



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

“Comparación de resultados perinatales en pacientes con resolución del embarazo por parto instrumentado vs cesárea con dilatación cervical completa”

TESIS

Que para obtener el Título de:

ESPECIALISTA EN

“GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA”

PRESENTA:

María Teresa Cibrian Pichardo

Profesor titular del curso de especialización en Ginecología y
Obstetricia: Dr. Norberto Reyes Paredes

Asesora de tesis y asesora metodológica: Dra Myrna Souraye Godines
Enríquez



INPer

CIUDAD DE MÉXICO

2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

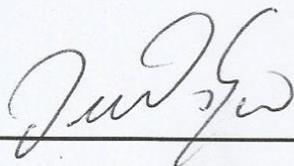
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

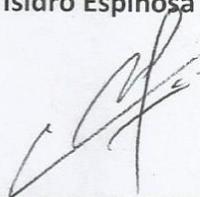
“Comparación de resultados perinatales en pacientes con resolución del embarazo por parto instrumentado vs cesárea con dilatación cervical completa”



DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ

DIRECTORA DE EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

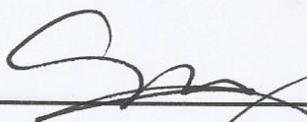
Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”



DR. NORBERTO REYES PAREDES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”



DRA MYRNA SOURAYE GODINES ENRIQUEZ

Directora de tesis y asesora metodológica

Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”

Dedicatoria y agradecimientos

A mi esposo Ricardo y mi hijo Ricardito por todo su apoyo, comprensión y amor, a mi mamá María Esther y mi abuelito Elías por estar conmigo siempre e impulsarme a alcanzar mis sueños.

Agradecimientos

Gracias a mi asesora la Dra. Myrna Souraye Godínes Enríquez por su tiempo y paciencia para la realización de mi tesis. Agradezco al Instituto Nacional de Perinatología donde me he formado, en especial a Dra. Asyadette Barrera García, al Dr. Osvaldo Miranda Araujo, al Dr. Daniel Martínez y al Dr. Armando Serrano por todas sus enseñanzas.

ÍNDICE

Introducción.....	6
Material y Métodos.....	9
Resultados.....	11
Discusión.....	17
Conclusiones.....	18
Bibliografía.....	19

Comparación de resultados perinatales en pacientes con resolución del embarazo por parto instrumentado vs cesárea con dilatación cervical completa

Abstract: A relevant question is what to do when a patient has detention of labor, a variety of position that do not allow an adequate descent of presentation or a discouraging RCTG in a station +2 or below, most women are candidates for any of three modes of resolution (cesarean, vacuum or forceps), however, there are limited data for the moment of making informed decisions. The target of this document is compare the perinatal results of delivery by instrumented birth vs cesarean with complete cervical dilatation.

Resumen:

Una pregunta relevante es que hacer cuando una paciente presenta detención del descenso en el trabajo de parto, con variedad de posición que no permita un adecuado descenso de la presentación o un RCTG no alentador en una estación +2 o por debajo, la mayoría de las mujeres son candidatas a alguno de tres modos de resolución (cesárea, vacuum ó fórceps), sin embargo, los datos son limitados para los clínicos al momento de tomar decisiones informadas. El objetivo de este trabajo es comparar los resultados perinatales de resolución del embarazo por parto instrumentado vs cesárea con dilatación cervical completa.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, de casos y controles, retrolectivo.

Resultados:

Se observó que hubo mayor sangrado con el uso fórceps ($p=0.000$), sin embargo hubo mayores dificultades durante el procedimiento cuando este fue una resolución abdominal ($p=0.002$), la estancia intrahospitalaria materna fue mayor cuando se realizó cesárea comparando con la utilización de fórceps ($p=0.003$), de igual manera se observó mayor estancia intrahospitalaria y mayor ingreso a UCIN de los productos nacidos por cesárea indicada por fórceps fallido ($p=0.003$ y $p=0.002$ respectivamente); como hallazgos también se observó mayor tasa de desgarros de cuarto grado cuando la variedad de posición fue posterior en la resolución del embarazo por fórceps ($p=0.018$).

