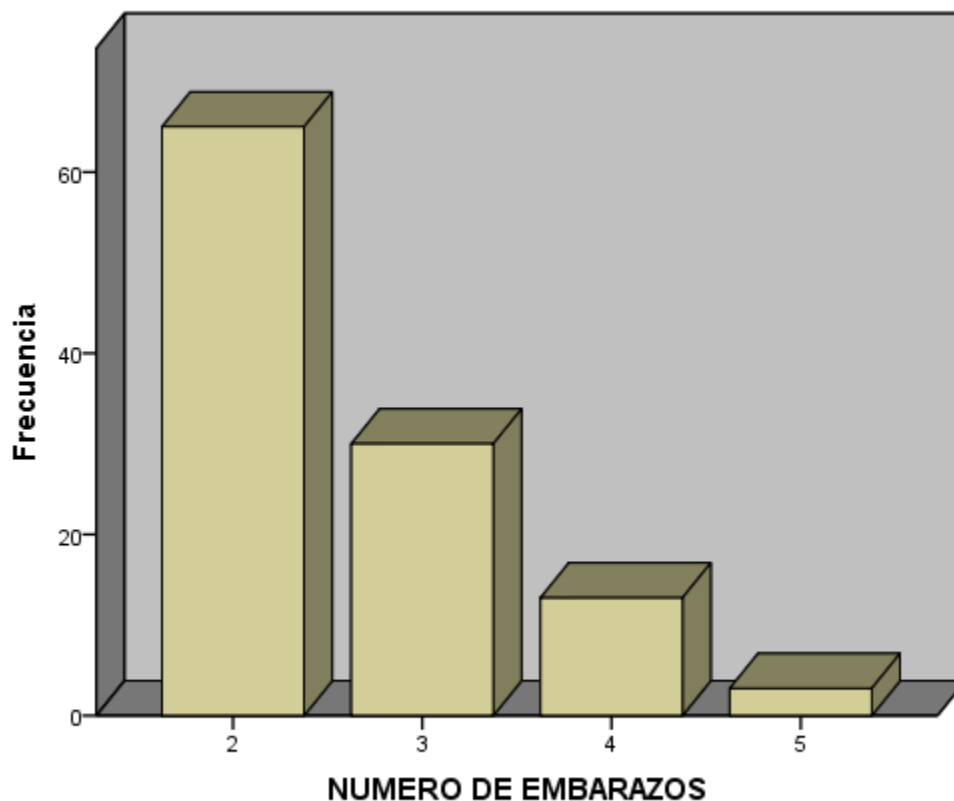


Figura 5.
Fuente: Hoja de recolección de datos



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

En cuanto a enfermedad hipertensiva del embarazo a 6 (5.5%) pacientes se les realizo el diagnostico al ingreso. Solo 1 paciente presento diabetes mellitus a su ingreso. 8 (7.2) de las pacientes presento anemia al ingreso. Ver figura 6.

ANEMIA AL INGRESO		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	7.2
NO	103	92.8
Total	111	100.0

Figura 1.

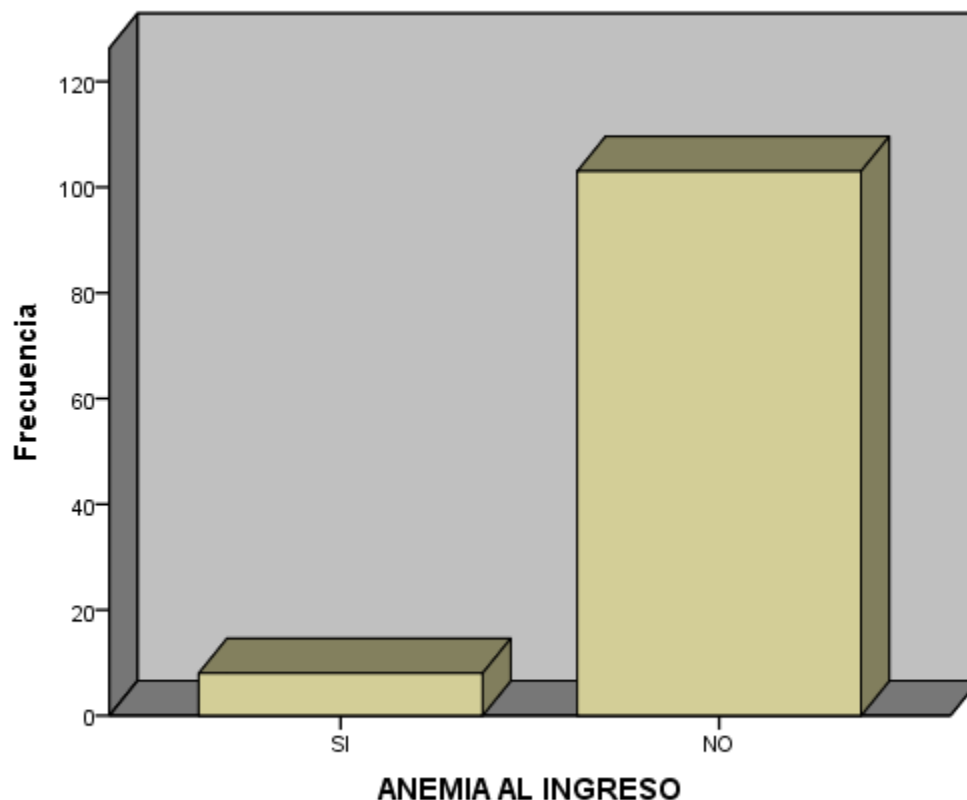


Figura 6.

Fuente: Hoja de recolección de datos



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

De todas las pacientes 65 pacientes que representan el 58.6% presentaron a su ingreso trabajo de parto espontaneo y 46 que representan el 41.4% ingresaron a tococirugia sin trabajo de parto. Ver figura 7.

TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO

	Frecuencia	Porcentaje
SI	65	58.6
NO	46	41.4
Total	111	100.0

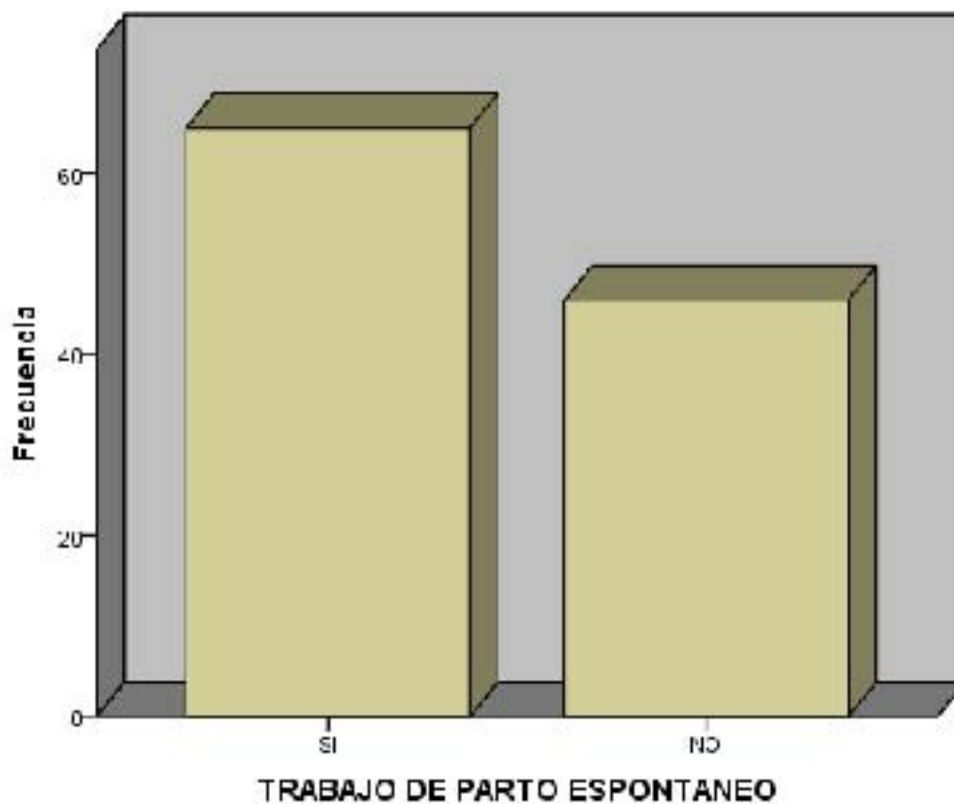


Figura 7.

Fuente: Hoja de recolección de datos



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

En total de las pacientes que se resolvieron mediante cesárea de repetición 14 pacientes (22.6%) tuvieron una indicación absoluta para la realización de la misma y 48 pacientes se les realizó cesárea de repetición por indicación relativa lo que representa el 77.4%. Ver figura 8.

TIPO DE INDICACION ACTUAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ABSOLUTA	14	12.6	22.6	22.6
	RELATIVA	48	43.2	77.4	100.0
	Total	62	55.9	100.0	
Perdidos	Sistema	49	44.1		
Total		111	100.0		

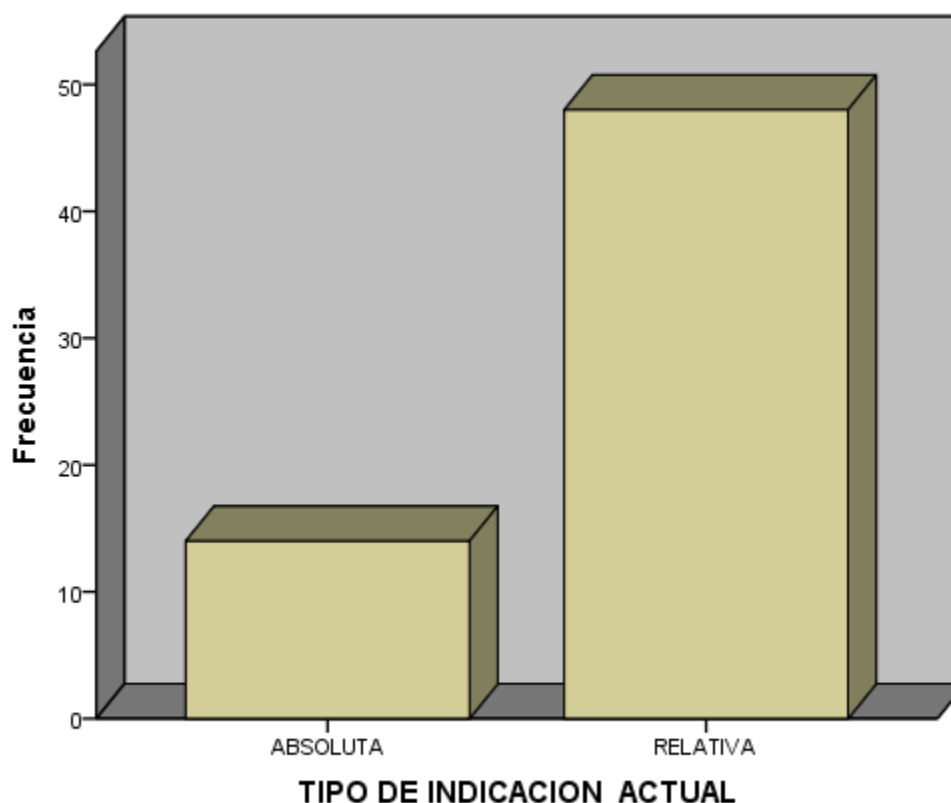


Figura 8.

Fuente: Hoja de recolección de datos



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

En cuanto a numero de partos previos y tipo de resolución observamos que a las pacientes que no presentaron parto previo, 50 se les realizo cesárea de repetición contra 28 que tuvieron parto. A las que tuvieron el antecedente de tener 1 parto previo, 13 se les realizo cesárea de repetición contra 9 que tuvieron parto. A las que tuvieron el antecedente de 2 partos previos, a ninguna se le realizo cesárea y 10 tuvieron parto. Ver figura 9.

Tabla cruzada

		TIPO DE RESOLUCION ACTUAL			
		PARTO	CESAREA	Total	
NUMERO DE PARTOS	0	Recuento	28	50	78
		% del total	25.5%	45.5%	70.9%
	1	Recuento	9	13	22
		% del total	8.2%	11.8%	20.0%
	2	Recuento	10	0	10
		% del total	9.1%	0.0%	9.1%
Total		Recuento	47	63	110
		% del total	42.7%	57.3%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.921 ^a	2	.001
Razón de verosimilitud	18.549	2	.000
Asociación lineal por lineal	10.766	1	.001
N de casos válidos	110		

a. 1 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4.27.



