

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“PRUEBA DE PARTO VAGINAL CON CESÁREA ANTERIOR, QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE MEDIANO RIESGO.”

ESTUDIO DE SERIE DE CASOS EN PACIENTES QUE CUMPLEN CRITERIOS PARA PRUEBA DE PARTO VAGINAL, A QUIENES SE LES ATIENDE EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009.

MARÍA DEL PILAR FUENTES DÍAZ

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro/a en Ginecología y Obstetricia

Febrero 2012



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: María del Pilar Fuentes Díaz

Carné Universitario No.: 100016277

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Prueba de parto vaginal con cesárea anterior, que asisten a la clínica de mediano riesgo"**.

Que fue asesorado: Dr. Jorge David Alvarado Andrade

Y revisado por: Dr. Luis Humberto Araujo

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2012.

Guatemala, 13 de febrero de 2012


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

//amo

Guatemala, 24 de enero de 2012

Doctor

Luis Alfredo Ruiz Cruz

Coordinador General del Programa de Maestrías y Especialidades

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado doctor Ruiz:

Deseo que sus actividades diarias sean de éxito, el motivo de la presente es informarle que he revisado el Informe Final de la Tesis titulada: **"PRUEBA DE PARTO VAGINAL CON CESÁREA ANTERIOR, QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE MEDIANO RIESGO."** Estudio de Serie de Casos en pacientes que cumplen criterios para Prueba de Parto Vaginal, a quienes se les atiende en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el periodo de enero a diciembre del 2009, presentado por la Dra. María del Pilar Fuentes Díaz, carné 100016277, el cual ha cumplido con todos los requisitos para su aval establecidos por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y por la Universidad de San Carlos de Guatemala, pudiendo continuar con todos los trámites correspondientes para la impresión de tesis y realización del acto de graduación.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,



Medico y P
Colegiado 5,660

Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Coordinador Docente Maestría en Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Universidad de San Carlos de Guatemala



Vo. Bo. Dr. Ricardo Walter García Manzo

Coordinador Especifico de Programas de Postgrados
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Dr. Ricardo Garcia Manzo
MEDICO Y CIRUJANO
Col. 2,572

Guatemala, 16 de agosto de 2011

Doctor

Ricardo Walter García Manzo

Coordinador Específico de Programas de Postgrado

Universidad de San Carlos de Guatemala

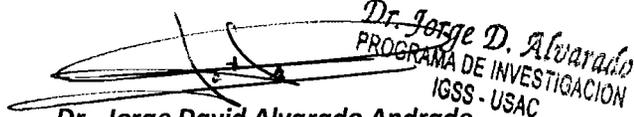
Presente

Estimado Doctor García Manzo:

Por este medio le informo que revisé el contenido del Informe Final de Tesis con el título **"PRUEBA DE PARTO VAGINAL CON CESÁREA ANTERIOR, QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE MEDIANO RIESGO."** Estudio de Serie de Casos en pacientes que cumplen criterios para Prueba de Parto Vaginal, a quienes se les atiende en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el periodo de enero a diciembre del 2009. presentado por la **Dra. María del Pilar Fuentes Díaz**, carné 100016277, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,


PROGRAMA DE INVESTIGACION
IGSS - USAC

Dr. Jorge David Alvarado Andrade

Revisor de Tesis

Docente de Investigación Maestría en Ginecología y Obstetricia

Especialista A de Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Guatemala, 24 de enero de 2012

Doctor

Ricardo Walter García Manzo

Coordinador Específico de Programas de Postgrado

Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente

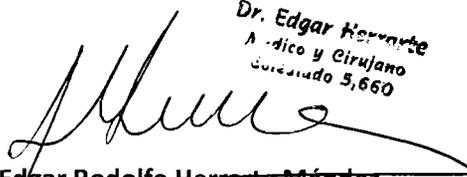
Estimado doctor García Manzo:

De la manera mas atenta me dirijo a usted deseando que sus labores diarias sean de éxito.