Conclusiones:

Es importante individualizar las opciones de tratamiento en las pacientes con este cuadro clínico. En base a los factores de riesgo se deberá tomar la opción más adecuada para cada caso, pues ninguna de las dos opciones está libre de complicaciones.

Palabras clave: parto instrumentado, cesárea, sangrado, estancia intrahospitalaria, ingreso a UCIN.

INTRODUCCIÓN

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre 10-15%, ya que por encima de este nivel deja de estar asociado a una reducción de la mortalidad materna y neonatal. ⁽¹⁾

El incremento en la frecuencia de esta intervención quirúrgica se considera un problema de salud pública en el mundo, y México no es la excepción. ⁽²⁾

De acuerdo a los datos más recientes en 150 países del mundo, 18.6% de todos los nacimientos ocurren por cesárea, en un rango de 6-27.2% en países en vías de desarrollo y desarrollados respectivamente, América Latina y el Caribe tienen las tasas más altas (40.5%), seguido de Norte América (32.3%), Oceanía (31.1%), Europa (25%), Asia (19.2%) y África (7.3%).

En América Latina, los tres países con la tasa más alta de cesáreas fueron República Dominicana, México y Colombia (36.4, 32.8 y 27.4 puntos respectivamente). ⁽³⁾

En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materno infantil. El costo también es un factor importante en el acceso equitativo a la atención materna y neonatal, ya que las cesáreas representan un gasto significativo mayor para los sistemas sanitarios ya de por sí sobrecargados e incluso debilitados ⁽¹⁾

Según el Royal College, la incidencia de cesárea en el segundo periodo de trabajo de parto ha incrementado (0.9% en 2006 vs 1.8 en 2008, $p=0.003$; 0.9% en mujeres con dilatación completa en 1993 vs 2.2% en 2001, $p<0.05$); siendo aproximadamente de 8000 por cada año. ⁽⁴⁾

La cesárea realizada en el segundo periodo de trabajo de parto en EUA se realiza en un 23%, este porcentaje podría disminuir si se realiza en un primer intento el parto instrumentado ⁽⁵⁾.

Las mal posiciones de la cabeza fetal son la indicación principal para la realización de cesárea en el segundo periodo de trabajo de parto, no existe evidencia reciente con ensayos aleatorizados que informen acerca de la mejor practica para la resolución en pacientes con anomalías de la presentación fetal en el segundo periodo de trabajo de parto. ⁽⁸⁾

El Centro de Control para la prevención de enfermedades (CDC) reportó en 2007; que existe una disminución del parto instrumentado con fórceps y vaccum para la resolución del embarazo (9.0% 2001 a 1.6% en 2007), especialmente en el uso de fórceps (7.26/1000 embarazos en 2001 a 3.85/1000 embarazos en 2007). ⁽⁶⁾

No existen datos de recientes acerca de la información del uso de fórceps en México.

El Instituto Nacional de Perinatología reporta que se atendieron 4389 partos de 2014-2017, de los cuales 468 se resolvieron por parto instrumentado, es decir el 10.6% del total de partos atendidos. ⁽⁷⁾

Los estudios que evalúan los resultados perinatales obtenidos cuando se compara la resolución en el segundo periodo del trabajo de parto vía vaginal instrumentado contra cesárea son escasos ⁽⁸⁾.

El American College of Obstetricians ha recomendado el uso de parto instrumentado para el control y reducción de las tasas de cesárea. Existe un aumento del riesgo materno y neonatal con la realización de cesárea con dilatación completa ante la percepción de que se trata de una mejor opción que un parto instrumentado difícil ⁽⁹⁾.