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

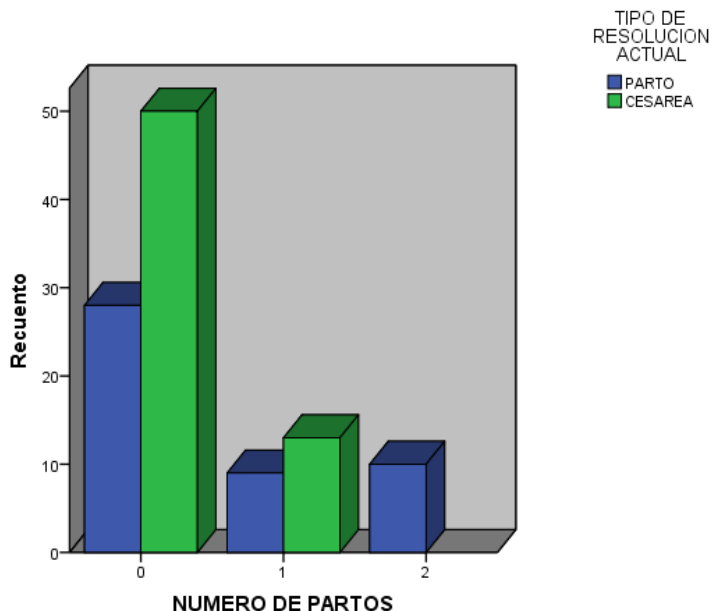


Figura 9.

Fuente: Hoja de recolección de datos

De las 6 pacientes que ingresaron con enfermedad hipertensiva del embarazo, 5 pacientes se resolvió mediante cesárea de repetición y 1 se resolvió mediante parto. La única paciente que ingreso con diabetes mellitus se resolvió mediante cesárea de repetición. De las 8 pacientes que ingresaron con anemia 4 se resolvieron por cesárea y 4 por parto. Ver figura 10.

Tabla cruzada

		TIPO DE RESOLUCION ACTUAL			
		PARTO	CESAREA	Total	
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	SI	Recuento	1	5	6
		% del total	0.9%	4.5%	5.5%
	NO	Recuento	46	58	104
		% del total	41.8%	52.7%	94.5%
Total	Recuento	47	63	110	
	% del total	42.7%	57.3%	100.0%	



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.761 ^a	1	.184		
Corrección de continuidad ^b	.815	1	.367		
Razón de verosimilitud	1.963	1	.161		
Prueba exacta de Fisher				.236	.186
Asociación lineal por lineal	1.745	1	.186		
N de casos válidos	110				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.56.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

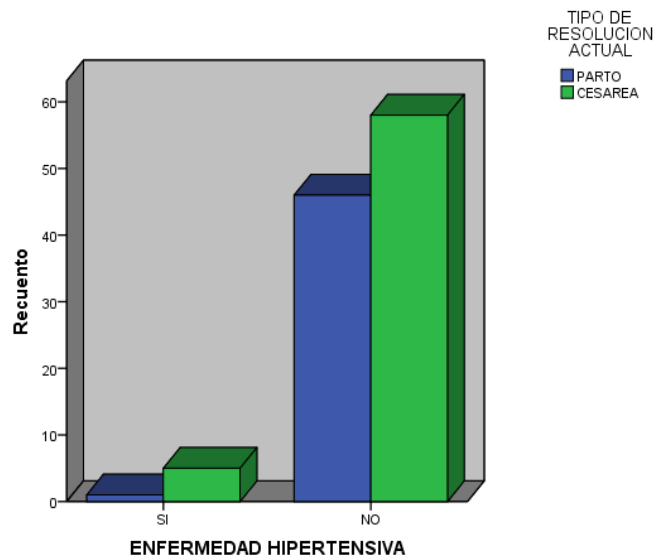


Figura 11.

Fuente: Hoja de recolección de datos



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

De las 65 pacientes que presentaron trabajo de parto espontaneo a su ingreso, a 22 pacientes se les realizo cesárea de repetición y 43 se resolvió mediante parto. Ver figura 12.

Tabla cruzada

		TIPO DE RESOLUCION ACTUAL			
		PARTO	CESAREA	Total	
TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO	SI	Recuento	43	22	65
		% del total	38.7%	19.8%	58.6%
	NO	Recuento	5	41	46
		% del total	4.5%	36.9%	41.4%
Total	Recuento	48	63	111	
	% del total	43.2%	56.8%	100.0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33.544 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	31.329	1	.000		
Razón de verosimilitud	37.016	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	33.242	1	.000		
N de casos válidos	111				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 19.89.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

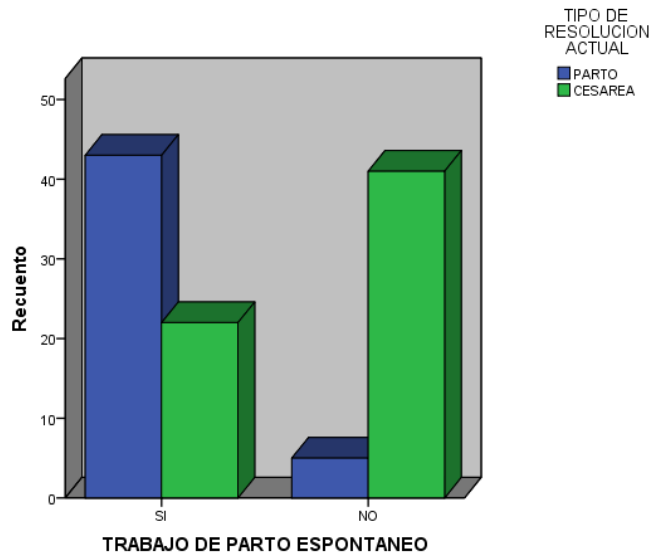


Figura 12.

Fuente: Hoja de recolección de datos

En cuanto a la indicación por la cual se realizó cesárea de repetición: 4 fueron por presentación pélvica. 1 por restricción del crecimiento intrauterino. 4 por placenta previa, 1 de estas 4 presentó además VIH. 1 por prolapso de cordón umbilical. 7 por embarazo pretermino. 4 por desproporción cefalopelvica. 4 por enfermedad hipertensiva del embarazo. 9 por ruptura prematura de membranas. 5 por distocia dinámica. 1 por diabetes mellitus. 9 por oligohidramnios. 19 por cesárea electiva.

