
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL GENERAL DR. DARÍO FERNÁNDEZ
FIERRO. ISSSTE**

**Factores Asociados en parto después de Cesárea
en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro en el Periodo
de Enero a Diciembre de 2017**

TESIS

QUE PRESENTA

DR. JOSE MANUEL MENDEZ LORENZO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ASESORES:

DR. ORTIZ ORTIZ HANTZ IVES

DRA. NASHIELLY NAVA SANTILLAN



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado



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.

AUTORIZACIONES

DRA. BEATRIZ IRENE SANCHEZ TRAMPE

JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL GRAL. DR DARIO FERNANDEZ
FIERRO

DR HANTZ IVES ORTIZ ORTIZ

JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
ASESOR DE TESIS

DRA. NASHALLY NAVA SANTILLAN

PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNAM DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Y ASESOR DE TESIS

UNIDAD MÉDICA

HOSPITAL GENERAL “DR DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO” ISSSTE

NO. DE REGISTRO

REALIZADORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE

DR. JOSE MANUEL MENDEZ LORENZO

**RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA**

INVESTIGADORES ASOCIADOS

DR. ORTIZ ORTIZ HANTZ IVES

DRA. NASHIELLY NAVA SANTILLAN

DRA. YADHIRA FLORES HERNANDEZ

UNIDAD MÉDICA:

HOSPITAL GENERAL “DR DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO”

REALIZADORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE

DR. JOSE MANUEL MENDEZ LORENZO

**RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA**

INVESTIGADORES ASOCIADOS

DR. ORTIZ ORTIZ HANTZ IVES

DRA. NASHALLY NAVA SANTILLAN

DRA. YADHIRA FLORES HERNANDEZ

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: **DR. JOSE MANUEL MENDEZ LORENZO**

Cargo: Médico residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia

Unidad De Adscripción: ISSSTE Hospital General “DR. DARIO FERNANDEZ
FIERRO”

Localidad: Ciudad de México.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a dios por haberme acompañado durante toda la vida, por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad, por darme salud y por permitirme llegar a este momento

Agradezco a mis padres por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una educación. Por ser un gran ejemplo de vida a seguir.

A mis maestros por enseñarme la profesión de ginecólogo, por la confianza que siempre depositaron en mí, por siempre tener un consejo para ser una mejor persona y un mejor profesionista.

ÍNDICE GENERAL

	Pagina
RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
MARCO TEORICO.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
JUSTIFICACION.....	28
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	
Objetivo General.....	29
Objetivos Específicos.....	30
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	31
PRESUPUESTOS	33
METODOLOGIA.....	34
RESULTADOS	38
CONCLUSIONES.....	48
ASPECTOS ETICOS.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	51

TITULO DEL TRABAJO.

**Factores Asociados en parto después de
Cesárea en el Hospital General Dr. Darío
Fernández Fierro en el periodo de Enero
a Diciembre de 2017**

RESUMEN

La operación cesárea, es un procedimiento de la práctica médica obstétrica cuya finalidad es solucionar problemas que puedan poner en riesgo la vida del binomio materno-fetal, por lo que es imprescindible determinar el momento preciso de la acción quirúrgica. Desde la primera operación cesárea descrita en el año 1610, se ha ido perfeccionando la técnica y disminuyendo vertiginosamente las tasas de mortalidad materna, así como se ha ido incrementando la frecuencia con la que la cesárea se indica.

La sentencia que en 1960 hiciera Craigin “después de cesárea siempre cesárea”, actualmente permanecen vigentes sólo para un reducido grupo de gestantes, obviamente la ciencia médica evoluciona. En relación, al parto vaginal luego de una cesárea, se han venido realizando diversos trabajos en los últimos años que dejan en evidencia que el parto vaginal es posible después de una cesárea y que las complicaciones son menores que en un cesárea iterativa en un determinado tipo de gestantes escogidas previamente.

Debido a la ausencia de conductas definidas respecto a la toma de decisiones en gestantes con antecedentes de cesárea anterior por única vez, sobre esperar el inicio espontáneo, inducir el trabajo de parto o realizar cesárea, teniendo en cuenta las complicaciones que esto conlleva; se pretende analizar las variables que ayuden a concretar la decisión más adecuada con el fin de disminuir la Morbimortalidad Materno-Perinatal

Este trabajo de investigación, tiene como objetivo identificar las características de las pacientes sometidas a Trabajo de Parto con antecedente de una cesárea única, así como comparar la Morbimortalidad materno perinatal, resultados Obstétricos y Perinatales en pacientes con periodo intergenesico mayor a 18 meses y sin contraindicación para Trabajo de Parto según la normatividad internacional. Es una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo, retrospectivo y analítico en el Hospital General Darío Fernández Fierro.

INTRODUCCIÓN

La tasa creciente de cesárea en los últimos años ha llevado a un aumento en la proporción de mujeres que se sometieron a un procedimiento previo de cesárea aun siendo su primer embarazo, a estas mujeres se les debe de ofrecer un parto vaginal. El porcentaje de mujeres que rechaza la prueba de trabajo de parto posterior a una cesárea por sus siglas en inglés (VBAC Vaginal Birth after Cesarean delivery) incrementa la incidencia de Cesárea, que como bien se conoce es un problema actual de salud pública [1].

Para las mujeres con una Cesárea previa con incisión uterina segmentaria inferior la opción de una prueba de trabajo de parto o repetir el nacimiento vía cesárea por un embarazo no complicado a término sin ninguna contraindicación para el Parto vaginal debe de ser discutida durante el periodo prenatal. El Royal College of Obstetricians and Gynecologists en Gran Bretaña sugiere que cada mujer que cumpla estos criterios deberá de discutir las dos opciones antes de la semana 36 de embarazo y debe ser informada que la probabilidad de lograr un parto después de cesárea es de entre 72% y 76% [1]. La probabilidad de un parto vaginal exitoso es uno de los factores más importantes en el proceso de toma de decisiones durante el asesoramiento prenatal de estas mujeres.

Se han asociado muchos factores con una mayor posibilidad de VBAC exitoso, incluida la indicación de parto por cesárea, raza, edad, índice de masa corporal (IMC) y parto vaginal previo. Es posible evaluar las posibilidades de una mujer individual de tener un parto vaginal exitoso usando estos factores, y se han descrito varios modelos de predicción uno de ellos es el modelo descrito por Grobman que evalúa los factores relacionados desde la primera visita prenatal, este modelo permite a los Ginecólogos de distintos centros hospitalarios dar a una mujer de forma individualizada la probabilidad del resultado un parto vaginal y es el que más se usa de forma Internacional [2].

El objetivo del presente estudio fue examinar los factores asociados con un intento exitoso de VBAC en una población de estudio retrospectivo, y para evaluar las diferentes variables asociadas así como el resultado perinatal asociado a la Morbilidad Materno-perinatal y valorar las complicaciones asociadas a un Parto después de una Cesárea.

El ISSSTE no es ajeno a éste problema ya que es común dentro de nuestra población las pacientes que tienen antecedente de Cesárea previa, pero que en este embarazo desean un parto vaginal, sin embargo debe de darse luz verde únicamente a las mujeres que cumple los estándares ya previamente establecidos, así como siempre tener en cuenta el número de complicaciones que pueden llegar a existir si no se valora bien a una paciente o las complicaciones propias del parto después de cesárea aunque el porcentaje es bajo, la ruptura uterina puede llegar ser tan grave y ser causa de una muerte materna que como sabemos es un indicador importante. Revisando para tal efecto en forma retrospectiva, los expedientes clínicos que fueron sometidas a parto después de operación cesárea desde el periodo de Enero a Diciembre 2017.

MARCO TEORICO

Cerca de 10% de las mujeres tienen útero cicatricial, que en los países industrializados es la primera causa de antecedente de cesárea. El viejo paradigma de “una vez cesárea, siempre cesárea” sostenido en algunos países, incluido el nuestro, durante casi 70 años, comenzó a cambiar en el decenio de 1970 [3].

La evidencia acumulada por grandes series de casos llevó a organizaciones, como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y a los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos a aceptar la opción de parto en pacientes con antecedente de cesárea, experiencia que desde entonces ha ido acumulándose.

En la paciente con antecedente de cesárea, y en su médico, influyen varios factores para decidir repetir una cesárea o intentar una prueba de trabajo de parto. En un contexto general a casi todas las mujeres con incisión transversal baja, embarazo único, con adecuado peso fetal, y presentación cefálica debe ofrecérseles el parto para disminuir la morbilidad materna y no incrementar las complicaciones perinatales [4].

Alrededor de 60 a 80% de las mujeres a quienes se efectúan pruebas de trabajo de parto después de cesárea tendrán un parto exitoso. La tasa de éxito dependerá de la indicación de la cesárea previa: presentación pélvica, estado fetal no tranquilizador o embarazo múltiple. A diferencia de las causas recurrentes, como las distocias en la dinámica uterina durante el trabajo de parto, alrededor de 70% de las pacientes lograrán un parto [4]. En la decisión de la paciente pueden influir factores no clínicos, como el ámbito donde se atiende, algunas pueden preferir no realizarse la prueba de trabajo de parto debido a que la repetición programada de la cesárea es lo más cómodo.

Como factor pronóstico, dependerá de si persiste la causa que provocó la cesárea anterior. Es más probable que tengan éxito las pacientes sin una indicación persistente (presentación pélvica, estado fetal no tranquilizador, embarazo múltiple o anomalías en la inserción de la placenta) que las que tienen una indicación recurrente, como las distocias en la dinámica uterina [4]. Estas últimas se aproximan a las tasas de éxito de las pacientes nulíparas, explicado por los fenómenos dinámicos que intervienen a lo largo del trabajo de

parto, que son muy variables de un caso a otro, por lo que resulta imposible predecir su evolución [4].

La probabilidad de éxito se incrementa, independientemente de la indicación de la cesárea previa, cuando no coexisten factores que hagan sospechar distocia, como: el peso fetal estimado menor a 4,000 g, o menor al de la gestación previa. Si el antecedente obstétrico refiere que la cesárea previa se debió a falta de progresión del trabajo de parto después de un fracaso en la inducción, o en una paciente que no llegó al segundo periodo del trabajo de parto, puede predecirse que la tasa de éxito será similar a la de la población general. Por el contrario, si la historia clínica indica que la paciente llegó al segundo periodo del trabajo de parto y a pesar de una adecuada actividad contráctil fue incapaz de progresar, es razonable pensar que esa paciente tiene menos probabilidades de alcanzar el éxito [4].

Los sesgos inherentes a la clínica hacen pensar que las pacientes con cesárea previa, por distocia, no solo serán menos propensas a lograr un parto, sino que no lo intentan. Cuando la prueba se efectúa, a pesar de una causa persistente, el porcentaje de complicaciones no se incrementa significativamente [5].

TIPO DE INCISIÓN UTERINA

Segmentarias

Transversal baja (Kerr)

Es la más frecuente. Se incide en la porción no contráctil del útero, lo que disminuye 0.7% la posibilidad de ruptura uterina o dehiscencia en embarazos posteriores, y la cicatriz es más fuerte y segura. Por esto habitualmente se acepta la prueba de trabajo de parto a pacientes con este tipo de incisión previamente hecha [6].