Bailit et al en un estudio de cohorte observacional estudió del 2008 al 2011 a 2531 pacientes comparando complicaciones derivadas del parto con fórceps, vaccum y cesárea en segundo periodo del trabajo de parto, encontrando que el uso del vaccum presenta menor comorbilidad en **resultados neonatales** 4.2% seguido del parto con fórceps (6.1%) y cesárea (6.9%). También encontraron menor **morbilidad infecciosa materna** con 0.2% (Odds Ratio (OR) 0.04, 95%CI 0.01-0.17) vs el parto con fórceps 0.9% (OR 0.16, 95%CI 0.05-0.49) y por último la cesárea 5.3%. La **hemorragia postparto** fue menor con el uso de vaccum 1.4%, seguido del parto con fórceps 2.8% y cesárea 3.8%, **excepto cuando hubo presencia de laceraciones** en donde se observó una incidencia de hemorragia con vaccum del 19.1%, parto por fórceps 33.8% y cesárea 0%. En este estudio se realizó cesárea en 6.4 % de los intentos de resolución por vaccum y en 4.4% de los intentos con fórceps. En recién nacidos con peso menor de 4000 gramos se observó que la hemorragia postparto con vaccum fue del 1.0%, 2.7% en fórceps y 4.5% en cesárea, encontrando que el vaccum (OR 0.20, 95%CI 0.07-0.59), pero no el fórceps (OR 0.58, 95%CI 0.22-1.54) fue asociado con menor odds para la hemorragia postparto comparado con cesárea. En pesos mayores de 4000 gramos la frecuencia de hemorragia postparto fue de 8.8% vaccum, 4.3% en fórceps y del 0.0% en cesáreas. Concluyendo que en los resultados neonatales y en la hemorragia postparto no hubo diferencias significativas entre un parto instrumentado y cesárea, así mismo que las pacientes con resolución de embarazo por parto instrumentado se asocia con menor frecuencia de infección postparto, pero con alta frecuencia de laceraciones severas. ⁽⁸⁾

Tempest et al realizó un estudio retrospectivo observacional en un periodo de 2006 – 2010 comparando los resultados de nacimientos cefálicos por Fórceps Kielland, ventosa rotacional y cesárea, analizando a 1291 pacientes. Encontrando que con el uso de ventosa aumenta 60 veces más el riesgo de hemorragia subaponeurótica neonatal comparando con otros medios de resolución (8). Las mujeres fueron más propensas a necesidad de cesárea con el uso de ventosa rotacional (22.4%) comparando con los fórceps Kielland (3.7%) OR 8.20; 95% IC 4.54–14.79, concluyendo que en manos experimentadas un parto utilizando fórceps Kielland es probablemente el método más efectivo y seguro para prevenir el alto índice de cesáreas cuando se complica el segundo periodo de trabajo de parto con mal posiciones en la presentación fetal. ⁽¹⁰⁾

Vijaya et al realizó un estudio retrospectivo en 2017 evaluando en un periodo de 2008-2012 a 2,760 pacientes a quienes se les realizó una cesárea en segundo periodo de trabajo de parto encontrando que las complicaciones intraoperatorias fueron **hemorragia postparto por atonía uterina** la cual se observó en 11.5% de las pacientes, 3.3% de las pacientes tuvo **extensión de la incisión uterina** y 54% de los neonatos requirieron **ingreso a UCIN**. De igual manera hubo un aumento en la incidencia de **fiebre postoperatoria e infección de herida quirúrgica**. Concluyendo que la cesárea en el segundo periodo de trabajo de parto está asociada significativamente con incremento en la morbilidad materna y neonatal. Por lo que se requiere juicio propio y habilidades del obstetra al tomar una decisión de un parto instrumentado o una cesárea con dilatación completa. ⁽¹¹⁾

Wood et al reportó en un estudio de cohorte retrospectivo que el antecedente de cesárea en el segundo periodo de trabajo de parto tiene un OR de 2.44 (95% [CI], 1.91-3.10) para riesgo de un **parto espontáneo pretérmino antes de las 32 semanas** de gestación ⁽¹²⁾.