Fuente: Hoja de recolección de datos



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

De los 11 recién nacidos que ingresaron al servicio de neonatología 9 fueron mediante cesárea y 2 mediante parto. Ver figura 13.

Tabla cruzada

		TIPO DE RESOLUCION ACTUAL			
		PARTO	CESAREA	Total	
INGRESO A NEONATOLOGIA	SI	Recuento	2	9	11
		% del total	1.8%	8.1%	9.9%
	NO	Recuento	46	54	100
		% del total	41.4%	48.6%	90.1%
Total	Recuento	48	63	111	
	% del total	43.2%	56.8%	100.0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.125 ^a	1	.077		
Corrección de continuidad ^b	2.094	1	.148		
Razón de verosimilitud	3.426	1	.064		
Prueba exacta de Fisher				.110	.071
Asociación lineal por lineal	3.096	1	.078		
N de casos válidos	111				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4.76.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

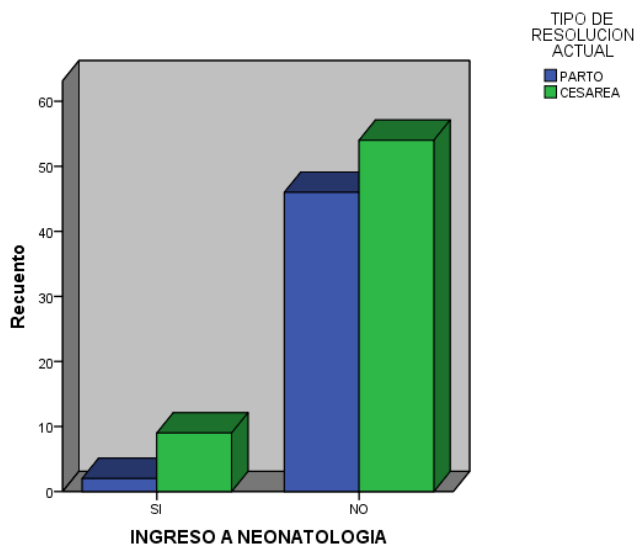


Figura 13.
Fuente: Hoja de recolección de datos

De las 111 pacientes solo 1 ingreso al servicio de terapia intensiva y el tipo de resolución fue mediante cesárea. Ver figura 14.

Tabla cruzada

		TIPO DE RESOLUCION ACTUAL			Total
		PARTO	CESAREA		
INGRESO A TERAPIA INTENSIVA	SI	Recuento	0	1	1
		% del total	0.0%	0.9%	0.9%
	NO	Recuento	48	62	110
		% del total	43.2%	55.9%	99.1%
Total		Recuento	48	63	111
		% del total	43.2%	56.8%	100.0%



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.769 ^a	1	.381		
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	1.140	1	.286		
Prueba exacta de Fisher				1.000	.568
Asociación lineal por lineal	.762	1	.383		
N de casos válidos	111				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .43.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

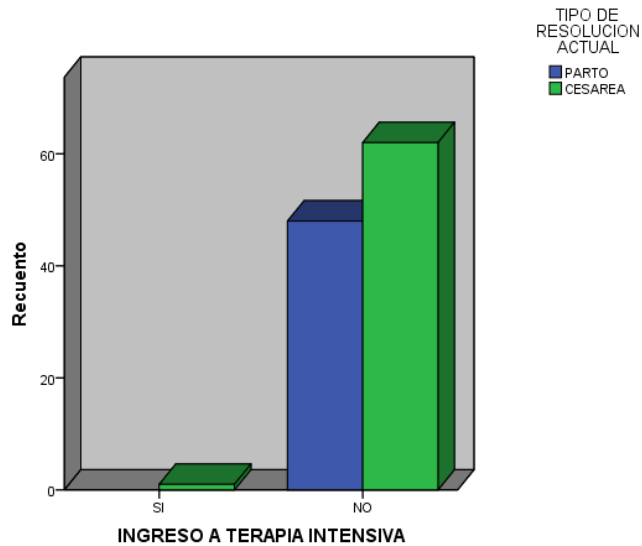


Figura 14.

Fuente: Hoja de recolección de datos



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

Del total de las pacientes 4 presentaron fiebre puerperal y las 4 se resolvieron mediante cesárea. Ver figura 15.

Tabla cruzada

		TIPO DE RESOLUCION ACUJIA		
		PARTO	CESAREA	Tota
FIEBRE PUERPERAL	SI	Frecuencia 0	4	4
		% del tota 0.0%	3.6%	3.6%
	NO	Frecuencia 43	53	107
		% del tota 43.2%	53.2%	96.4%
Tota		Frecuencia 43	63	111
		% del tota 43.2%	56.8%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	q	Significac ión asintótica (bilateral)	Significac ión exacta (bilateral)	Significac ión exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.162 ^a	1	.075		
Continuidad de corrección ^b	1.591	1	.206		
Razón de verosimilitud	4.675	1	.031		
Prueba exacta de Fisher				.132	.059
Asociación lineal con línea	3.133	1	.077		
N de casos válidos	111				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.73.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

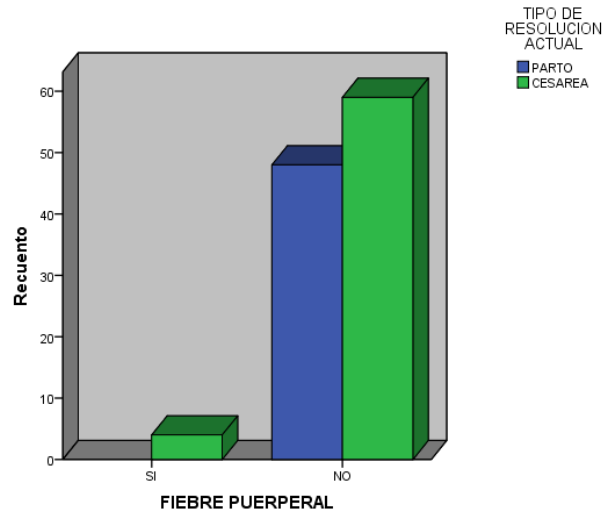


Figura 15.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Solo 1 paciente requirió reintervención quirúrgica y el tipo de resolución fue por cesárea. 2 pacientes requirieron transfusión sanguínea 1 por parto y la otra por cesárea. 9 pacientes presentaron hemorragia obstétrica de las cuales 2 fueron mediante parto y 7 mediante cesárea. 5 pacientes presentaron infección de vías urinarias 1 mediante parto y 4 mediante cesárea. 4 pacientes presentaron acretismo placentario, las 4 se resolvió mediante cesárea. Se presento 1 muerte perinatal y el tipo de resolución fue mediante cesárea. 2 recién nacidos presentaron síndrome de distres respiratorio 1 mediante parto y otro mediante cesárea. 2 recién nacidos presentaron taquipnea transitoria del recién nacido los dos mediante cesárea. Ver figuras 16,17 y 18.