Vertical baja (Sellheim o Kröning)

Limitada a la porción más baja, inactiva y no contráctil del útero. Tiene un riesgo de rotura uterina de 0.5 a 6.5% [6]. No es una contraindicación para parto, pero tiene el riesgo de desgarrarse hacia arriba, con ruptura corporal secundaria, o hacia abajo con ruptura cervical o vesical durante la primera intervención. Esta opción es motivo de controversia porque la mayoría de los autores excluye a estas pacientes de las series. En consecuencia,

los datos disponibles son limitados y los publicados es posible que estén sesgados porque no son resultado de estudios prospectivos.

Corporales

Clásica (Sanger)

Es un corte longitudinal, en la cara anterior del útero, cerca del fondo, en la porción activa y contráctil del útero, que interferirá en su extensibilidad y contractilidad, en consecuencia tornándolo más frágil. Su riesgo de rotura uterina es de 12% [6], donde en un tercio ocurrirá antes del trabajo de parto, es una contraindicación absoluta para la prueba de trabajo de parto [4,6]. A todas las pacientes con este tipo de incisión se les propone la cesárea luego de alcanzar la madurez fetal, antes de que inicie el trabajo de parto. Deben advertírseles los riesgos de un parto no controlado y de los signos de ruptura uterina. Por fortuna, son poco frecuentes y, por tanto, la necesidad de repetir una cesárea en tales pacientes supone solo una pequeña contribución a la tasa global de cesáreas iterativas.

TIPO DE INCISION	RIESGO DE RUPTURA
TRANSVERSAL BAJA	0.7%
VERTICAL BAJA	0.5%-6.5%
CLASICA O CORPORAL	10 –12%

Cuadro 1. Riesgo de ruptura uterina en embarazos posteriores según el tipo de incisión [6]

Algunos autores defienden que si se desconoce la extensión de una incisión o no está debidamente documentada, no es una medida razonable indicar una prueba del trabajo de parto. Sin embargo, esto no es práctico e, incluso, innecesario. Los meta análisis muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en las tasas de ruptura uterina en pacientes con y sin tipo de incisión conocida [6], con lo que se crea una situación delicada al momento de tomar una decisión debido al contexto médico legal actual. Por ello, el obstetra tiene la obligación de informar detalladamente a la paciente el tipo de incisión que se realizó para que pueda ser documentada en próximos embarazos y se valore cada uno de los riesgos de forma personalizada.

Cuando durante la histerorrafia de una primer cesárea segmentaria transversa, el miometrio se sutura en un solo plano, el riesgo de ruptura uterina es significativamente mayor (36%) que cuando dicha sutura es en dos planos (20%) $p < 0.01$ [10]

PERIODO INTERGENÉSICO

Es el lapso entre dos eventos obstétricos que tiene un efecto directo en la morbilidad materna y fetal [7]. Una paciente con un periodo intergenesico menor de dos años no tiene una adecuada vascularidad útero-placentaria, debido a la poca adaptabilidad vascular y, en caso de antecedente de cesárea, se verá directamente reflejado en las propiedades de extensibilidad y contractilidad uterina, por las pérdidas importantes de fibras musculares e hipoperfusión útero-placentaria, por lo que cuanto más corto es el periodo, más débil será la cicatriz.

En periodos intergenésicos menores de 6 meses aumenta el riesgo de aborto, en periodos menores de 18 meses se incrementa tres veces más el riesgo de rupturas y dehiscencias uterinas, y en periodos menores de 2 años aumenta el riesgo de nacimiento pretérmino [7].

En lapsos mayores de cuatro años también existe un problema en la vascularidad, producido por rigidez y arterosis de las arterias espirales que produce hipoperfusión placentaria y que finalmente desencadena daño endotelial. El periodo intergenésico óptimo para prevenir complicaciones maternas y fetales es de 2 a 4 años; en los menores de 18 meses está indicada la cesárea [7].

En mujeres que cursan con embarazo de termino con antecedente de cesárea previa, cuando el intervalo entre la cesárea y el inicio del nuevo embarazo es menor a 6 meses el riesgo de ruptura uterina es mayor que cuando este periodo es de más a 6 meses OR 2.66 (IC 95%-,1.21-5.82). 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 un OR de 3.0 (IC 95% 1.3-7.2).[10].

POSTOPERATORIO DE CESAREA PREVIA

Los antecedentes de infecciones en el postoperatorio inmediato (fiebre, endometritis, peritonitis) se consideran factores que debilitan la cicatriz, aumentan la incidencia de rupturas y dehiscencias con una diferencia significativa entre los dos grupos (cesáreas seguidas de infección o no). El antecedente de un parto antes o después de la cesárea incrementa las posibilidades de éxito de parto en este embarazo y disminuye el riesgo de ruptura uterina.

ELEMENTOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN CURSO

Presentación: en caso de ser cefálica, la tendencia es intentar el trabajo de parto. La presentación pélvica es una situación de riesgo, sobre todo por la posibilidad de tener que realizar determinadas maniobras que pueden incrementar la morbilidad materna

y perinatal. Sin embargo, no existen estudios con asignación al azar que la contraindiquen. Las presentaciones en deflexión y transversas son indicaciones de cesárea [8].

Localización placentaria: la inserción previa, por delante de la cicatriz, aumenta el riesgo de hemorragias en el alumbramiento y de placenta acreta y percreta. En este último caso, el riesgo de ruptura uterina también es mayor [8]

Sobre distensión uterina: se sugiere que el riesgo de ruptura puede aumentar según el peso fetal debido a la distensión uterina acompañante, sobre todo en mayores de 4,000 g, pero si es moderada no constituye una contraindicación para la vía vaginal [8].

Evaluación de la pelvis: la pelvimetría es un examen que se solicita en pacientes con útero cicatricial porque ayuda a elegir el tipo de terminación del embarazo y sirve para modular la conducta del trabajo en caso de una prueba de trabajo de parto. Sin embargo, tiene algunos inconvenientes: falta de precisión de las medidas y de unanimidad de los valores normales reflejada en una influencia negativa en la decisión del obstetra[8].

PACIENTES APTAS PARA PARTO DESPUES DE CESAREA

En 1995 el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) publicó la primera serie de casos de pacientes a quienes se atendió durante el parto después de cesárea. Esta serie tiene la pretensión de servir de directriz clínica apropiada para asistir al médico y a la paciente en la toma de decisiones de la opción más conveniente. No ofrecen una única forma de atención, pero facilitan un análisis detallado de los factores que pueden ayudar a tomar una determinada decisión después de tener en cuenta los recursos disponibles, los factores de riesgo de la paciente y sus deseos [4]

PRESENTACION CEFALICA
GESTACION UNICA
CICATRIZ OBSTETRICA SEGMENTARIA
AUSENCIA DE MALFORMACION UTERINA
CONFRONTACION CEFALOPÉLVICA FAVORABLE
LOCALIZACION NORMAL DE LA PLACENTA

Cuadro 2. Factores que permiten la prueba de trabajo de parto en pacientes con antecedente de cesárea [4]

El ACOG recomienda realizar una prueba de trabajo de parto en todas las pacientes con antecedente de cesárea, excepto cuando exista alguna de las contraindicaciones que se señalan en el Cuadro 3.

PERSISTENCIA DE LA INDICACION ANTERIOR
CESAREA PREVIA CON INCISIÓN CLASICA
CIRUGIA UTERINA PREVIA CON ACCESO A CAVIDAD
PESO FETAL ESTIMADO MAYOR DE 4000GRS
COMPLICACIONES MEDICAS U OBSTETRICAS QUE IMPIDAN EL PARTO
ANTECEDENTE DE RUPTURA UTERINA

Cuadro 3. Factores que contraindican la prueba de trabajo de parto en pacientes con antecedente de cesárea [4]

INICIO DE TRABAJO DE PARTO

Hay que considerar a todas las pacientes con antecedente de cesárea, como: embarazo de alto riesgo, por lo que la conducta del obstetra debe diferir un poco con respecto a la de cualquier otra mujer, especialmente en el inicio del trabajo de parto.

- **Espontáneo**

Cuando no existe una afección que requiera el nacimiento inmediato, es preferible esperar a que el parto se inicie espontáneamente porque no implica riesgo de ruptura uterina ni es un elemento de pronóstico desfavorable para la prueba del trabajo de parto [9].

- **Inducción**

Oxitocina

En el año 1985 Paul describió la inducción del trabajo de parto en un útero cicatricial; el porcentaje de éxito fue elevado y no se encontraron complicaciones materno-fetales complementarias. Los estudios recomiendan la Oxitocina para inducción y conducción en cuellos uterinos con características favorables (con dilatación cervical mayor de 4 cm o con

índice de Bishop mayor de 6 puntos al momento del ingreso), en cuyo caso el porcentaje de éxito de parto es de alrededor de 80% [9].

A pesar de que el número de rupturas uterinas es algo más elevado en las pacientes con antecedente de cesárea con partos inducidos con oxitocina, sigue siendo bastante bajo y no existe incremento en la mortalidad perinatal. Esto debe interpretarse en un contexto clínico global en donde se incluyan otros factores, también relacionados con la ruptura (prolongación de la fase latente del trabajo de parto o parto distócico).

Prostaglandinas

Los primeros estudios publicados acerca de la indicación de las prostaglandinas E2 (PGE2) tipo Dinoprostona en úteros cicatriciales mostraron buenos resultados en cuanto a éxito de la inducción, sin aumento de la morbilidad materno-fetal, por lo que se concluía que su empleo era razonable. Sin embargo, los estudios más recientes recomiendan una actitud de prudencia, la cantidad de rupturas uterinas es significativamente elevada en pacientes a quienes se administra prostaglandinas E2 (RR de 1.80 a 15.6) [9]. Por lo tanto, en la actualidad, en caso de útero cicatricial no existe una posición unánime para la inducción del Trabajo de Parto con este método.

Por lo que se refiere al análogo sintético de las prostaglandinas E1 (PG-E1) tipo Misoprostol, varios estudios han demostrado su eficacia como agente de maduración e inducción; sin embargo, su indicación en caso de útero cicatricial es muy controvertida; por la cantidad de rupturas que se producen, el útero cicatricial debe considerarse una contraindicación absoluta para inducción del trabajo de parto [9].

RUPTURA UTERINA COMO COMPLICACIONE DE LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO

Se define según la Guía de Práctica clínica “Parto después de Cesárea” como la pérdida la solución de continuidad de las paredes uterinas, la cual puede ser parcial o total y constituye una catástrofe obstétrica [10].

Su incidencia está directamente relacionada con el tipo de incisión que se realizó en la cesárea previa. Varía de 0.5% en la transversa baja hasta 10% en la corporal vertical, motivo por el cual en esta última está contraindicado el trabajo de parto desde el punto de vista anatómico existen diferentes tipos, con secuelas materno-fetales y tratamiento muy diferentes.