El motivo de la presente es informarle que la **Dra. María del Pilar Fuentes Díaz**, carné 100016277, realizó su Maestría en Ginecología y Obstetricia en el Hospital de Ginecobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social aprobando los cursos y exámenes satisfactoriamente. Así mismo en septiembre de 2011, fue aprobado su examen de tesis por lo cual solicito su revisión y autorización para la impresión de la misma.

Sin otro particular y agradeciendo su atención a la presente, me suscribo,

Atentamente,



Dr. Edgar Herrarte
Médico y Cirujano
Colegiado 3,660

Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Coordinador Docente Maestría en Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 16 de agosto de 2011

Doctor
Ricardo Walter García Manzo
Coordinador Específico de Programas de Postgrado
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimado Doctor García Manzo:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del Informe Final de Tesis con el título **“PRUEBA DE PARTO VAGINAL CON CESÁREA ANTERIOR, QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE MEDIANO RIESGO.”** Estudio de Serie de Casos en pacientes que cumplen criterios para Prueba de Parto Vaginal, a quienes se les atiende en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el periodo de enero a diciembre del 2009. presentado por la **Dra. María del Pilar Fuentes Díaz**, carné 100016277, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,



Dr. Luis Humberto Araujo

Asesor de Tesis

Docente de Investigación Maestría en Ginecología y Obstetricia
Especialista A de Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

DEDICATORIA

A Dios por estar siempre conmigo sin Él nada sería posible, a mis padres por su apoyo incondicional, a mis hermanos por estar siempre cuando los necesito y muy especialmente a mi esposo por su paciencia, comprensión y amor, a mis amigos que siempre llevo en el corazón.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
RESUMEN.....	1
I INTRODUCCIÓN.....	3
II ANTECEDENTES	5
III OBJETIVOS.....	15
IV MATERIALES Y METODOS	17
V RESULTADOS.....	23
VI DISCUSION Y ANALISIS	27
VII BIBLIOGRAFIA	33
VIII ANEXOS	35
PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO.....	37

INDICE DE GRÁFICAS

GRAFICA No.1 Edad de pacientes con prueba de parto vaginal con cesárea anterior, que asisten a la clínica de riesgo durante enero – diciembre 2009.	Pág. 23
GRAFICO No. 2 Estado civil de pacientes con prueba de parto vaginal con cesárea anterior, que asisten a la clínica de mediano riesgo durante enero - diciembre 2009.	Pág. 23
GRAFICO No. 3 Ocupación de pacientes con prueba de parto vaginal con cesárea anterior, que asisten a la clínica de mediano riesgo durante enero-diciembre 2009.	Pág. 24
GRAFICO No. 4 Religión de pacientes con prueba de parto vaginal con cesárea anterior, que asisten a la clínica de mediano riesgo durante enero – diciembre 2009.	Pág. 24
GRAFICO No. 5 Escolaridad de pacientes con prueba de parto vaginal con cesárea anterior, que asisten a la clínica de mediano riesgo durante enero - diciembre 2009.	Pág. 25
GRAFICO No. 6 Requisitos cumplidos para prueba de parto vaginal de pacientes con cesárea anterior, que asisten a la clínica de mediano riesgo durante enero-diciembre 2009.	Pág. 25

RESUMEN

“Prueba de parto vaginal con cesárea anterior, que asisten a la clínica de mediano riesgo” – Guatemala, 2010”.

Introducción: Dado que el número de cesáreas ha aumentado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y esto a su vez consume un volumen considerable de recursos, el parto vaginal advierte una franca disminución del riesgo materno y por la cantidad de pacientes atendidas en la institución se decidió documentar el número de casos de pacientes que tuvieron prueba de parto vaginal luego de una cesárea.

Metodología: Estudio de serie de casos. Caso pacientes que asistieron a mediano riesgo que tenían cesárea anterior y tuvieron parto vaginal al final de la gestación, se revisaron las papeletas para ver si cumplieron con los requisitos del protocolo actual de prueba de parto vaginal del Hospital.