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

Tabla cruzada

		TFO DE RESOLUCIÓN ADICIONAL		
		PARTO	CESAREA	Total
HEMORRAGIA OBSTETRICA	SI	Recuento: 2	7	9
		% del total: 4.1%	6.3%	8.1%
	NO	Recuento: 46	56	102
		% del total: 47.4%	50.5%	91.9%
Total		Recuento: 48	63	111
		% del total: 43.2%	56.8%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.762 ^a	1	.184		
Continuidad de corrección ^b	.954	1	.329		
Razón de verosimilitud	1.821	1	.169		
Prueba exacta de Fisher				.295	.165
Asociación lineal por línea	1.747	1	.186		
Numero de casos válidos	111				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.89.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

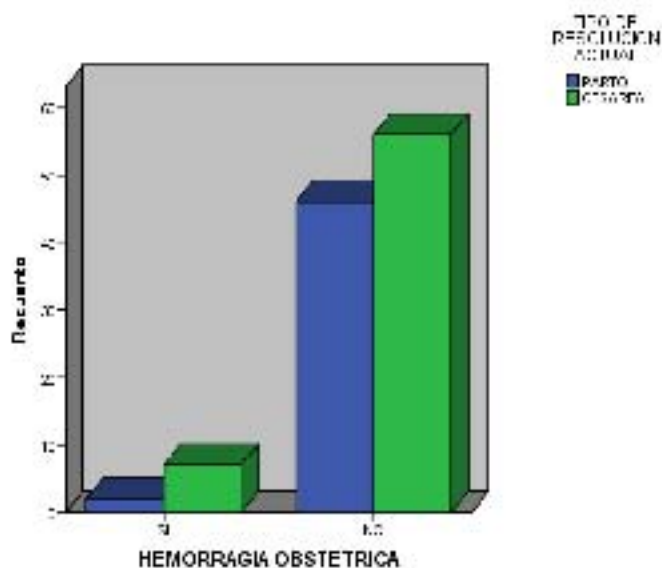


Figura 16.

Fuente: Hoja de recolección de datos



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

Tabla cruzada

		TIPO DE RESOLUCION ACTUAL			Total
		PARTO	CESAREA		
INFECCION DE VIAS URINARIAS	SI	Recuento	1	4	5
		% del total	0.9%	3.6%	4.5%
	NO	Recuento	47	59	106
		% del total	42.3%	53.2%	95.5%
Total		Recuento	48	63	111
		% del total	43.2%	56.8%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.153 ^a	1	.283		
Corrección de continuidad ^b	.374	1	.541		
Razón de verosimilitud	1.256	1	.262		
Prueba exacta de Fisher				.387	.278
Asociación lineal por lineal	1.142	1	.285		
N de casos válidos	111				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.16.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

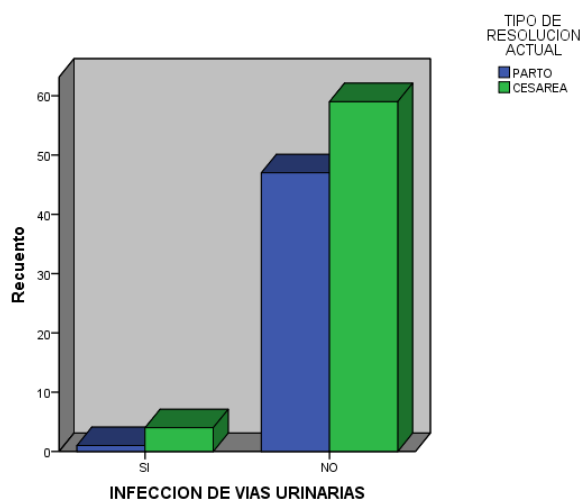


Figura 17.

Fuente: Hoja de recolección de datos



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

Tabla cruzada

		TIPO DE RESOLUCION ACTUAL		Total
		FARTO	CESAREA	
ACRETISMO PLACENTARIO	SI	Recuento	0	4
		% del total	0.0%	3.6%
	NC	Recuento	18	59
		% del total	13.2%	53.2%
Total	Recuento	18	63	
	% del total	13.2%	56.8%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.62 ^a	1	.075		
Continuidad de corrección ^b	1.598	1	.206		
Razón de verosimilitud	4.815	1	.031		
Prueba exacta de Fisher				.132	.099
Asociación lineal por línea	3.133	1	.077		
N de casos válidos	111				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.73.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

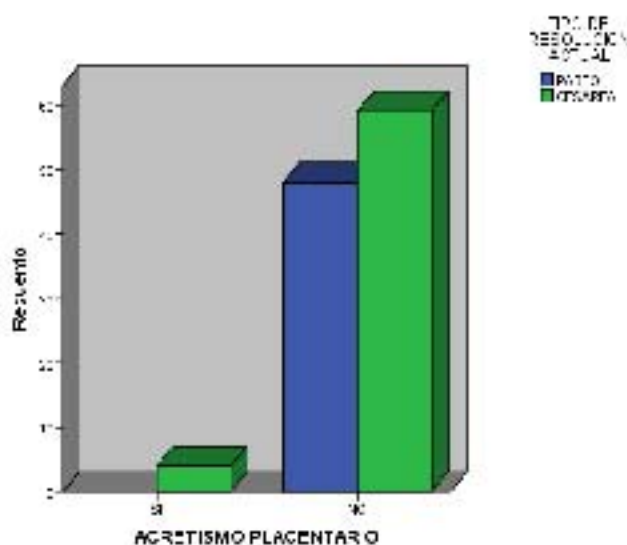


Figura 18.

Fuente: Hoja de recolección de datos



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

En cuanto a la indicación de la cesárea previa de las 111 pacientes : 5 por presentación pélvica, 6 por sufrimiento fetal agudo, 4 por placenta previa, 1 por VIH, 2 por embarazo pretermino, 3 por desproporción cefalopelvica, 3 por enfermedad hipertensiva, 6 por ruptura prematura de membranas, 21 por distocia dinámica, 19 por oligohidramnios y 43 desconocen la causa. Ver figura 19.