Mahmunt et al realizó un estudio de casos y controles retrospectivo donde se evaluaron 49 mujeres a quienes se les realizó cesárea con dilatación completa. Las mujeres con pobres resultados perinatales se definían por el **ingreso a de los recién nacidos a UCIN** tomándose como el grupo de casos, mientras que el grupo control eran mujeres sin pobres resultados perinatales. Observando que, de 48 mujeres, 9 (18.4%) construían el grupo de casos mientras 40 (81.6%) de las mujeres estaban en el grupo control. **En un análisis multivariable la variedad de posición occipito posterior persistente fue el único factor significativo para resultados perinatales pobres después de la cesárea con dilatación completa**. El mejor punto de corte de la duración de la falta de progresión del trabajo de parto para pobres resultados perinatales con variedad de posición occipito posterior persistente, establecida por la curva ROC, fue de **1.25 horas**, con una sensibilidad

de 75.0% y especificidad del 50%. Mencionando que todos los obstetras deben ser conscientes de la duración de la falta de progreso del trabajo de parto cuando se está ante una variedad de posición occipito posterior persistente y este intervalo **no debe ser mayor de 1 hora.** ⁽¹³⁾

En un artículo de revisión realizado por Cochrane en 2012 mencionan que los artículos revisados en un intento de parto instrumentado vs cesárea inmediata para evitar el nacimiento difícil no ayudan a tomar alguna decisión. ⁽¹⁴⁾

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Retrospectivo, comparativo, cohorte retrospectiva.

Recopilación de datos

Búsqueda de archivos en expediente físico y electrónico del Instituto Nacional de Perinatología describiendo las complicaciones maternas y fetales de partos instrumentados y de cesáreas en segundo periodo de trabajo de parto.

Intención clínica

Terapia.

Universo de estudio

Mujeres con embarazos de término en segundo periodo de trabajo de parto con dilatación cervical completa atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología que resuelven su embarazo por vía abdominal y por parto instrumentado.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Mujeres con embarazos de 37- 41 SDG
- Borramiento y dilatación cervical completos
- Feto en presentación cefálica
- Membranas amnióticas rotas
- Pacientes con analgesia regional (Bloqueo peridural)

Criterios de no inclusión (exclusión)

- Embarazos pretérmino
- Embarazos resueltos por parto instrumentado con altura de la presentación en primer plano

Criterios de eliminación

- Pacientes que durante el trabajo de parto se indique cesárea sin dilatación completa
- Pacientes a quienes durante el trabajo de parto se indique cesárea por desprendimiento prematuro de placenta normoinsera

Tipo de muestreo

- No probabilístico de casos consecutivos que cumplan con los criterios de inclusión.

Calculo del tamaño de muestra

Estudio piloto.

Se incluyeron a todas las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión desde el 01 de mayo del 2018 al 01 de noviembre del 2019 que ingresan al protocolo de inducción de trabajo de parto.

Análisis estadístico

Se realizaron medidas de tendencia central (medias, modas, medianas, desviaciones estándar, varianzas) para las variables demográficas. Se analizaron diferencias mediante ji cuadrada y se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21.

Aspectos éticos

Riesgo menor al mínimo por tratarse de tratamientos obstétricos de rutina. Para todos ellos se obtuvo consentimiento informado a la paciente o familiar en caso de adolescentes.

RESULTADOS

El total de pacientes estudiadas en este trabajo fue de 64, 33 que finalizaron el embarazo con fórceps y 31 por cesárea en periodo expulsivo. Las características demográficas de ellas se enlistan en la tabla I.

Tabla 1. Características Demográficas entre paciente con resolución por Fórceps o por cesárea en segundo periodo del trabajo de parto

	Fórceps n=33	Cesárea n=31	p
Edad	26.4±6.81	31.8±9.35	NS
Gesta	1.6±0.78	2.32±1.44	0.003
Partos previos	1.21±0.59	0.38±0.71	NS
Cesáreas previas	0.12±0.33	1.06±0.57	NS
Abortos previos	0.18±0.46	0.80±0.94	0.001
Ectópicos previos	0.03±0.17	0.09±0.30	0.02
Molas previas	0.00	0.65±0.24	0.002
IMC	28.75±4.2	32.3±5.3	NS
SDG resolución	26.4±6.81	31.8±9.35	NS
Inducción con misoprostol	10 (30.3%)	15 (48.4%)	NS
Sangrado	296.87±21	721.05±159	0.002

No hubo diferencias significativas en cuanto a la edad, pero sí en el número de gestas, abortos y molas en las pacientes. La cantidad de sangrado fue significativamente mayor en las pacientes intervenidas por cesárea.