Resultados: De todas las pacientes vistas en mediano riesgo con cesárea anterior sin otro factor de riesgo asociado solo 15 tuvieron prueba de parto vaginal, el resto de pacientes que tuvieron parto vaginal no habían sido vistas en mediano riesgo por lo que no se incluyeron en el estudio, de las 15 el único requisito del protocolo de prueba de parto vaginal del Hospital que no se cumplió en el 100% de los casos fue cesárea documentada. No se documentó ninguna complicación en los casos incluidos en el estudio.

Discusión: En la clínica de mediano riesgo únicamente se autorizaron 15 pruebas de parto vaginal, es por eso que continuamos con el antiguo aforismo de Craigin "una cesárea, siempre cesárea", ya que ésta es la principal indicación en el Hospital del aumento de los procedimientos quirúrgicos y por ende del aumento del gasto en recursos humanos, económicos, físicos, etc. así también de la morbi-mortalidad materna y fetal.

Palabras Clave: Prueba de parto vaginal, cesárea anterior, morbilidad, parto por cesárea.

I. INTRODUCCIÓN

La proporción de mujeres que tienen parto vaginal después de una cesárea ha disminuido por la preocupación de la morbilidad que esto pudiera causar. Los riesgos absolutos y relativos asociados con el trabajo de parto con historia de cesárea en comparación con cesárea electiva son inciertos.

Todos los estudios que se han realizado coinciden al observar que con el parto vaginal se advierte una franca disminución del riesgo materno. Existen además estudios que se plantean que si no hay recurrencia de la patología inicial o una nueva indicación de cirugía, se puede optar por parto vaginal cuando la paciente es portadora de una cesárea previa. El temor frente a la ruptura uterina induce a cierta ligereza en algunas decisiones quirúrgicas. Muchas de esas decisiones se toman con el argumento de que la escasez de recursos hace difícil enfrentar las consecuencias de una ruptura uterina. Pero no es menos cierto que el mismo procedimiento de cesárea a repetición, supuestamente preventivo, absorbe y consume un volumen considerable de recursos.

Este estudio describe los casos presentados en la Institución que fueron partos vaginales luego de cesárea, conociendo las complicaciones las pacientes no accedían al parto vaginal ya que debían firmar de autorización para el mismo haciéndose responsables por su decisión, así mismo el médico también adquiere la responsabilidad al dar prueba de parto vaginal luego de cesárea.

II. ANTECEDENTES

La operación cesárea se ha incrementado en las últimas décadas probablemente por una combinación de factores: disminución de complicaciones (infecciones, hemorragias, dehiscencias, etc.), por mejoramiento en los antibióticos, en las técnicas quirúrgicas, hilos de sutura, etc., y también por una creciente idea de que es la solución a todas las complicaciones de un parto, y a veces hasta por comodidad, tanto de la paciente como del médico.

Sin embargo, la cesárea sigue siendo más riesgosa que el parto normal, tanto para la madre como para el bebé, por los siguientes motivos

- Aumenta el riesgo de internación del bebe en neonatología
- Aumenta el riesgo de distress respiratorio neonatal
- Aumenta el tiempo de internación materno
- Aumenta el dolor post-parto
- Aumenta de 5 a 20 veces el riesgo de infección (endometritis)

También deja una cicatriz no sólo en la piel, sino interna, que puede dejar síntomas permanentes. Además puede producir frustración materna, por no haber podido tener un parto normal. Por eso, sin menospreciar su utilidad, hay que valorar la cesárea en su justa dimensión, ya que en determinadas circunstancias es la única posibilidad de evitar daños fetales y/o maternos.

Las principales causas que justifican una cesárea son:

- Sufrimiento fetal agudo
- Dos o más cesáreas previas
- Presentación de nalgas
- Desproporción fetal-materna
- Falta de progresión del trabajo de parto

Más de 425 millones de dólares y alrededor de 850 mil cirugías anuales son el resultado de lo que un informe del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), ha llamado "Epidemia de cesáreas". Factores financieros, políticos y educativos influyen para que innecesariamente se lleven a cabo cada vez más partos en la región por ese método.