Tabla cruzada

		TIPO DE RESOLUCION ACTUAL			
		PARTO	CESAREA	Total	
DESCONOCE	SI	Recuento	30	13	43
		% del total	27.0%	11.7%	38.7%
	NO	Recuento	18	50	68
		% del total	16.2%	45.0%	61.3%
Total		Recuento	48	63	111
		% del total	43.2%	56.8%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20.120 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	18.395	1	.000		
Razón de verosimilitud	20.545	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	19.939	1	.000		
N de casos válidos	111				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18.59.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

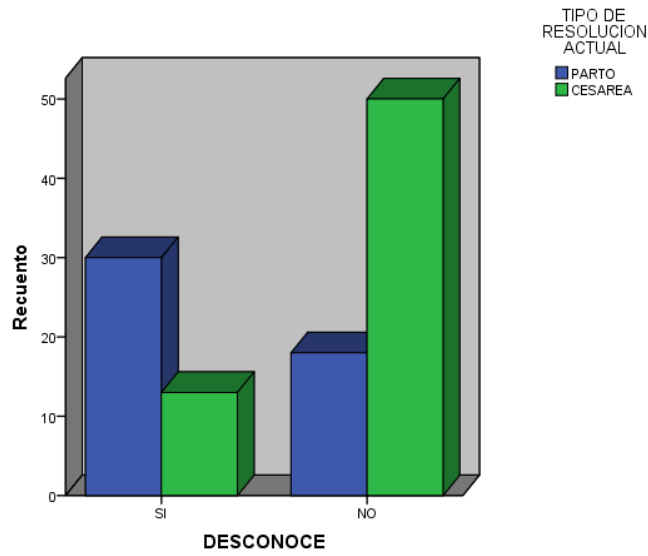


Figura 19.
Fuente: Hoja de recolección de datos

En cuanto a las horas de estancia hospitalaria, la media para parto fue de 28 horas y la media para cesárea de 50 horas. Ver figuras 20 y 21.