En lo que respecta a las comorbilidades, la más frecuente fue el hecho de ser adolescente, pues en el grupo fórceps representó al 6.1% y en el grupo cesárea al 6.5% existieron pacientes adolescentes de la muestra. El resto de las comorbilidades no sobrepasaron 3% de la muestra. Dentro de estas comorbilidades se encontraron condiciones como miomatosis uterina, RPM, apendicetomía, Rh negativo no isoimmunizada, FPEG, depresión, malformaciones congénitas cardíacas, escoliosis, endocrinopatías en control, enfermedades infecciosas entre otras.

En las pacientes en las que se realizó aplicación de fórceps, la altura más frecuente fue la de fórceps bajos, la variedad de posición más observada fue la de transversa derecha persistente. El tipo de fórceps que se aplicó más fue el fórceps de Kielland. Estos hallazgos se observan en la tabla 2, 3, 4 y 5.

Tabla 2. Características de la aplicación de los fórceps (n=33)

		No.	Porcentaje
Altura de fórceps	Altos	0	0%
	Medios	2	6.06%
	Bajos	31	93.93%
Variedad de posición	Directa	4	12.12%
	Posterior	4	12.12%
	Transversa derecha	16	48.48%
	Transversa izquierda	5	15.15%
	Anterior derecha	1	3.03%
	Anterior izquierda	1	3.03%
	Posterior derecha	1	3.03%
	Posterior izquierda	1	3.03%
Tipo de fórceps	Kielland	23	69.69%
	Hawks Dennen	2	6.06%
	Simpson De Lee	8	24.24%
Episiotomía		33	100%

Tabla 3. Indicaciones de los Fórceps

		No.	Porcentaje
Indicación	Periodo expulsivo prolongado	4	12.12%
	Transversa derecha persistente	17	51.51%
	Transversa izquierda persistente + ascinclitismo posterior	5	15.15%
	Profilácticos	1	3.03%
	Baja reserva fetal	1	3.03%
	Transversa izquierda persistente + baja reserva fetal	1	3.03%
	Occipito posterior	3	9.09%
	RCTG categoría II	1	3.03%

Tabla 4 Tipos de Episiotomía (n=64)

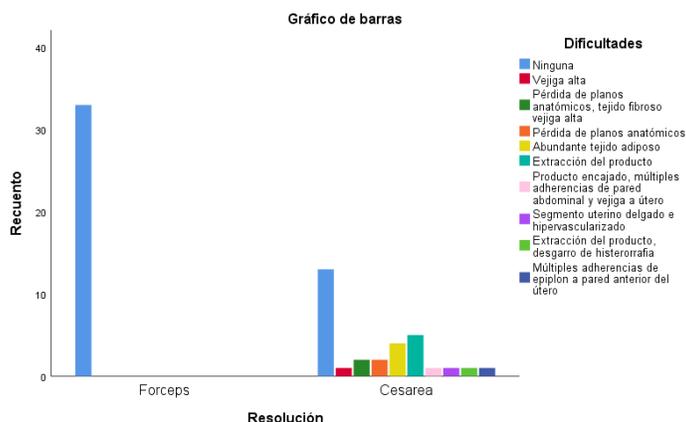
		No.	Porcentaje
Episiotomía	No aplica	27	42.19
	Medio lateral	36	56.2
	No	1	1.61
		64	100%

Tabla 5 Sangrado en la muestra

		No.	Porcentaje
Sangrado	100-199	12	36.36%
	200-299	8	24.24%
	300-399	8	24.24%
	400-499	1	3.03%
	500-599	0	0.0%
	600-699	1	3.03%
	700-799	0	0%
	800-899	2	6.06%
	900 o más	1	3.03%

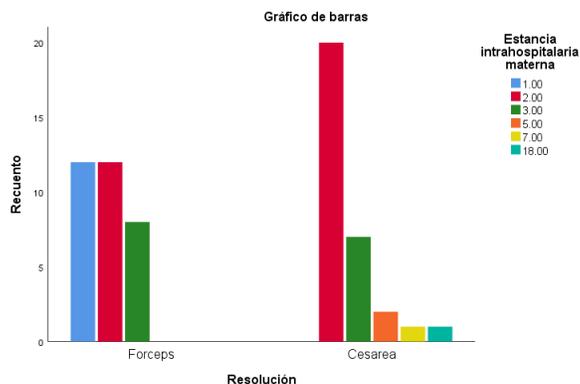
Durante la cesárea existieron varias dificultades que obviamente no se observaron en el grupo de los fórceps. La más frecuente fue la de extracción del producto en 5 casos (16.1%). Así como se observa en el gráfico 1.