Ruptura uterina completa

Se trata de una forma poco frecuente, el desgarró afecta al músculo y peritoneo y comunica la cavidad uterina con la abdominal. Cuando la ruptura ocurre antes de la expulsión, las membranas también se rompen y el feto pasa al abdomen; sin embargo, se han descrito algunos casos de ruptura con membranas intactas [6].

Ruptura uterina incompleta o dehiscencia

También se conoce como dehiscencia, y a diferencia de la ruptura completa, ésta sólo afecta al miometrio, ya que el peritoneo visceral permanece intacto. Generalmente es asintomática y se detecta de manera fortuita durante la revisión uterina sistemática; al realizar la laparotomía se observa la bolsa amniótica bajo el peritoneo visceral, en donde es posible observar la bolsa amniótica y el feto[6].

Existe otra clasificación de ruptura uterina, en desuso, independientemente que sea completa o incompleta [10].

Total

Se trata de una forma poco frecuente; en este caso el desgarro muscular no está limitado al segmento, y suele tener una extensión vertical hacia el cuerpo uterino. Es más frecuente en pacientes con antecedente de incisión transversal alta.

Parcial

En este caso el desgarro muscular está limitado al segmento, sin afectar el cuerpo uterino. Generalmente suele aparecer en las pacientes con antecedente de incisión transversal baja.

Estas clasificaciones, que son estrictamente anatómicas, no consideran el tamaño de la ruptura ni su extensión en estructuras vecinas (vagina, vejiga, pedículos vasculares), elementos que definen su gravedad. El cuadro clínico de la ruptura uterina se caracteriza por lo siguiente:

SIGNOS Y SINTOMAS DE RUPTURA UTERINA	
- Alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal.	- Dolor abdominal intenso y constante.
- Cese o incoordinación de la dinámica uterina aun con uso de Oxitocina.	- Taquicardia materna, Hipotensión o Choque.
- Falta de progresión de trabajo de parto.	- Dolor referido al hombro o a nivel del tórax.
- Sangrado vaginal anormal.	- Dificultad respiratoria de inicio súbito.
- Hipertonía uterina.	- Cambios en la morfología uterina.
- Hematuria Franca.	- Perdida de la altura de la presentación.
- Hipersensibilidad supra púlica franca.	- Palpación de partes fetales en cavidad abdominal.

Cuadro 4. GPC “Parto después de Cesárea” Adaptado de guía de Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline 2009.

En la práctica, el cuadro clínico suele ser menos llamativo que la descripción clásica. En la mayoría de los casos, los primeros signos son: alteraciones secundarias de la frecuencia cardiaca fetal, en forma de bradicardias o desaceleraciones variables graves. Los otros signos son más tardíos y la cesárea debe realizarse rápidamente para minimizar las secuelas materno-fetales [3].

El pronóstico materno es muy distinto según se trate de una ruptura completa o de una incompleta. Generalmente en la ruptura uterina completa el cuadro es grave y requiere laparotomía de urgencia, si la ruptura ocurre antes de la expulsión, el feto suele estar muerto, la placenta desprendida y el útero retraído.

La Ruptura Completa no tiene la misma gravedad que antes. La mortalidad es muy baja, pero la morbilidad sigue siendo significativa. Las complicaciones más frecuentes son las de tipo hemorrágico, traumático e infeccioso. La transfusión sanguínea es frecuente y representa alrededor de un tercio de los casos. La reparación quirúrgica a menudo se logra afrontando los bordes, y la histerectomía es rara. Las cifras de histerectomías referidas en la bibliografía no son homogéneas, y esto probablemente se deba a las distintas conductas adoptadas que dependen de la edad, de los antecedentes, del número de partos anteriores y de los deseos de la paciente de nuevos embarazos que ronda en alrededor 20%[10] .

Las lesiones urológicas suceden en 7 a 8% de los casos y casi siempre se deben más a la extensión de la disección hacia la vejiga que a heridas quirúrgicas.³⁹ En cuanto al futuro obstétrico de las pacientes y si el afrontamiento ha sido satisfactorio, se puede plantear la posibilidad de otro embarazo, pero en este caso estará indicada la cesárea electiva al término de embarazo y antes de comenzar el trabajo de parto [10].

COMPLICACION	PORCENTAJE
Anemia Severa	11%
Infección	8.8%
Cistostomía	7.7%
Íleo	3.3%
Histerectomía	4.4%
Evento Anestésico	35.2%
Muerte Perinatal	5.5%

Cuadro 5. Complicaciones de la ruptura uterina durante el trabajo de parto. GPC “Parto después de Cesárea” 2013

Respecto a la ruptura uterina incompleta las secuelas maternas de las dehiscencias están poco descritas en la bibliografía, pero cuando se valoran por separado, todos los autores coinciden en que son inexistentes. En general, una dehiscencia suele tener un tratamiento conservador y sólo debe ser afrontada cuando es sintomática, es decir, cuando existe hemorragia. Con mucha frecuencia, las dehiscencias que han sido diagnosticadas pero no afrontadas, no han podido ser localizadas posteriormente mediante histerografía o histeroscopia [3][10].

Contrariamente a la ruptura completa, no afecta al feto. Las complicaciones están directamente relacionadas con el tiempo transcurrido entre la aparición de las anomalías de la frecuencia cardiaca fetal y la extracción del feto [10].

MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL

En fetos de término, de madres con antecedente de cesárea, el riesgo de presentar muerte perinatal es significativamente mayor cuando se comprara la prueba de parto con la cesárea de repetición con porcentaje de 0.13% vs 0.05% cada uno con Riesgo relativo e 1.82, mientras que la muerte neonatal es significativamente mayor cuando se compara la prueba de parto con la cesárea de repetición con porcentaje de 0.11% vs 0.06% con RR de 2.06 [11], no se encontraron diferencias significativas perinatales entre las mujeres que se les ofreció una VBCA vs las mujeres que se les ofreció cesárea electiva antes del trabajo de parto para diferentes patologías perinatales: Encefalopatía Hipoxico-isquemica, Sepsis, Trauma, Admisión en UCIN.

Es importante siempre se informe a la mujer embarazada de término y con el antecedente de cesárea anterior que tienen la intención de una prueba de trabajo de parto, que el riesgo de mortalidad perinatal/neonatal es mayor cuando se compara con la cesárea de repetición [11] y que el riesgo que el producto desarrolle taquipnea transitoria del recién nacido es menor [11].

CLASIFICACION DE ROBSON

En los establecimientos sanitarios es fundamental evaluar las tasas de cesárea según las características determinadas de las poblaciones a las que brindan atención (casuística obstétrica). En la actualidad no existe un sistema de clasificación estándar de cesáreas que permita hacer comparaciones de estas tasas entre los distintos establecimientos y entre ciudades, países o regiones de forma útil y orientada a la adopción de medidas. En consecuencia, aún no es posible intercambiar información de manera significativa, focalizada y transparente para evaluar eficientemente los resultados maternos y perinatales [12].

En 2011 la OMS realizó una revisión sistemática de los sistemas utilizados para clasificar las cesáreas y concluyó que la clasificación de Robson es la más adecuada para atender las necesidades locales e internacionales actuales. La OMS recomendó utilizarla como base para desarrollar un sistema de clasificación de cesáreas aplicable a nivel internacional [13].











El sistema clasifica cada mujer en una de diez categorías mutuamente excluyentes que, en conjunto, son totalmente incluyentes. Las categorías surgen a partir de cinco características obstétricas básicas que constan regularmente en todas las maternidades:

PARIDAD	Nulípara Multípara con y sin cesárea previa
COMIENZO DEL TRABAJO DE PARTO	Espontáneo, Inducido o Cesárea antes del comienzo de Trabajo de Parto
EDAD GESTACIONAL	Parto Prematuro o a Término
PRESENTACION FETAL	Cefálica o Podálica. Situación Transversa
CANTIDAD DE FETOS	Único o Múltiple

Cuadro 6. Clasifica cada mujer en una de diez categorías mutuamente excluyentes.

La OMS propone utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar la tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos. Para facilitar la adopción de la clasificación de Robson por parte de los establecimientos sanitarios, la OMS desarrollará guías de uso, implementación e interpretación, que incluirán la estandarización de términos y definiciones [13,12].

Cuadro 1: Clasificación de Robson

<p>Grupo 1</p>  <p>Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.</p>	<p>Grupo 6</p>  <p>Nulípara con embarazo único en presentación podálica.</p>
<p>Grupo 2</p>  <p>Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.</p>	<p>Grupo 7</p>  <p>Múltiparas con embarazo único en presentación podálica, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 3</p>  <p>Múltiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.</p>	<p>Grupo 8</p>  <p>Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 4</p>  <p>Múltiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.</p>	<p>Grupo 9</p>  <p>Mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 5</p>  <p>Múltiparas con, al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.</p>	<p>Grupo 10</p>  <p>Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>

 Cesárea previa

 Trabajo de parto espontáneo

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

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 diferentes situaciones como la aparente seguridad del procedimiento, la complacencia del médico y de la paciente, la edad, el índice de masa corporal y el abuso de indicaciones subjetivas, actualmente la atención de la mujer embarazada con antecedente de cesárea previa es uno de los principales motivos de atención obstétrica en nuestro hospital, por lo que es importante ofrecer a las mujeres con este antecedente una consejería obstétrica adecuada lo anterior permite además brindar más tranquilidad y seguridad a las pacientes que si cumplen los criterios propuestos por la ACOG para parto vaginal se debe de ofrecer este vía de nacimiento en primera instancia, por los beneficios para la madre el producto, la pronta recuperación de la paciente, así como el gasto menor que implica a la institución. Se ha encontrado en el Hospital Darío Fernández Fierro, un incremento en el número de cesáreas realizadas a pacientes con cesárea previa sin una indicación real de la misma, por lo que en busca de encontrar una explicación y estrategias de solución se valorara a las pacientes quienes se les ofreció una prueba de trabajo de parto satisfactorio y que este haya sido la vía de nacimiento en este embarazo por lo que surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Es seguro el Trabajo de Parto en pacientes con antecedente de Cesárea previa cumpliendo las características necesarias para el mismo en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro durante el periodo de Enero-Diciembre 2017?

JUSTIFICACION

Cerca de 10% de las mujeres tiene útero cicatricial, sobre todo en los países industrializados; la primera causa es el antecedente de cesárea.¹ La cesárea es un procedimiento de cirugía mayor que conlleva tasas de morbilidad y mortalidad superior a las del parto. La evidencia acumulada por grandes series de casos llevó a organizaciones, como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y a los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, a aceptar la opción de parto en pacientes con antecedente de cesárea, siempre y cuando cumplan con los requisitos mencionados [4].

Alrededor de 60 a 80% de las mujeres con antecedente de cesárea a quienes se realizaron pruebas de trabajo de parto estas resultaron exitosas, lo que dependerá de la indicación de la cesárea anterior, es más exitoso el de origen no recurrente, como: presentación pélvica, estado fetal no tranquilizador, embarazo múltiple, y virus herpes simple; a diferencia de las recurrentes, como: distocia del trabajo de parto. Aun así, en estas últimas, alrededor de dos tercios lograrán el parto [3].