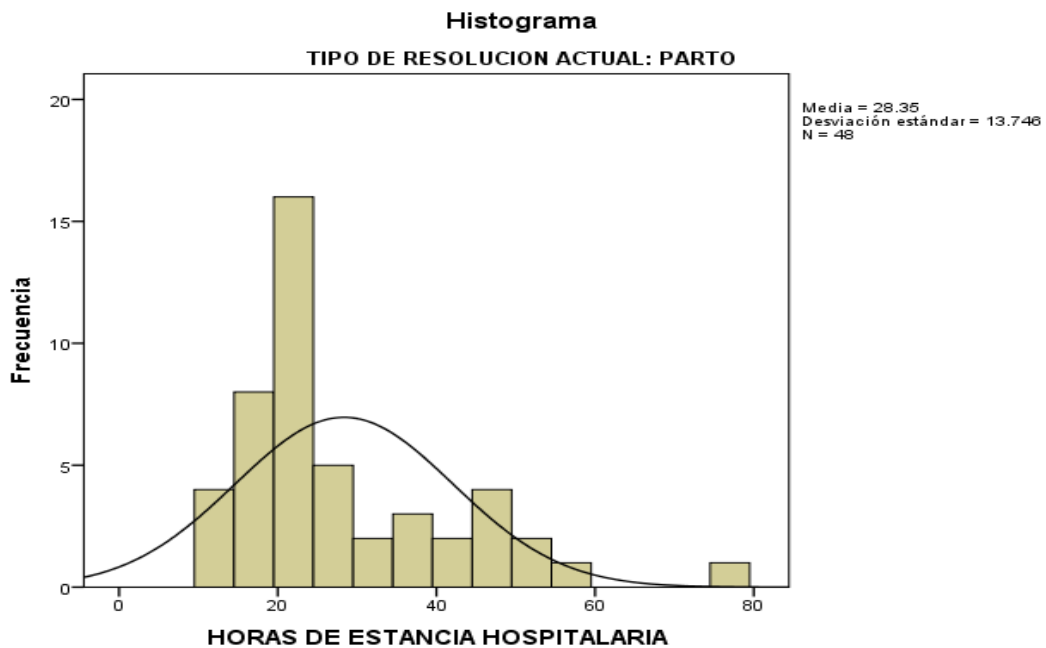


Figura 20.
Fuente: Hoja de recolección de datos



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

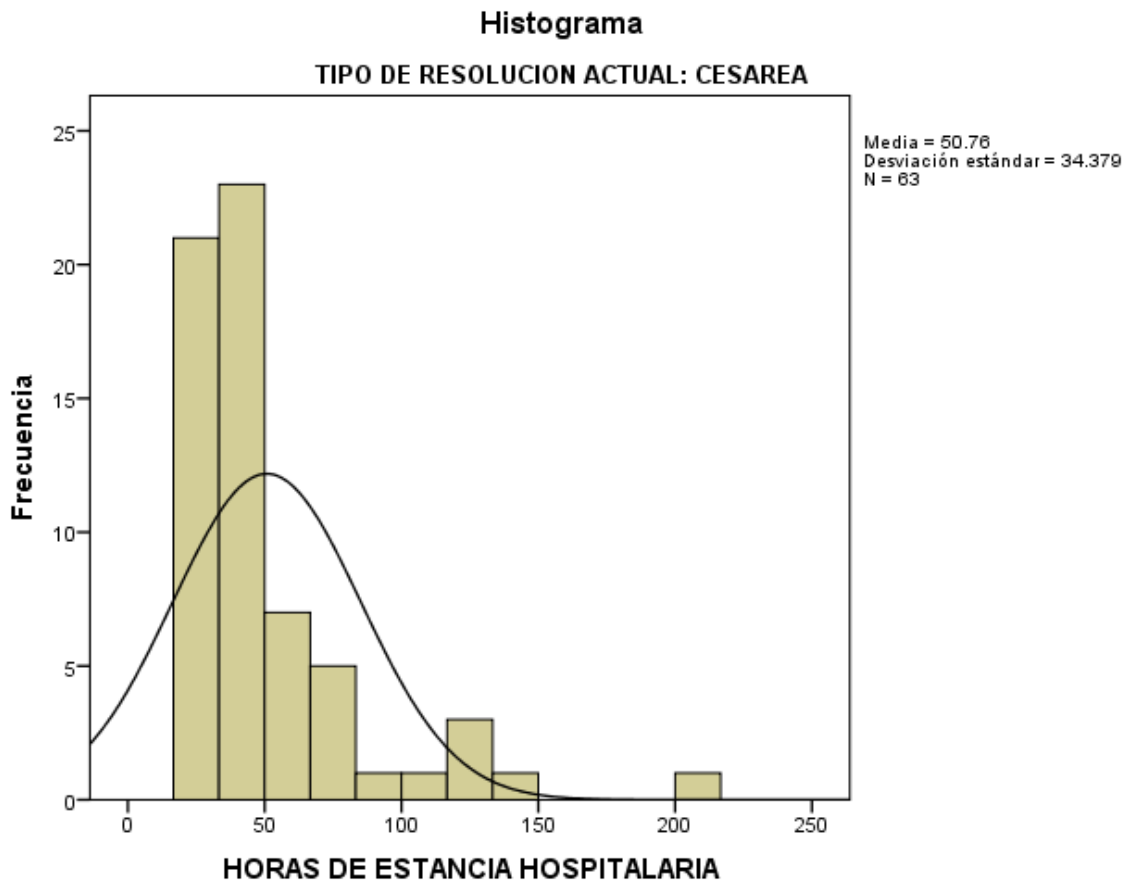


Figura 21.
Fuente: Hoja de recolección de datos



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

DISCUSIÓN

En este estudio se concluye una mayor resolución del embarazo mediante cesárea con un 56.8% en comparación con el parto que fue de 43.2%. Mismos resultados que Sanchez y Madar la elevada incidencia se deriva de diversas situaciones, como la aparente seguridad del procedimiento, la complacencia del medico y de la paciente, la edad, el IMC, la presencia de enfermedades concomitantes y el abuso de indicaciones subjetivas. (5,6)

En cuanto al numero de partos previos encontramos diferencia significativa solo en las pacientes que presentaron 2 partos previos, fueron un total de 10 pacientes y todas se resolvieron mediante parto; se resolvió en mayor porcentaje mediante cesárea cuando no contaban con antecedente de parto y cuando contaban con el antecedente de 1 parto. Cuando las pacientes contaban con el antecedente de dos partos, todas se resolvieron mediante parto. Lo cual concuerda con Guillan, la probabilidad de éxito es mayor si ya se tuvo un parto vaginal. (4)

En nuestro estudio encontramos a 6 con enfermedad hipertensiva del embarazo de las cuales a 5 se les realizo cesárea, 1 paciente con diabetes mellitus que se resolvió mediante cesárea y 8 pacientes con anemia a su ingreso. Lo que contrasta con Shanks donde comenta que en pacientes con embarazo de termino en trabajo de parto y patología asociada no complicada la vía de resolución preferida debe ser la vaginal. (1,10)

Se observa un 77.4% por indicaciones relativas y solo el 22.6% tenían una indicación absoluta para cesárea, lo que concuerda con Sanchez y Madar. (5,6)

El 66% de las pacientes que ingresaron con trabajo de parto espontaneo tuvieron resolución del embarazo mediante parto, como comenta la GPC reducción de la frecuencia de operación cesárea, esperar un trabajo de parto espontaneo disminuye el numero de cesáreas. (2)

Entre las indicaciones relativas de las pacientes que se resolvieron mediante cesárea de repetición se encuentran: 4 por DCP, 4 por EHE, 9 por RPM, 5 por distocia dinámica, 1 por DM, 9 por oligohidramnios y 19 en forma electiva.



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

Se observo mayor ingreso al servicio de neonatología cuando la resolución era mediante cesárea con un 81%, 2 RN con diagnostico de síndrome de distres respiratorio, 1 mediante parto y 1 mediante cesárea . 2 RN con diagnostico de taquipnea transitoria del RN, los dos mediante cesárea. Similares resultados del estudio en Reino Unido por Madar. (6).

En cuanto a las complicaciones 4 de las pacientes que se resolvieron mediante cesárea presentaron fiebre puerperal. Solo una paciente requirió ingreso a terapia intensiva, su tipo de resolución fue mediante cesárea Solo una paciente requirió reintervención quirúrgica debido a hemorragia obstétrica y su tipo de resolución fue mediante cesárea. El 77% de las pacientes que presentaron hemorragia obstétrica su resolución fue mediante cesárea. El 80% de las pacientes que presentaron infección de vías urinarias su resolución fue mediante cesárea. Lo cual concuerda con la literatura, la cesárea de repetición incrementa el riesgo de morbimortalidad materna. (13,14)

En nuestro estudio tuvimos una muerte perinatal y el tipo de resolución fue mediante cesárea

En cuanto a las horas de estancia hospitalaria se encontró un aumento considerable en las pacientes que se les realizo cesárea en contraste con las de parto. Apoyado por Larraz donde se comenta que los beneficios de un parto vaginal después de cesárea son menor estancia hospitalaria, menor sangrado, menor probabilidad de infección y menos eventos tromboembolicos. (7)



DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA

CONCLUSIONES

1. Existe una elevada incidencia de cesárea respecto a la literatura universal.
2. Las pacientes que cuentan con parto previo y presentan trabajo de parto espontaneo tienen mayor probabilidad de éxito en cuanto a parto vaginal.
3. Existen mayores complicaciones en las paciente que se les realiza cesárea de repetición.
4. Existe una desinformación de la paciente sobre la indicación de su primer cesárea.
5. La estancia hospitalaria es considerablemente menor cuan la resolución es por parto

RECOMENDACIONES

Formar un comité de vigilancia de la operación cesárea, para analizar los casos de paciente con cesárea previa.

Brindar analgesia obstétrica a todas las pacientes que cuenten con cesárea previa y se encuentren en trabajo de parto.

Esperar un trabajo de parto espontaneo.

Contar con monitorización electrónica continua en todo momento.