Gráfico 1.



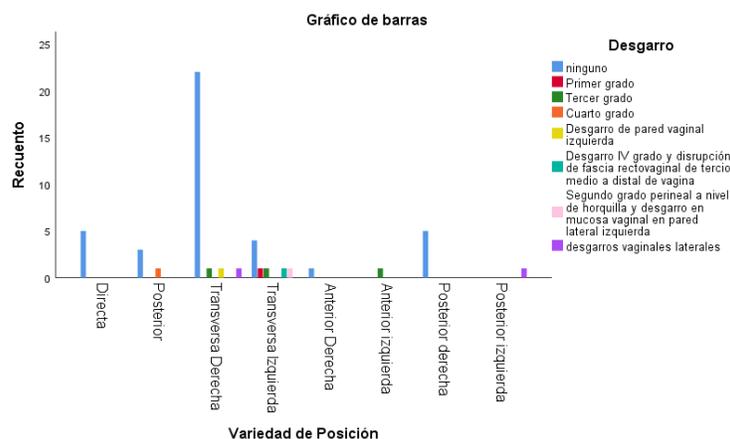
Se observó una mayor estancia intrahospitalaria en el caso de las pacientes en las que se realizó cesárea. Lo cual ocurre por la práctica clínica habitual. Esto si presentó diferencia estadísticamente significativa ($p=0.003$). Lo más frecuente fue la estancia intrahospitalaria de dos días, aunque en el grupo de fórceps esto también sucedía, incluso teniendo algunas pacientes 3 días de estancia intrahospitalaria, lo anterior se muestra en el Gráfico 2.

Gráfico 2.



Llama la atención en los resultados que hubo relación entre la variedad de posición posterior y la presencia de desgarro de cuarto grado. Así como se muestra en la siguiente gráfica, que muestra un valor estadísticamente significativo para la **variedad de posición posterior y su asociación con desgarro de cuarto grado** (r: 7.3 p=0.018), como se muestra en el Gráfico 3.

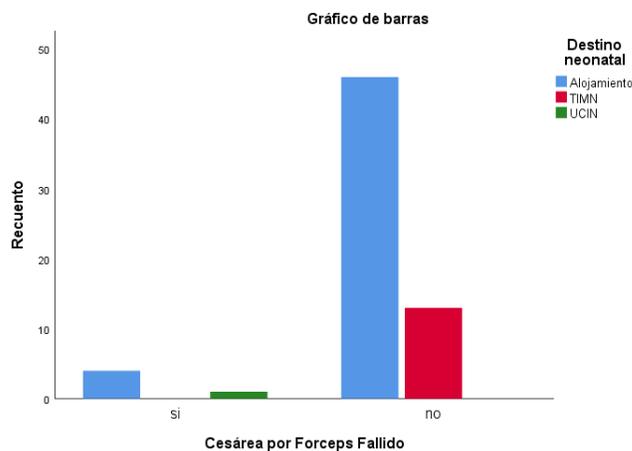
Gráfico 3.



A continuación presento las **variables neonatales** en cuanto al ingreso de neonatos a UCIN, esto fue más frecuente en el grupo de la cesárea por fórceps fallido

Gráfico 4 que muestra una relación estadísticamente significativa con la cesárea por fórceps fallido y el **ingreso a UCIN** (p=0.002).

Gráfico 4.



De igual manera la estancia intrahospitalaria en UCIN y la estancia intrahospitalaria en general fue más frecuente en el mismo grupo. Grafico 5 que muestra la relación estadísticamente significativa de la cesárea por fórceps fallido y la **mayor estancia intrahospitalaria en UCIN** ($p=0.003$).