Ni la cesárea electiva, ni la prueba de parto están exentas de riesgo. La morbilidad materna siempre es menor en el parto que en la cesárea electiva [10]. Sin embargo, es mayor cuando fracasa el intento de parto; por tanto, aunque no existe un consenso generalizado, se requiere una adecuada selección de las pacientes aptas para intentar una prueba de trabajo de parto.

Por las razones anteriores es necesario hacer una revisión y análisis bibliográfico, para establecer los criterios de las pacientes con antecedente de cesárea que tuvieron un parto ya que en la actualidad no se cuenta con un protocolo actualizado y eficiente y es necesario entender los diferentes factores asociados en cada paciente y el éxito que se tuvo en el Parto por vía Vaginal así como valorar la Morbilidad materna y perinatal.

HIPOTESIS

El parto después de cesárea es una opción segura que debe ofrecerse a todas las mujeres con antecedente de una incisión transversal baja, con periodo intergenésico mayor de 18 meses, que cursen un embarazo único, a término, en presentación cefálica, con peso fetal estimado adecuado, sin complicaciones obstétricas que impidan el parto en el Hospital Darío Fernández Fierro en el periodo de Enero-Diciembre 2017

OBJETIVO GENERAL

Analizar los resultados Obstétricos y Perinatales en las pacientes con un parto después de Cesárea en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro durante el periodo de Enero – Diciembre 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Demostrar que el parto después de cesárea es una opción segura en las pacientes que cumplan los requisitos y no tengan contraindicaciones obstétricas establecidas por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG).
2. Determinar las características demográficas de las pacientes con antecedente de cesárea que tuvieron parto.
3. Establecer las indicaciones más frecuentes de la cesárea previa.
4. Determinar si la Oxitocina para la conducción de trabajo de parto, la episiotomía, la analgesia obstétrica pueden incrementar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal
5. Describir las complicaciones más frecuentes en las pacientes que tuvieron cesárea previa al parto.
6. Realizar un análisis de la inducción de trabajo de parto contra el inicio espontaneo y valorar la conducción del trabajo de parto con oxitocina.
7. Comparar las diferentes variables y complicaciones entre cada paciente con antecedente de cesárea previa a quien se le ofrezca trabajo de parto.
8. Conocer la edad gestacional al momento de iniciar con trabajo de parto en pacientes con antecedente de cesárea previa.
9. Conocer el número de consultas prenatales de las pacientes con antecedente de cesárea previa que se les ofrece un parto vaginal en el periodo Enero-Diciembre 2017.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Año 2017	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD
Mayo	Protocolo		
Junio			
Julio		Realización de investigación	
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			
Año 2018			
Enero		Realización de investigación	
Febrero			Realización de Tesis y presentación de resultados

PRESUPUESTOS

INFRAESTRUCTURA DIDÁCTICA

Expedientes clínicos

SIMEF (Sistema de Información Médico Financiero) del ISSSTE

Hoja de recolección de datos

Hojas blancas

Plumas y lápices

Computadora (con Office)

INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

MATERIAL Y EQUIPO MÉDICO

<i>CONCEPTO DEL GASTO</i>	<i>IMPORTE</i>
<i>COMPUTADORA E IMPRESORA PERSONAL</i>	<i>SIN COSTO</i>
<i>MATERIAL</i>	<i>ISSSTE</i>

MATERIALES Y METODOS

Diseño y tipo de estudio

Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal efectuado en base a la revisión de expedientes del archivo clínico del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro ISSSTE en un periodo de un año del 1 de Enero 2017 al 31 de Diciembre 2017.

Población de estudio

Pacientes derechohabientes con embarazo de término, con antecedente de cesárea previa y que cumpla con criterios clínicos establecidos para parto vaginal del Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” ISSSTE en el periodo establecido.

Universo de trabajo

Pacientes derechohabientes del ISSSTE

Tiempo de ejecución

Del 01 de Enero del 2017 al 30 de Febrero del 2018.

Esquema de selección.

Definición del grupo control.

No hay grupo control.

Definición del grupo a intervenir.

Mujeres con antecedente de Cesárea previa que en este embarazo el método de resolución del mismo fue la vía vaginal del Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” ISSSTE en un periodo de 12 meses del 01 de Enero del 2017 al 31 de Diciembre del 2017 registradas en el SIMEFF con clasificación de Robson número 5 y 10.

METODOLOGIA

Criterios de inclusión

- Antecedentes obstétricos de dos cesáreas previas
- Una incisión uterina previa que no sea transversal baja cualquiera que sea
- No entrar en clasificación de Robson 5 o 10
- Malformaciones uterinas
- Antecedente de Miomectomía
- Alergias a Oxitocina o Prostaglandinas
- Macrosomia fetal
- Presentación pélvica
- Embarazo múltiple
- Nacimiento no en el Hospital Dr. Darío Fernández Fierro
- Nacimiento vía cesárea

Criterios de exclusión

- Falta de especificación del trabajo de parto
- Falta de especificación de la dilatación cervical al inicio de trabajo de parto
- Falta de especificación del periodo intergenesico de la cesárea previa
- Falta de especificación de la indicación de la cesárea previa
- No contar con expediente completo
- No contar ya con Derechohabencia al ISSSTE

Criterios de eliminación

Pacientes embarazadas a quienes no se les haya practicado una Cesárea Previa

Pacientes sin embarazo de término

Pacientes con 2 Cesáreas Previas

Muestreo probabilístico

No aplica

Muestreo no probabilístico

Es una muestra por conveniencia, Determinado por datos vertidos en expediente médico de pacientes que acudieron al servicio por embarazo y antecedente de Cesárea Previa.

Metodología para el cálculo del tamaño de la muestra y tamaño de la muestra

No se utilizó, en virtud de que se tomó la población total y se aplicaron los criterios de inclusión, exclusión y eliminación para llegar a la cantidad de mujeres con el diagnóstico necesario.

Definición de variables

VARIABLES DE RECOLECCIÓN DE DATOS				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDICIÓN
Número de Cesáreas	Número de intervenciones quirúrgicas cuyo propósito es extraer al feto a través de la vía abdominal, incidiendo en el útero.	Cuantitativa		1 cesárea 2-3 cesáreas +3 cesáreas
Edad Gestacional	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento	Cuantitativa		< 37 SDG 37 – 39 SDG > 40 SDG
Indicación de Cesárea Previa	Causas determinantes de la indicación de cesárea anterior al parto	Cualitativa		Transverso Pélvico Electiva DPPNI FPDTDP <10cm Placenta previa Oligohidramnios FPDTDP 10cm Estado fetal no tranquilizador Otras

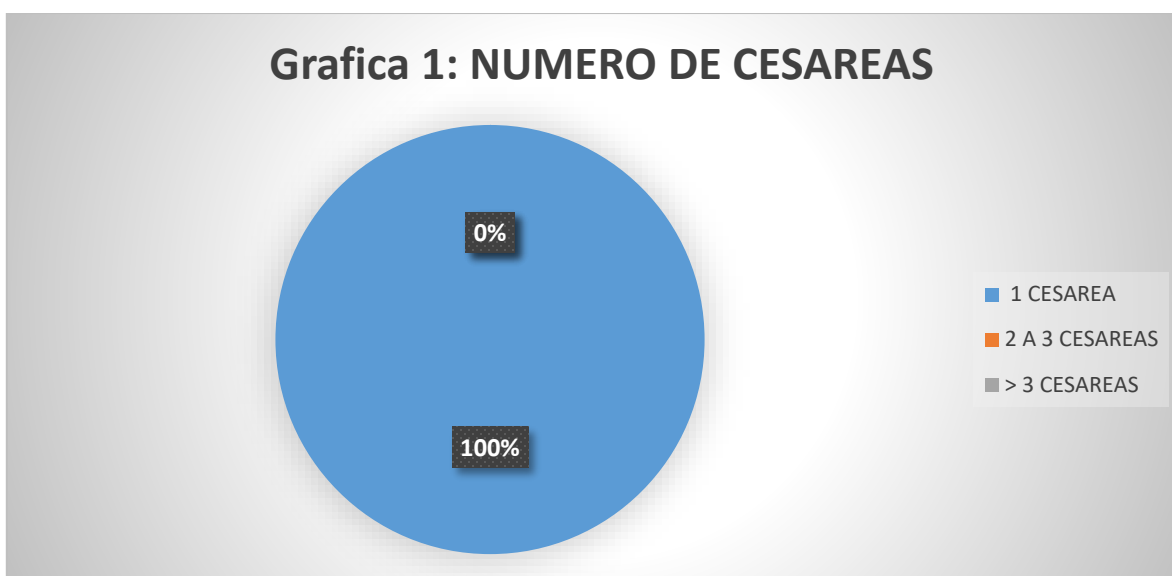
Control Prenatal	Procedimientos periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que pueden condicionar morbimortalidad materna y perinatal	Cuantitativa		0-3 consultas 3-6 consultas + de 6 consultas
Edad Materna	Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte de una persona	Cuantitativa	Años	< 19 años 20-35 años >35 años
Paridad	Número de embarazos con los que cuenta cada paciente.	Cuantitativa		0-2 embarazos 2-4 embarazos + de 4 embarazos
Periodo Intergenesico	Periodo de tiempo comprendido entre dos eventos obstétricos	Cuantitativa	Meses	< 12 meses 12 a 18 meses > 18 meses
Peso del Producto	Es el peso establecido en gramos del producto obtenido	Cuantitativa	Gramos	< 2000 grs 2000-3000 grs 3000-4000 grs > 4000grs
Trabajo de parto	Es la presencia de actividad uterina regular acompañado de dilatación cervical puede ser inducido o espontaneo	Cualitativa		Inducido Espontaneo
Antecedente de parto	Antecedente de nacimiento por vía vaginal de algún embarazo previo	Cualitativa		SI NO
Conducción e Inducción de TDP	Medicamentos utilizados para la inducción y conducción de trabajo de parto	Cualitativa		Oxitocina PGE1 PGE2
Dilatación cervical	Dilatación del cérvix necesaria para el nacimiento del producto al inicio del TDP	Cuantitativa	cm	0-3cm 4-6cm + de 6 cm
Morbilidad Materna	Presencia de situaciones que aumentan la morbilidad materna y complicaciones	Cuantitativa		Hemorragia Obstetrica Episiotomia Desgarros Cervicales Desgarros Perineales Ruptura Uterina
Pronostico Perinatal	Puntaje de APGAR a los 5 minutos y 10 minutos	Cuantitativa		< 8/9 8/9 >8/9

Técnicas y procedimientos a emplear

Se realizó una revisión de los expedientes de las pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, durante el periodo comprendido entre el 1º de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2017, seleccionando a las que estaban embarazadas de termino con antecedente de Cesárea Previa y condiciones propuestas por la ACOG en 1995 para parto vaginal.