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de la Práctica Clínica Parto después de una cesárea. Catalogo Maestro de Guías de Practica Clínica: IMSS-605-13.
2. Guía de Practica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. Catalogo Maestro de Guías de Practica Clínica: IMSS-048-08.
3. SEGO Protocolos. Rotura uterina (actualizado julio 2013) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prog Obstet Ginecol. 2015; 58(6):296-299.
4. Gillan A. Ryan, Nicholson M. Sarah, J. Morrison John. Vaginal birth after cesarean section: Current status and where to from here?. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 224(2018) 52_57.
5. Sánchez G Rodrigo, Ortiz O. Hantz I, Chávez M. Alberto. Parto vaginal en pacientes con antecedentes de una cesárea previa. Rev Fac Med UNAM Vol. 46 No. I Enero-Febrero, 2003.
6. Madar H, Brun S, Coatleven F, Chabanier P, Gomer H, Nithart A, Coustel M. A, Brun J-L, Horovitz J. Embarazo y útero cicatricial. EMC-Ginecología-Obstetricia. Abril 25 2018.
7. Larraz Soravilla Juan Jesús. La aplicación de la medicina basada en la evidencia reduce la tasa de cesáreas. Prog Obstet Ginecol. 2009;52(8);427-36.
8. Gao Lufen, Huang Zhongwei, Zhang Xian, Zhou Na, Huang Xinke, Wang Xiaoyu. Reproductive outcomes following cesarean scar pregnancy – a case series and review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 200(2016) 102_107.
9. Martel Merie-Jocelyn, Mackinnon Catherine Jane, Arsenault Marc-Yvon, Bartellas Elias, Cargill Ivonne M, Iglesias Stuart, Gleason Tom. REAFFIRMED SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. N.155-Guidelines for



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

- Vaginal Birth After Previous Cesarean Birth. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(3): e195-e207.
10. Shanks Anthony L, Cahill Alison G. Delivery After Prior Cesarean: Success Rate and Factors. *Clin Perinatol.* 38 (2011) 233-245.
 11. Devarajan Sangeetha, Talaulikar Vikram Sinai, Arulkumaran Sabaratnam. Vaginal birth after caesarean. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine.* April 2018 Volume 28, Issue 4, Pages 110–115.
 12. Sentilhes Loic, Vayssiere Christophe, Beucher Gael, Deneux-Tharaux Catherine, Deruelle Philippe, Diemunsch Pierre, Gallot Denis, Haumonte Jean-Baptiste, Heimann Sonia, Kayem Gilles, Lopez Emmanuel, Parant Oliver, Schmitz Thomas, Sellier Yann, Rozenberg Patrick, Dercole Claude. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologist and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 170(2013) 25_32.
 13. Corona Gutiérrez América Aimé, Higuera Sanz M. Teresa, Cabero I Roura Lluís. Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesárea. *Prog Obstet Ginecol.* 2008;51(12):703-8.
 14. Weimar C. H. E, Lim A. C, Bots M.L, Bruinse H. W, Kwee A. Risk for uterine rupture during a vaginal birth after one previous cesarean section: a case-control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 151(2010) 41_45.
 15. Castillo Núñez M, Arenas Ramirez J, Muñoz Oreña P, Santos Santos M, López Cañal P, Castaño Montón L. Factores relacionados con la vía de parto tras cesárea anterior. *Clín Invest Gin Obst.* 2009; 36(4):122-126.



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

16. N. Bernstein Sarah, Matalon Shira, Barak Rossen. Trial of labor versus repeat cesarean: are patients making an informed decision?. *AJOG Am J Obstet Gynecol* 2012;207:204.e1-6.
17. Kabore Charles, Ridde Valery, Kouanda Seni, Dumont Alexandre. Assessment of clinical decision-making among healthcare professionals performing caesarean deliveries in Burkina Faso. *Sexual and Reproductive Healthcare*.16(2018)213-217.
18. Redondo Ana, Sáez Mercedes, Oliva Patricia, Soler Maria, Arias Antoni. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. *Gac. Sanit.* 2013;27(3):258-262.
19. Higgins Mary F, Monteith Cathy, Foley Michael, O'Herlihy Colm. Real increasing incidence of Hysterectomy for placenta accreta following previous cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 171(2013) 54_56.
20. Rossi A. Cristina, Vizcenzo D'Addario. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. *AJOG*. 2008.04.025. 224-231.
21. L.A. Dorthe, Thisted, Mortensen Laust H, Krebs Lone. Uterine rupture without previous cesarean delivery: a population-based cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 195(2015) 151_155.
22. Kehl Sven, Weiss Christel, Rath Werner. Balloon catheters for induction of labor at term after previous cesarean section: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 204 (2016) 44-50.
23. Fagerberg Marie C, Marsal Karel, Källen Karin. Predicting the chance of vaginal delivery after one cesarean section: validation and elaboration of a published prediction model. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 188(2015) 88_94.



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

24. Lumbiganon Pisake, Laopaiboon Malinee, Gulmezoglu Metin, Souza Joao Paulo, Taneepanichskul Surasak, Ruyan Pang, Attygalle Deepika Eranjanie. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. The Lancet vol 375 febrero 6 2010.



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“INDICACIONES DE OPERACIÓN CESAREA Y DESENLACES OBSTETRICOS
EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA”

INICIALES _____ FECHA _____ TELEFONO: _____

NUMERO SECUENCIAL _____ EHE ING _____ DM ING _____ ANEMIA ING _____

EDAD: _____ GESTA: _____ PARA: _____ CESAREA: _____

ABORTO _____ SDG _____

SEC. DE PARTO Y CESAREA _____

DX DE ING: _____

IND DE 1 CESAREA: _____

INST. 1 CESAREA _____ PRESENTA TDP _____

RESOLUCION. DEL EMB ACTUAL _____

DX PREQUIRURGICO: _____

HORAS DE EST.HOSP _____ ING A NEONATOS _____

INGRESO A UTI _____ RE INT QX _____

TIPO DE RE INT. _____

REQ TRAN SANG _____ HEMORRAGIA OBS _____ FIEBRE P. _____

L. DEL CANAL DEL P _____ RUPTURA UTERINA _____ ACRETISMO P _____

SEPSIS P. _____ IVU _____ INV. UTERINA _____ DEHISCENCIA DE H. _____

MUERTE PERINATAL _____ SX DE DISTRES R. _____

TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RN _____

DX DE EGRESO: _____



**DESENLACES OBSTETRICOS Y PERINATALES
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA**

REPORTE DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Elaboración del Proyin	X	X	X	
Aprobación por el Comité de Investigación y Ética en investigación			X	X
Ejecución del proyecto				X
Procesamiento de resultados				X
Análisis del proyecto				X
Redacción del informe final				X