Gráfico 5.

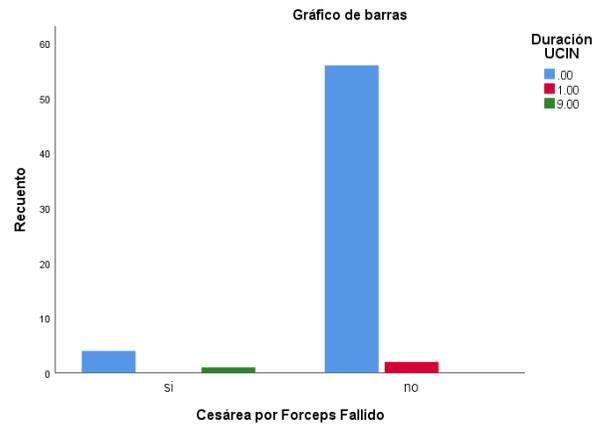
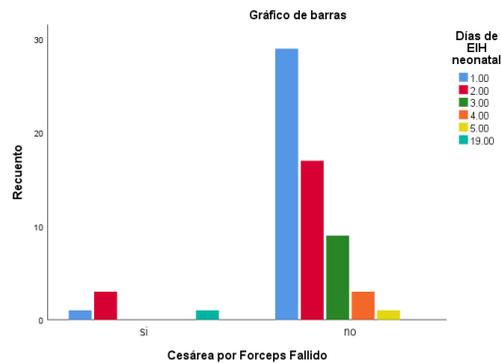


Grafico 6 muestra la relación estadísticamente significativa de la cesárea por fórceps fallido y la **mayor duración de estancia intrahospitalaria neonatal** ($p=0.010$).

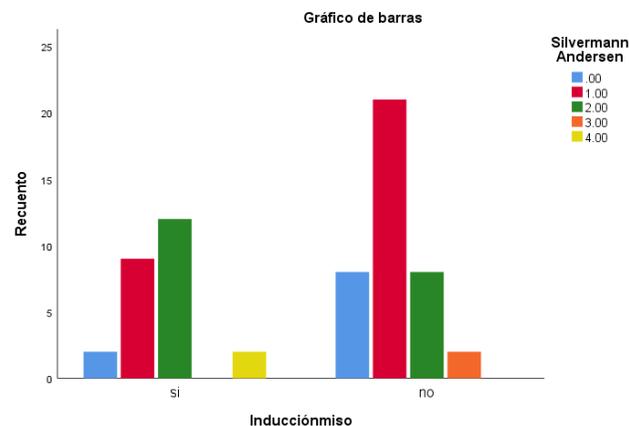
Gráfico 6.



Por otra parte se observó influencia sobre el uso de misoprostol y un puntaje mayor en la escala de Silverman Andersen de 4 $r= 0.7$, con una p de 0.031.

Grafico 7 que muestra la asociación significativa de la inducción con misoprostol y mayor **puntaje en la escala de Silverman Andersen.**

Gráfico 7.



DISCUSIÓN

Bailit et al (8) en un estudio de cohorte observacional estudiaron en 2008-2011 a 2531 pacientes comparando complicaciones derivadas del parto con fórceps, vaccum y cesárea, encontrando que el uso del vaccum presenta **menor comorbilidad en resultados neonatales** 4.2% seguido del parto con fórceps (6.1%) y cesárea (6.9%). La **hemorragia postparto** fue menor con el uso de vaccum 1.4%, seguido del parto con fórceps 2.8% y cesárea 3.8%, **excepto cuando hubo presencia de laceraciones** en donde se observó una incidencia de hemorragia con vaccum del 19.1%, parto por fórceps 33.8% y cesárea 0%. Así mismo que las pacientes con resolución de embarazo por parto instrumentado se asocia con menor frecuencia de infección postparto, pero con alta frecuencia de laceraciones severas.