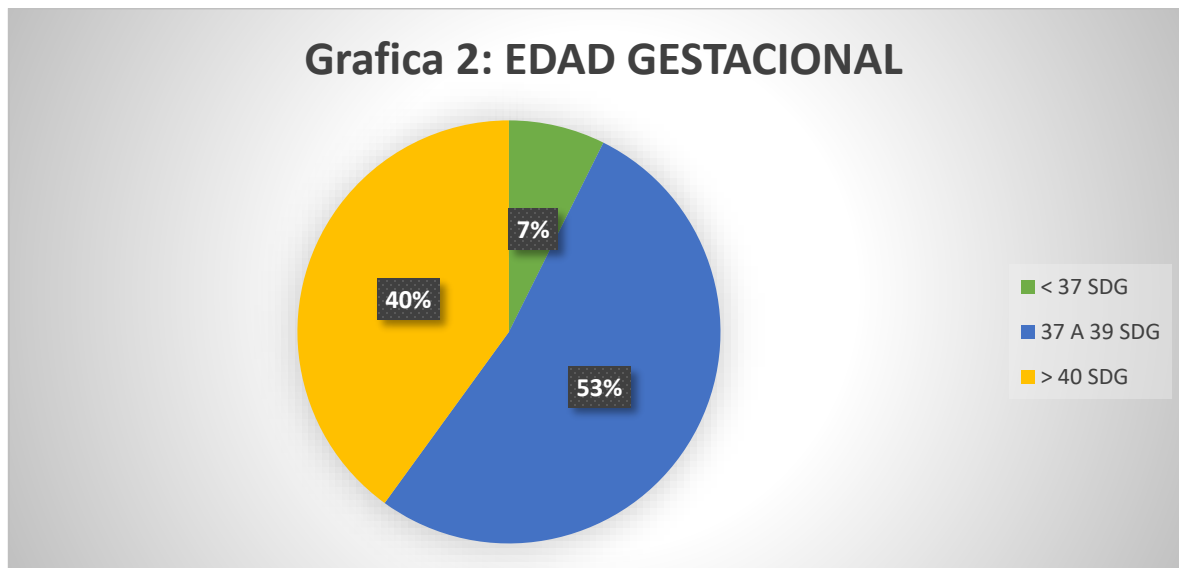
RESULTADOS

Se incluyeron a 94 pacientes con antecedente de Cesárea Previa en embarazo pasado, con Derechohabencia al ISSSTE vigente y con características propuestas por la American College of Gynecologists (ACOG) en 1995 para parto vaginal, que cursaban su segundo o tercer embarazo y tuvieron antecedentes de 1 parto vaginal, 1 cesárea, 0 abortos. Reunieron los Criterios de Inclusión 112 pacientes pero 13 de ellas contaron con algún criterio de eliminación. Para las mujeres que se han sometido a una cesárea anterior el manejo óptimo para embarazos subsecuentes ha sido debatido por más de 100 años. Las dos opciones son prueba de trabajo de parto después de una cesárea o parto programado por cesárea repetida. De las 94 pacientes incluidas en este estudio el 100% de ellas contaba con el antecedente de Cesárea previa como se muestra en la Grafica 1.



De las 94 pacientes estudiadas, todas con el antecedente de cesárea previa y que se existen 2 posibles opciones de manejo, intentar una Prueba de Trabajo de parto con el antecedente de Cesárea previa por sus siglas en inglés (TOLAC), culminando en un parto vaginal siempre cumpliendo con los criterios establecidos por la ACOG en 1995 o la programación de una cesárea nuevamente previo al inicio del trabajo de parto por sus siglas en inglés (PRCD), Los beneficios médicos y obstétricos de una cesárea programada se derivan de evitar los riesgos que una Prueba de Trabajo de parto puede llevar principalmente la ruptura uterina, Los beneficios de ofrecer un TOLAC a las pacientes con antecedente de cesárea previa están relacionados en tener un Parto exitoso que cursa con una baja morbilidad de las tres posibilidades. Una prueba de parto fallida tiene mucha mayor morbilidad incluso más que la Cesárea programada especialmente si se asocia a una ruptura uterina que puede ser fatal para madre o el producto.

En la Grafica 2 se observa la Edad gestacional en la que se encontraban al momento del nacimiento por vía vaginal las pacientes seleccionadas en el estudio, el 53% se encontraba cursando entre la semana 37 a 39 SDG, el 40% se encontraba cursando un embarazo con más de 40 SDG sin llegar a la semana 41 de gestación y únicamente el 7% de las embarazadas se encontraba cursando un embarazo menor a 37 SDG que es en donde se pudiesen observar ciertas morbilidades perinatales al momento del nacimiento.

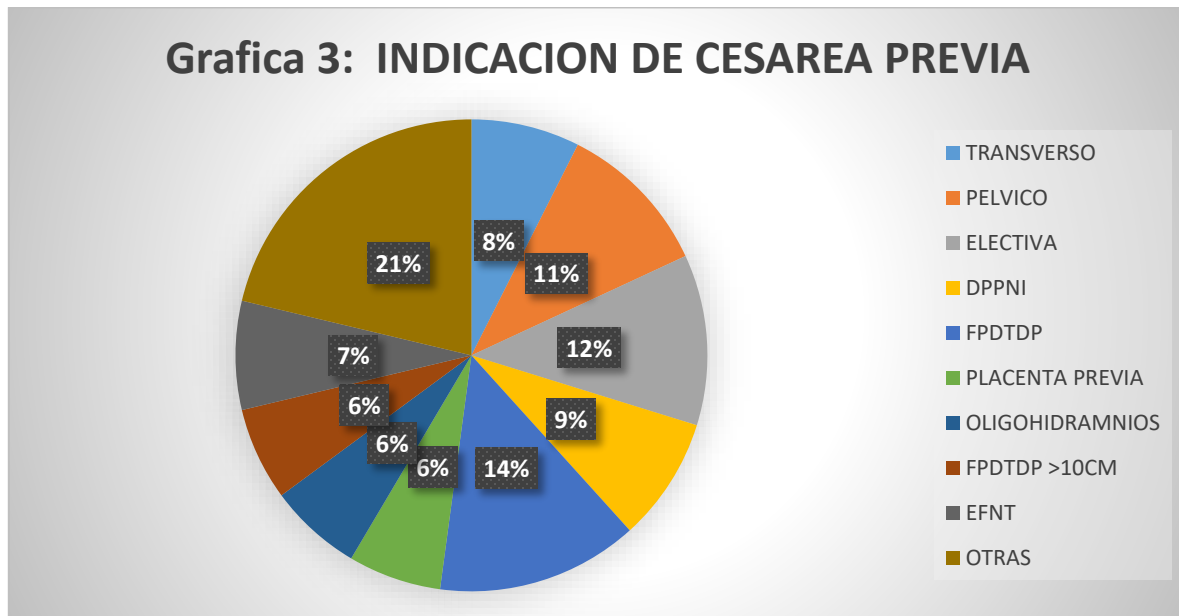


Alrededor de 60 a 80% de las mujeres a quienes se efectúan pruebas de trabajo de parto después de cesárea tendrán un parto exitoso. La tasa de éxito dependerá de la indicación de la cesárea previa: presentación pélvica, estado fetal no tranquilizador o embarazo múltiple como causas No Recurrente de Cesárea previas. A diferencia de las causas recurrentes, como las distocias en la dinámica uterina durante el trabajo de parto, alrededor de 70% de las pacientes lograrán un parto estando en este grupo.

Como factor pronóstico, dependerá de si persiste la causa que provocó la cesárea anterior. Es más probable que tengan éxito las pacientes sin una indicación persistente (presentación pélvica, estado fetal no tranquilizador, embarazo múltiple o anomalías en la inserción de la placenta) que las que tienen una indicación recurrente, como las distocias en la dinámica uterina. Estas últimas se aproximan a las tasas de éxito de las pacientes nulíparas.

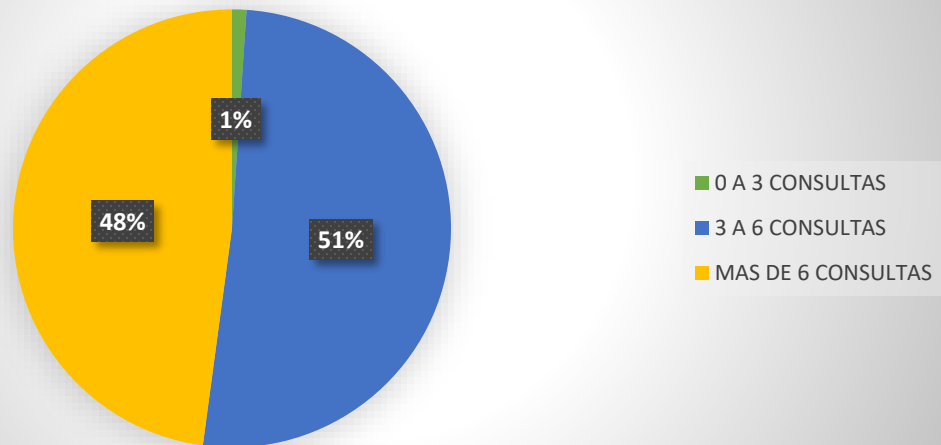
En el estudio realizado y como se muestra en la Grafica 3, la causa no recurrente de cesárea fue la más frecuente, en este grupo fue la indicación más frecuente la cesárea electiva con 12% en un total de 20 pacientes del total de la muestra, seguida del estado fetal no tranquilizador con un 7% del total de la muestra y del Oligohidramnios con un 6% de este grupo.

En el grupo de indicaciones recurrentes hubo 39 pacientes en quienes la indicación más frecuente de cesárea previa fue la falta de progresión de trabajo de parto con un 14% del total de la muestra, seguida por la falta de progresión de trabajo de parto con dilatación completa por detención en el descenso fetal con 6%. Dentro de las indicaciones de cesárea tanto los dos grupos Recurrente y No Recurrente el 21% estuvo representado por causas generalmente no recurrentes estados hipertensivos del embarazo, alguna otra indicación o no se contaba con la información en el expediente.



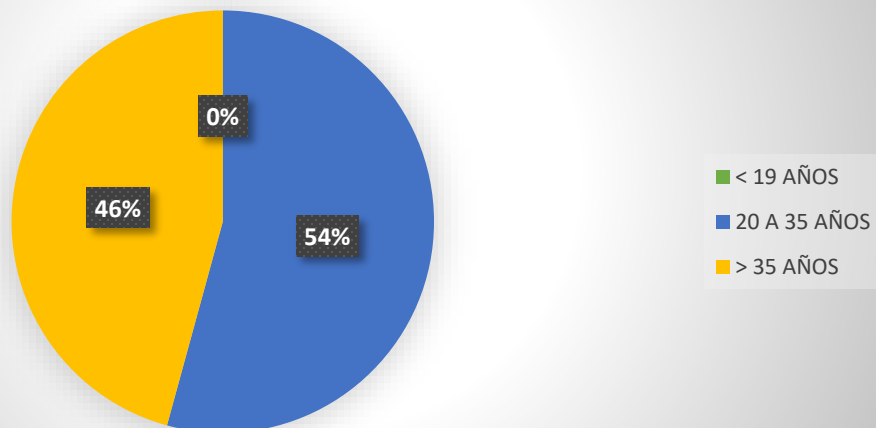
Planear la ruta de nacimiento de este embarazo quienes han tenido el antecedente de una cesárea debe de ser dirigido en las primeras consultas prenatales y puede llegar a ser preconcepcional, se debe de contar con la suficiente evidencia clínica y científica para poder decidir la ruta de nacimiento de este producto. Factores individuales de cada paciente deben de ser discutidos en la consulta prenatal esto es importante porque todas las mujeres están expuestas a una Ruptura Uterina y las secuelas que esto pudiese llevar en futuros embarazos, en el estudio se observó que de 94 pacientes que entraron al estudio el 51% recibió de 3 a 6 consultas prenatales, el 48% recibió más de 6 consultas y únicamente el 1% recibió únicamente de 0 a 3 consultas en todo el embarazo como se demuestra en la Grafica 4. Mientras más informada este una mujer en cuanto a los beneficios y complicaciones de la prueba de trabajo de parto o la programación de una cesárea repetida y con explicaciones claras por parte del personal médico la orientación que se tome será la mejor en cuanto a la toma de decisiones.

Grafica 4: CONTROL PRENATAL

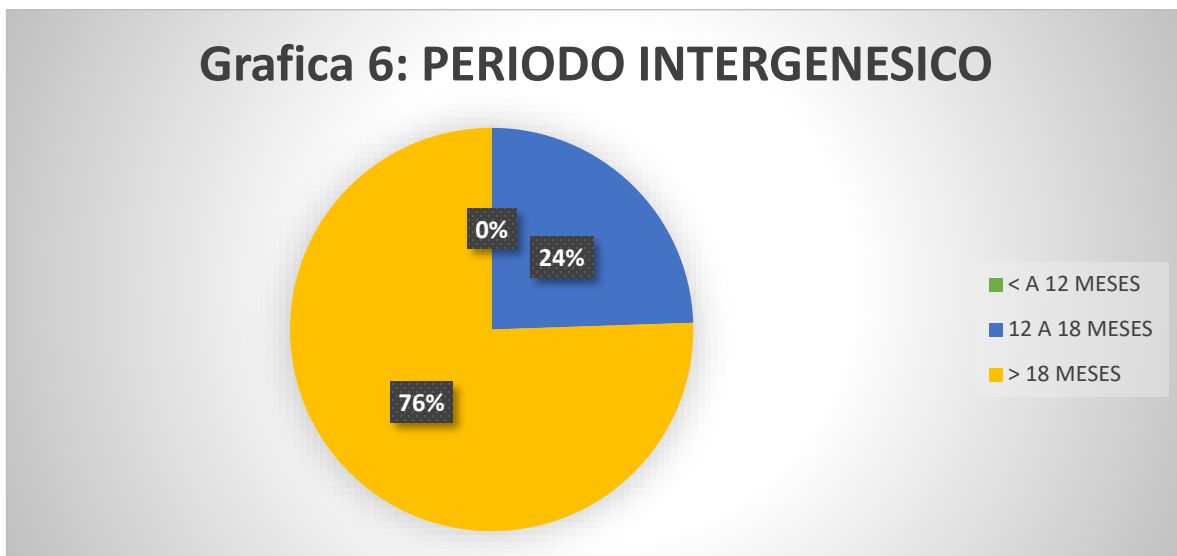


Las mujeres mayores de 35 años de edad son menos propensas a buscar una prueba de trabajo de parto aquellas que lo intentan son menos propensas a tener un parto vaginal exitoso y más probabilidades de experimentar complicaciones asociadas al TOLAC que las mujeres más jóvenes, la información recabada de la base de datos nos describe que los rangos de edades de la población todas eran mayores de 19 años y el mayor rango de edad fue de 20 a 35 años con 54%, y 46% eran pacientes por arriba de los 35 años que lograron un parto vaginal exitoso.

Grafica 5: EDAD MATERNA

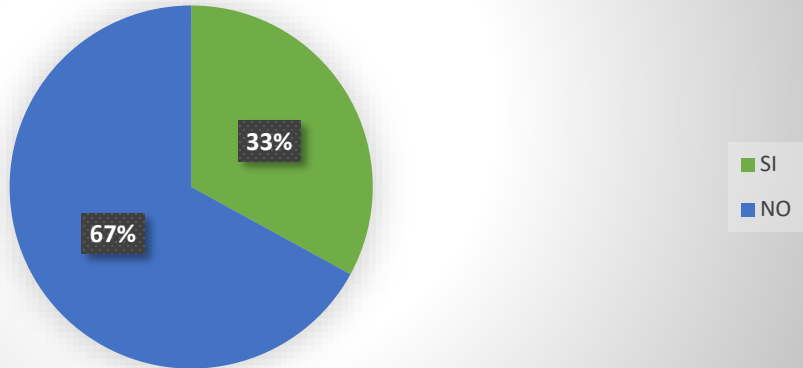


Es el lapso entre dos eventos obstétricos que tiene un efecto directo en la morbilidad materna y fetal. Una paciente con un periodo intergenesico menor de dos años no tiene una adecuada vascularidad útero-placentaria, debido a la poca adaptabilidad vascular y, en caso de antecedente de cesárea, se verá directamente reflejado en las propiedades de extensibilidad y contractilidad uterina, por las pérdidas importantes de fibras musculares e hipoperfusión útero-placentaria, por lo que cuanto más corto es el periodo, más débil será la cicatriz, en el análisis propuesto el 0% de las pacientes tenía un periodo intergenesico menor a 12 meses, 23 pacientes del total de la muestra tenía entre 12 y 18 meses de Periodo Intergenesico representando el 24% del total y 76 pacientes del total de la muestra tenía un periodo intergenesico mayor a 18 meses representando e 76%. Como se aprecia en la Grafica 6.



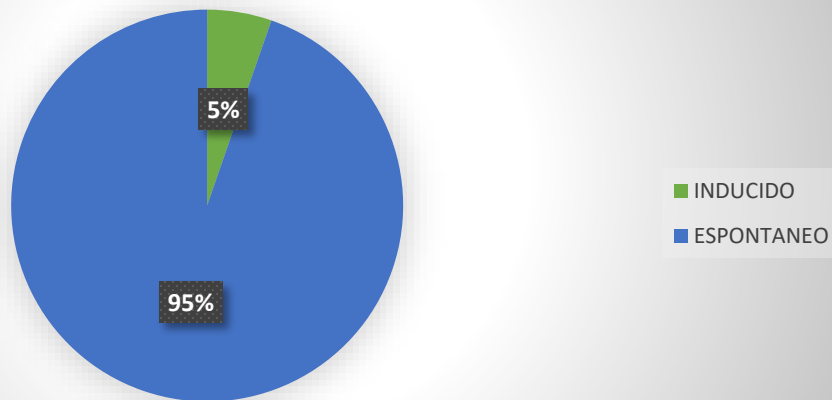
El antecedente de parto previo ya sea antes o después de la cesárea es un factor pronostico positivo para aquellas mujeres que quieren intentar un parto vía vaginal comparado con las mujeres que nunca han tenido un parto, Además un estudio informo que las mujeres con antecedente de parto tuvo una quinta parte del riesgo de ruptura uterina durante el TOLAC en comparación con las mujeres sin antecedente de parto vaginal, en este estudio 68 pacientes representando el 67% no tenían antecedente de parto vaginal y únicamente 31 pacientes representando el 33% si tenía antecedente de parto vaginal. Ver grafica 7.

Grafica 7: ANTECEDENTE DE PARTO PREVIO

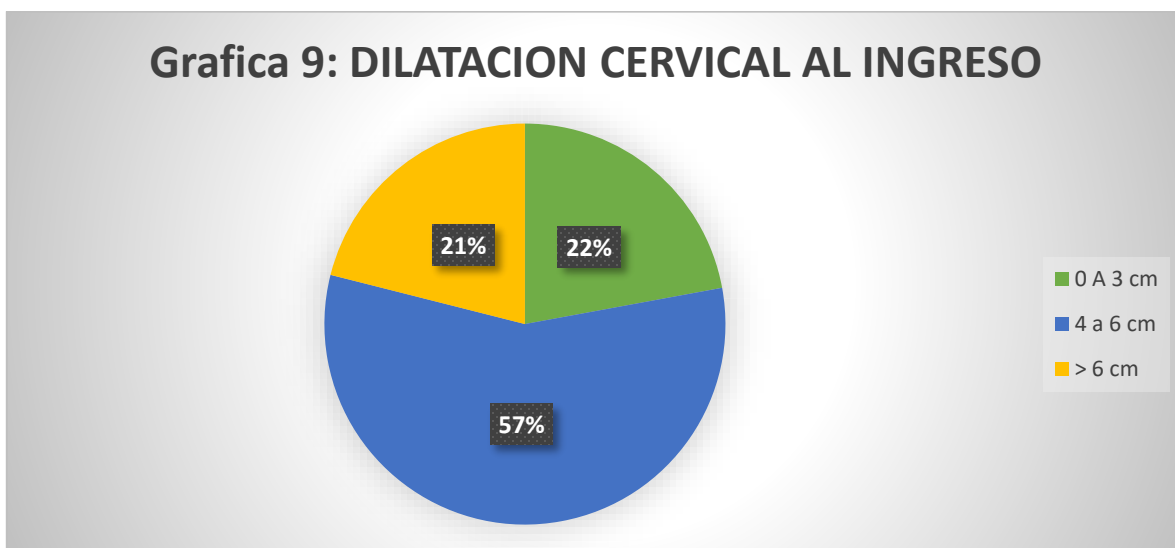


Referente al Trabajo de parto de las 94 pacientes estudiadas 89 pacientes iniciaron el trabajo de parto de forma espontánea y únicamente 5 pacientes representando al 5% del total de la muestra de les indujo el trabajo de parto sin especificar que medicamentos se utilizaron, según estudios el inicio de forma espontánea del trabajo de parto es un factor favorable para completar el TOLAC. Como se demuestra en la Grafica 8.

Grafica 8: INICIO DE TRABAJO DE PARTO



La dilatación cervical al ingreso hospitalario e ingreso a la unidad tocoquirúrgica las mujeres con trabajo de parto espontáneo y con dilatación mayor a 4 centímetros tienen mayores posibilidades de concluir la prueba de trabajo de parto con resultados perinatales y maternos satisfactorios comparado con pacientes con poca dilatación y no haber iniciado aun el trabajo de parto, en el estudio realizado de las 94 pacientes seleccionadas, 21 pacientes representando el 22% del total de la muestra se encontraba con dilatación de 0 a 3 cm, 54 pacientes ingresaron con una dilatación de 4 a 6 cm, 20 pacientes representando el 21% ingresaron con más de 6 cm de dilatación, lo que se concluye es que a mayor dilatación la conclusión de una prueba de trabajo de parto posterior a cesárea es mejor para lograr un parto vaginal. Como se demuestra en la Gráfica 9.