Vijaya et al realizaron un estudio retrospectivo en 2017 evaluando en un periodo de 2008-2012 a 2,760 pacientes a quienes se les realizó una cesárea en segundo periodo de trabajo de parto encontrando que las complicaciones intraoperatorias entre otras fue que el 54% de los neonatos requirió **ingreso a UCIN**, concluyendo que la cesárea en el segundo periodo de trabajo de parto está asociada significativamente con incremento en la morbilidad materna y neonatal. Por lo que se requiere juicio propio y habilidades del obstetra al tomar una decisión de un parto instrumentado o una cesárea con dilatación completa. (11)

Mahmunt et al realizaron un estudio de casos y controles retrospectivo donde se evaluaron 49 mujeres a quienes se les realizó cesárea con dilatación completa. **En**

un análisis multivariable la variedad de posición occipito posterior persistente fue el único factor significativo para resultados perinatales pobres después de la cesárea con dilatación completa. (13)

Una de las grandes debilidades que tiene este estudio es el número pequeño de la muestra.

CONCLUSIONES

De acuerdo al presente estudio con respecto a resultados maternos se observa que en la cesárea con dilatación completa se presenta mayor cantidad de sangrado comparando con la resolución por aplicación de fórceps, sin embargo se presenta mayor tasa de dificultades durante el nacimiento cuando este se realiza por vía abdominal en periodo expulsivo; así mismo cuando se resuelve el embarazo por cesárea en segundo periodo de trabajo de parto se observa prolongación en los días de estancia intrahospitalaria materna.

Con respecto a resultados neonatales se observó que se presenta mayor ingreso a UCIN, mayor estancia intrahospitalaria en UCIN y mayor estancia intrahospitalaria en general cuando la resolución del embarazo se realiza por cesárea en segundo periodo de trabajo de parto.

Como hallazgos se observó que el uso de Misoprostol se asocia a mayor puntaje en la escala de Silverman Andersen. De igual manera se identificó mayor tasa de desgarro de cuarto grado cuando la variedad de posición era posterior.

Es importante individualizar todos los casos y valorar cuidadosamente aquellos factores de riesgo que potencialmente pueden dificultar el nacimiento por vía vaginal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. OMS 2015.
2. Secretaría de Salud. Cesárea segura: Lineamiento técnico. México D.F., México: Secretaría de Salud. 2002. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
3. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR (2016) The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS ONE 11.
4. Nicola V, Zillah C, Briley A, Tydeman G, Shennan AH. Caesarean section at full dilatation: incidence, impact and current management. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2014;16:199-205.
5. Alexander JM, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Comparison of Maternal and Infant Outcomes From Primary Cesarean Delivery During the Second Compared With First Stage of Labor. Obstetrics & Gynecology. 2007; 109:917–21. 10.1097/01.AOG.0000257121.56126.fe. [PubMed: 17400854]
6. Cesárea segura, lineamiento técnico. Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Dirección General de Salud Reproductiva, 2002.
7. Estadísticas INPer
8. Jennifer L. Bailit, M.D., M.P.H.1, William A. Grobman, et al. Evaluation of delivery options for second stage events. Am J Obstet Gynecol. 2016 May ; 214(5): 638.e1–638.e10.
9. Patel RR, Murphy DJ. Forceps delivery in modern obstetric practice. BMJ 2004;328:1302–5.
10. Tempest N, Hart A, Walkinshaw S, Hapangama D. A re-evaluation of the role of rotational forceps: retrospective comparison of maternal and perinatal outcomes following different methods of birth for malposition in the second stage of labour. BJOG 2013;120:1277–1284.
11. Vijaya M, Kirti R, Geeta N. Review of caesarean sections at full dilatation. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2017 Jun; 6 (6): 2491-2493.
12. Wood SL, Tang S, Crawford S. Cesarean delivery in the second stage of labor and the risk of subsequent premature birth. Am J Obstet Gynecol 2017;217:63.e1-10.
13. Mahmut Kuntay, Guzeltepe M. Cesarean section at full cervical dilatation: When is it troubling for Newborn?. J Clin Anal Med 2016; 7 (6): 777-80.
14. Majoko F1, Gardener G. Trial of instrumental delivery in theatre versus immediate caesarean section for anticipated difficult assisted births. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Oct 17.10:CD005545.