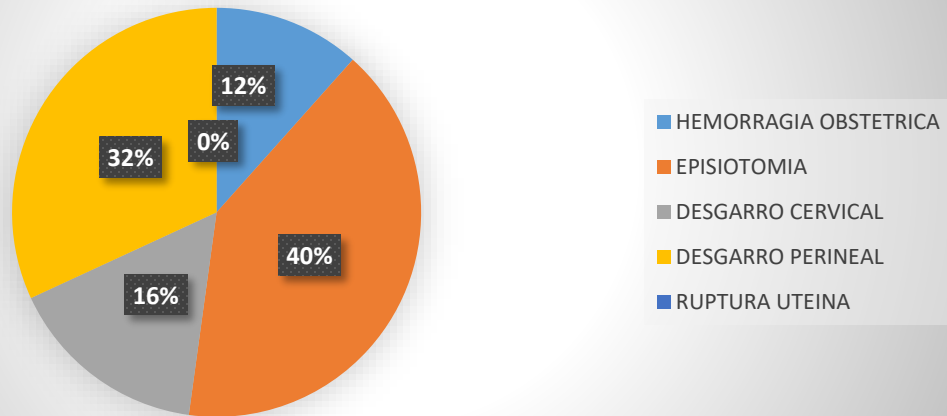
La inducción del trabajo de parto y la conducción del trabajo de parto en pacientes con antecedente de cesárea previa deberá ser con cautela especialmente aquellas con antecedente de cesárea que desconozcan el tipo de incisión uterina previa, cuello uterino desfavorable, o edad gestacional mayor a 40 semanas de gestación. La ACOG considera a la inducción y conducción del trabajo de parto opciones razonables cuando se cumplen los criterios para una prueba de trabajo de parto (TOLAC) o cuando se esté indicado. Si el cérvix está dilatado y es favorable la preferencia es realizar amniotomía para inducir el parto en mujeres con cesárea previa. En un boletín práctico la ACOG reconoció la inducción de trabajo de parto con oxitocina o inducción mecánica con el globo de una soda vesical como opciones para mujeres que se sometan a un TOLAC, el Misoprostol (prostaglandina E1) no debe usarse para maduración cervical o la inducción del trabajo de parto y se desaconseja el uso de otras prostaglandinas también. En el estudio realizado se encontró que de las 94 pacientes estudiadas 88 de ellas fueron conducidas e inducidas con oxitocina representando el 96% de la muestra, únicamente 4 pacientes fueron inducidas con Prostaglandinas a dosis bajas no especificadas sin presentar ninguna de ellas Ruptura uterina como principal complicación como se demuestra en la Gráfica 10.

Grafica 10: CONDUCCION E INDUCCION DE TRABAJO DE PARTO



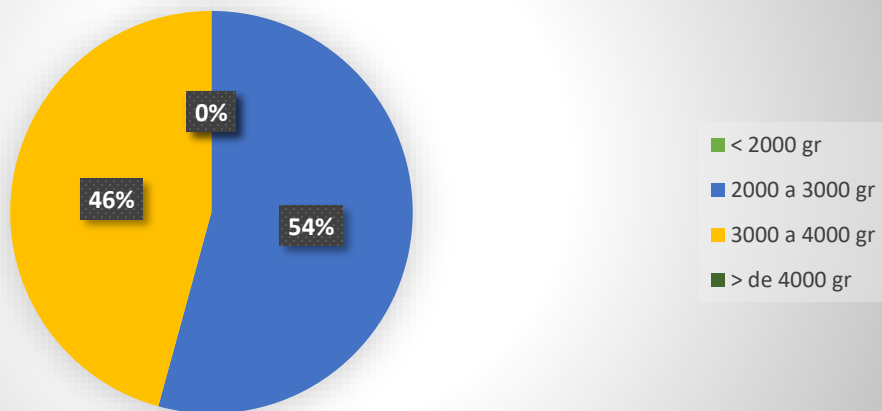
La morbilidad Materna es importante ya que aumenta de forma significativamente cuando se tiene que realizar una cesárea de urgencia durante el trabajo de parto, en el estudio realizado se tomó como morbilidad materna situaciones que suceden o pueden llegar a suceder durante el trabajo de parto, las cuales pueden poner en riesgo la vida de la madre e incluso la del producto de la gestación, de las 94 pacientes estudiadas 28 de ellas se les tuvo que realizar episiotomía para la expulsión del producto, representando el 40% del total de la muestra sabemos que con la realización de la episiotomía el sangrado y el daño al periné aumenta, y que en la actualidad no se debiese de realizar, en base a la experiencia del estudio en el hospital se realiza para evitar algún desgarro perineal o ayudar a la expulsión de la cabeza fetal. En el tema de la Hemorragia obstétrica, tomando como Hemorragia obstétrica en un parto el sangrado cuantificado mayor en 500ml, únicamente 8 pacientes resultando el 12% del total de la muestra ninguna de ellas requirió la transfusión de concentrados eritrocitario en el puerperio inmediato. Dentro de la morbilidad materna otro rubro estudiado fue el desgarro Cervical con la necesidad de realizar traquelorrafia que se presentó en un total de 15 pacientes representando el 16% del total de la muestra. De las pacientes a quienes no se les realizó episiotomía y cursaron con un desgarro perineal de 1er, 2do o 3er grado no se registró ninguno de 4to grado representaron 22 pacientes que cursaron con esta morbilidad representado el 32% del total de la muestra. El índice de ruptura uterina es bajo pero cuando ocurre la morbimortalidad materna se incrementa de forma significativa poniendo en peligro la vida de la madre y del producto en el estudio no hubo ningún caso de ruptura uterina. Como se resume en la Grafica 11.

Grafica 11: MORBILIDAD MATERNA



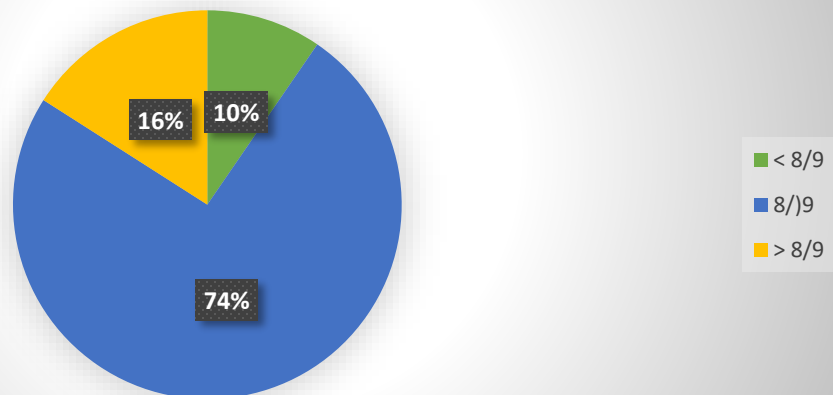
En la gráfica 12 se representa el peso del producto de la gestación en base a los 94 partos que se tuvieron con cesárea previa en el periodo establecido, de los 94 bebés obtenidos ninguno pesó más allá de los 4000 grs, el 54% obtuvo un peso entre los 2000 a 3000 grs con un total de 51 bebés en este rubro, el otro 46% estuvo enmarcado por bebés que pesaron entre 3000 y 4000 grs con un total de 43 bebés. Como se demuestra en la gráfica número 12.

GRAFICA 12: PESO DEL PRODUCTO



En fetos de termino, de madres con antecedente de cesárea, el riesgo de presentar muerte perinatal es significativamente mayor cuando se comprara la prueba de parto con la cesárea de repetición con porcentaje de 0.13% vs 0.05% cada uno con Riesgo relativo e 1.82, mientras que la muerte neonatal es significativamente mayor cuando se compara la prueba de parto con la cesárea de repetición con porcentaje de 0.11% vs 0.06% con RR de 2.06. Lo que se concluye en el estudio de los 94 bebes obtenidos por vía vaginal con antecedente de cesárea previa un total de 70 niños obtuvieron un puntaje de acuerdo al APGAR al minuto y a los 5 minutos de 8/9, 15 niños del total de la muestra obtuvieron un APGAR superior al 8/9 y únicamente 9 bebes obtuvieron un APGAR menor a 8/9 no se realizó una investigación posterior al APGAR bajo para saber que niños habían cursado con alguna comorbilidad o incluso con asfixia perinatal como se resume en la Grafica 13.

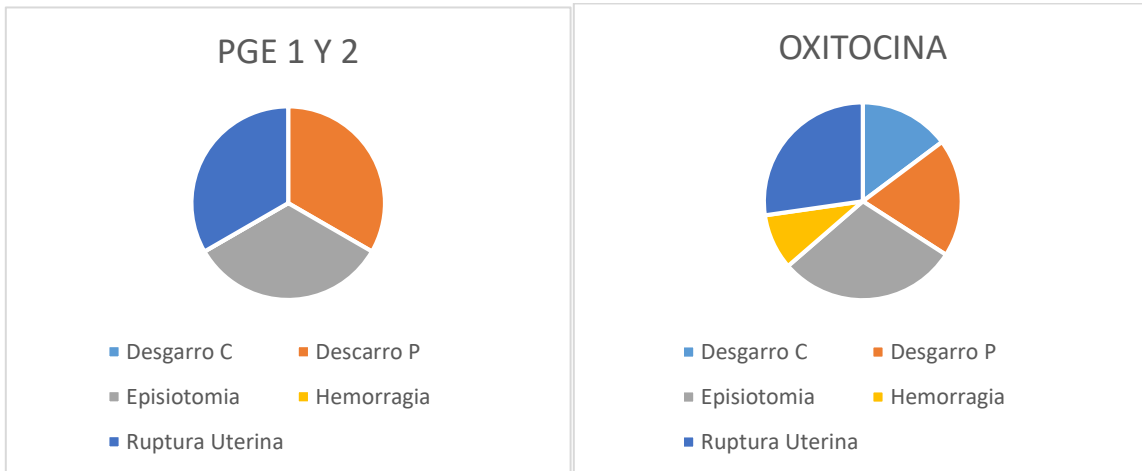
Grafica 13: PRONOSTICO PERINATAL



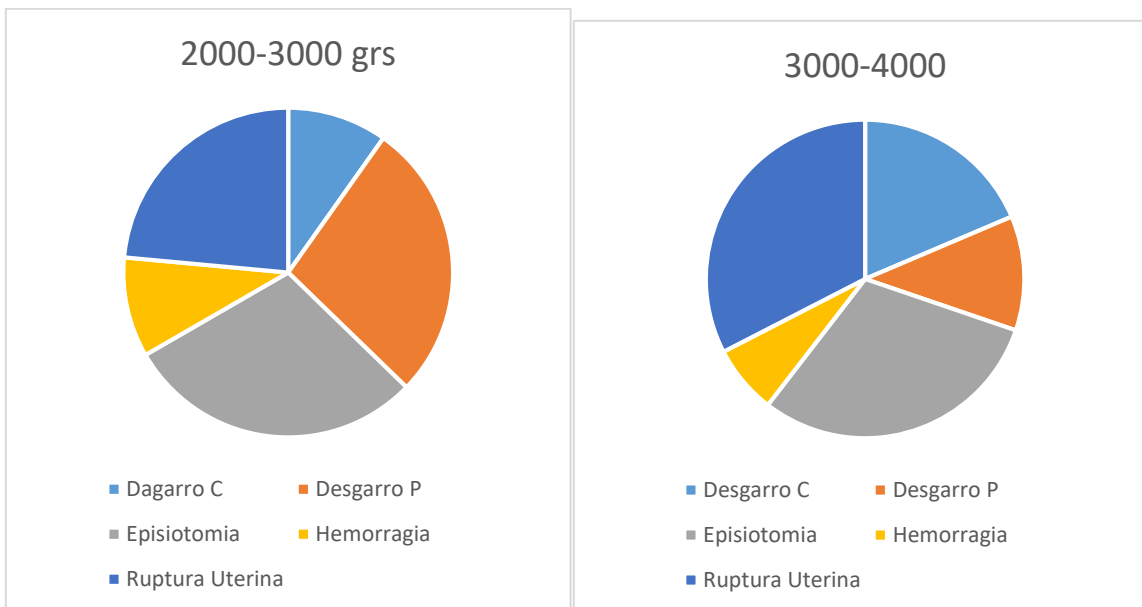
ANALISIS DE EFECTOS

Para buscar relaciones entre las distintas variables de estudio se hicieron comparaciones de medias, agrupando las variables y utilizando el método de "Prueba T" basada en la distribución T de Student. Para estas pruebas utilizamos un nivel de confianza del 95%.

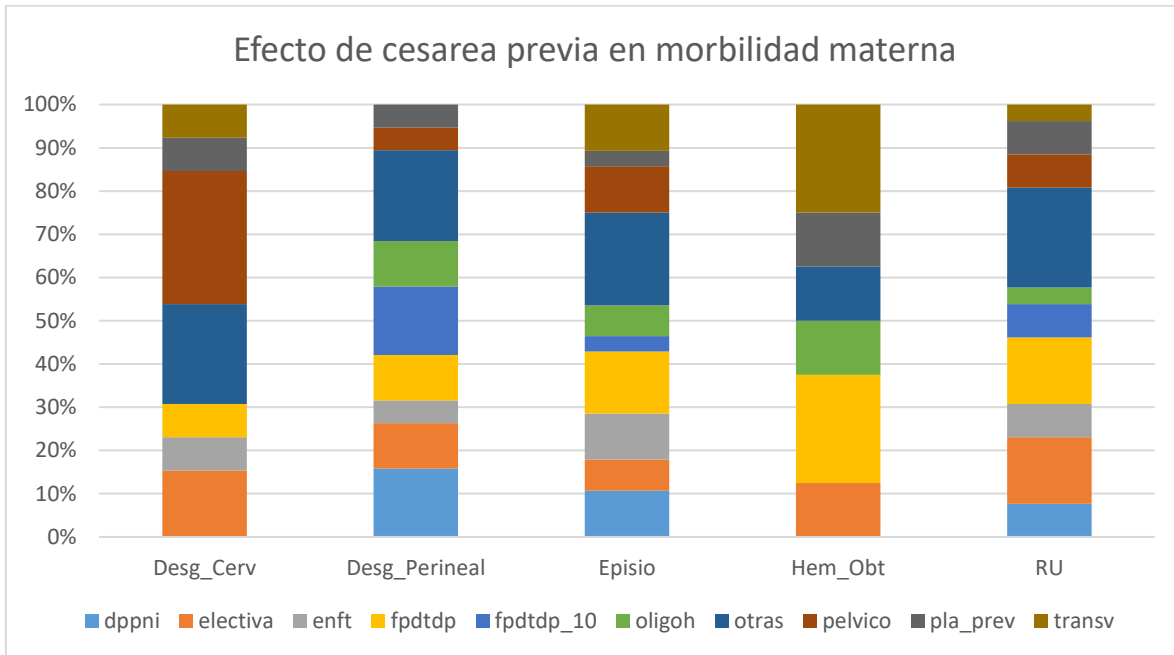
Buscamos el efecto de utilizar oxitocina contra las Prostaglandinas 1 y 2 en la morbilidad materna estudiada. A pesar de que las siguientes graficas muestran distribuciones muy distintas, se utilizó el test T de Student al 95% de confianza y no se observaron efectos de las drogas utilizadas en la inducción y conducción en relación con la morbilidad materna.



Buscamos el efecto del peso al nacimiento en la morbilidad materna estudiada. En las gráficas siguientes podemos observar que las distribuciones no son muy distintas, se utilizó el test T de Student al 95% de confianza y no se observaron efectos del peso del producto en relación con la morbilidad materna.



Se comparó el efecto de indicación de cesárea previa con la morbilidad materna Ruptura uterina, Hemorragia obstétrica, Desgarro Perineal sin encontrar diferencia estadísticamente significativa al momento de comparar las variables, sin embargo se encuentra que si tenía antecedente de cesárea previa por pélvico la probabilidad de sufrir desgarro cervical aumentaba, así mismo encontramos un efecto en el antecedente de cesárea previa por producto transverso la probabilidad de hemorragia obstétrica aumentaba.



EFFECTO PELVICO VS DESGARRO CERVICAL

```
. ttest Morbilidad1, by(CesPrevia8) level(95)
```

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	84	.1071429	.0339495	.3111524	.0396186	.1746671
1	10	.4	.1632993	.5163978	.0305913	.7694087
combined	94	.1382979	.0357969	.3470634	.0672124	.2093833
diff		-.2928571	.1126656		-.5166208	-.0690935

```
diff = mean(0) - mean(1)                                t = -2.5993
Ho: diff = 0                                           degrees of freedom = 92
```

```
Ha: diff < 0                                           Ha: diff != 0                                           Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.0054                                     Pr(|T| > |t|) = 0.0109                                   Pr(T > t) = 0.9946
```

EFFECTO TRANSVERSO VS HEMORRAGIA OBSTETRICA

```
. ttest Morbilidad1, by(CesPrevia8) level(95)
```

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	84	.1071429	.0339495	.3111524	.0396186	.1746671
1	10	.4	.1632993	.5163978	.0305913	.7694087
combined	94	.1382979	.0357969	.3470634	.0672124	.2093833
diff		-.2928571	.1126656		-.5166208	-.0690935

```
diff = mean(0) - mean(1)                                t = -2.5993
Ho: diff = 0                                           degrees of freedom = 92
```

```
Ha: diff < 0
Pr(T < t) = 0.0054
```

```
Ha: diff != 0
Pr(|T| > |t|) = 0.0109
```

```
Ha: diff > 0
Pr(T > t) = 0.9946
```

En la relación del pronóstico perinatal con APGAR bajo menor a 8/9 se comparó con las diferentes variables edad gestacional menor a 37, 37-39 SDG, la edad materna, la conducción con Oxitocina y Prostaglandinas, la Dilatación cervical al ingreso, en donde no se encontró diferencia estadísticamente significativa en las distribuciones.

El no encontrar efecto en muchas de estas comparaciones puede tener que ver con el reducido tamaño de la muestra y no con la ausencia de efectos entre todas las variables

CONCLUSIONES

La cesárea es un procedimiento de cirugía mayor que implica tasas de morbilidad y mortalidad superiores a las del parto. En general, se admite que el parto después de una cesárea es un método seguro, que debe ofrecerse a todas las mujeres con una incisión transversal baja, periodo intergenésico mayor de 18 meses, que se encuentren cursando con un embarazo único, en presentación cefálica, con adecuado peso fetal, y que no tengan complicaciones obstétricas que impidan el parto, por lo que no es recomendable intentarlo si no hay posibilidad de practicar una cesárea urgente por falta de cirujanos, anestesia o medios [3,1].

La capacidad de los obstetras para evaluar el riesgo de ruptura uterina en las pacientes con antecedente de cesárea puede aumentar la seguridad del trabajo de parto. Deben considerarse los factores específicos de cada paciente, como los antecedentes obstétricos y las características del embarazo en curso. Por último, evaluar las posibilidades de atención del trabajo de parto que puede ofrecer el hospital y las de la paciente, para cumplir en tiempo y forma lo que se espera.

La oxitocina es un inductor seguro, aunque debe indicarse con prudencia y vigilar estrechamente la dinámica uterina, la clínica materna y la frecuencia cardiaca fetal sin olvidar que la ruptura uterina puede ocurrir, a pesar de la actividad uterina adecuada para un parto espontáneo normal. La cesárea previa es claramente una contraindicación para la indicación de prostaglandinas en la literatura en el estudio no se corroboró caso de ruptura uterina en las pacientes que recibieron maduración cervical con prostaglandinas [10].

Ni la cesárea electiva, ni la prueba de parto están exentas de riesgo. La morbilidad materna siempre es menor en el parto que en la cesárea electiva. Sin embargo, es mayor cuando fracasa el intento de parto [6,10]. Por tanto, aunque no existe un

consenso generalizado, se requiere la adecuada selección de las pacientes idóneas para intentar una prueba de trabajo de parto.

Es necesario que en nuestra práctica diaria, dentro y fuera de nuestra institución, ofrezcamos un parto a todas las pacientes con antecedente de cesárea, que cumplan todos los criterios del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), informándoles de una manera clara la evidencia disponible, con los riesgos comparativos, sin componentes dramáticos o subjetivos que coarten la capacidad de la madre para tomar una decisión inteligente y respetar su derecho en cuanto a la vía de resolución obstétrica

ASPECTOS ÉTICOS

Después de haber obtenido la información y los expedientes que reúnen los criterios de inclusión para el estudio, se concluyó que no era necesario –debido al tipo de estudio- solicitar carta de consentimiento informado ya que todos los procedimientos están de acuerdo con lo que estipula el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Sección I, Investigación sin riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Prediction of vaginal birth after cesarean delivery Amarnath Bhide a,b,*, Vedrana Caric a, Sabaratnam Arulkumaran a,b Department of Obstetrics and Gynecology, St George's University Hospital Foundation Trust, London, UK St George's, University of London, London, UK International Journal of Gynecology and Obstetrics 133 (2016) 297–300
2. GrobmanWA, Lai Y, LandonMB, et al. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2007;109(4)
3. Welischar J, Quirk J. Trial of labor after cesarean delivery In: UpToDate, Lockwood, C (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2015
4. ACOG Practice Bulletin #54: vaginal birth after previous cesarean. Obstet Gynecol 2004;104:203
5. Srinivas S, Stamilio D, Stevens E, et al. Predicting failure of a vaginal Birth attempt after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2013;109:800-805.
6. Lydon-Rochelle M, Holt V, Easterling T. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior Cesarean delivery. N Engl J Med 2010;345:3-8.
7. Huang W, Nakashima D, Rumney P, et al. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after Cesarean delivery. Obstet Gynecol 2002;99:41-44.
8. Dodd J, Crowther C. Induction of labour for women with a previous Caesarean birth: a systematic review of the literature. Aust NZJ Obstet Gynaecol 2004;44:392-395.
9. Mc Donagh M, Osterweil P, Guise J. The benefits and risks of inducing labour in patients with prior caesarean delivery: a systematic review. BJOG 2010;112:1007-1015.
10. GPC Parto después de Cesárea. México: Secretaria de Salud, 2013
11. Guise JM, Denman M, Walker M, et.al. Vaginal Birth After Cesarean-New Insights on Maternal and Neonatal Outcomes. Obstet Gynecol 2014;115:1267-78.

12. Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27:297-308.
13. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS ONE.* 2011;6(1):e14566.