Un análisis realizado por Paul Constance, del BID, señala que Chile registra un índice de 40 por ciento de partos por cesárea, seguido de Brasil, con 36 por ciento; Cuba, 27 por ciento; México, 25 por ciento; y Argentina, 23 por ciento.

Casi un 30% de las indicaciones de cesárea corresponde a pacientes con cesárea anterior. El antiguo aforismo de Craigin "una cesárea, siempre cesárea", ha sido rebatido por consistentes estudios multicéntricos que avalan la seguridad de una prueba de parto controlada en las cesarizadas anteriores, y constituye una de las estrategias actuales para disminuir el índice de cesáreas.

Aproximadamente 20.000 pacientes con cesárea anterior han sido sometidas a una prueba de parto; entre un 75 a 82% de ellas han tenido parto vaginal con índice de ruptura uterina que oscila entre un 0,2 a 0,8%.

MANEJO DE LA PACIENTE CESARIZADA ANTERIOR

Control Prenatal: se realizará con la frecuencia habitual hasta las 40-41 semanas. Debe realizarse una acabada anamnesis en torno a la indicación de la cesárea anterior y la edad gestacional de ella. Se realizará pelvimetría clínica a las 38 semanas sólo si hay sospecha de desproporción céfalopelviana. Si la pelvimetría es anormal, se programará cesárea electiva entre las 38 y 39 semanas.

El manejo de la gestante con una cesárea previa es aún controversial, no existiendo hasta el momento un criterio universal y uniforme acerca de la mejor conducta a seguir en estos casos. Muchas son las variables que se manejan en la atención del final de la gestación, por esto no existiendo una normativa a la hora de indicar una operación cesárea, los criterios van a depender tanto del servicio donde se maneje como de las causas que se consideren para indicarla. Esto condiciona que la tasa de cesáreas de repetición sea alta, pudiéndose evitar muchas de ellas con una prueba de trabajo de parto, que en la mayoría de casos lleva a un parto vaginal exitoso, evitando así el alto costo social y económico que conlleva el efectuar una nueva cesárea, disminuyendo los días de hospitalización y la morbilidad puerperal. Una historia de cesárea previa no constituye una indicación automática para una cesárea de repetición. La sentencia hecha por Craigin en 1916, de que "después de cesárea, siempre cesárea", actualmente permanece vigente sólo

para un grupo pequeño de gestantes, ya que fue promulgada en una etapa de la medicina en la que no se realizaba en forma rutinaria incisiones en el segmento inferior y tampoco se contaba con el arsenal terapéutico actual. Por lo tanto, se hace necesaria una reevaluación de esta doctrina, ya que los riesgos de una cicatriz uterina, como son la mortalidad materna o fetal por rotura uterina, han disminuido drásticamente.

La conducta a seguir en el parto en casos con cesárea anterior es un tema controvertido, se adoptan dos posturas radicalmente distintas:

Los que siguen el enunciado que en 1916 Cragin estableció: "Cesárea siempre igual a Cesárea", que es el criterio masivamente sostenido en E.U. aduciendo para seguir esta conducta la falta de sintomatología típica de la rotura uterina.

Permitir el parto vaginal, siempre que no persista la indicación de la primera cesárea u otras indicaciones obstétricas.

Existe en los últimos años una tendencia aun controvertida de someter a las gestantes con cesárea a una prueba de parto, entendiendo como tal una opción de parto vaginal, ya que existe la evidencia de que solo un tercio de las cesáreas anteriores requieren de una nueva cesárea.

En cuanto al uso de oxitócicos, Flamm y Cols. han demostrado que no hay incremento de casos de rotura uterina en relación a los casos en que no se usan oxitócicos, el porcentaje de partos vaginales es superior, y que no se halla aumentada la mortalidad materna y perinatal. Existe controversia en cuanto al uso de prostaglandinas, por la hipertonía uterina y el consiguiente riesgo de ruptura uterina, Mackenzie y Cols. consiguen el parto vaginal en el 76 % de los casos, sin ninguna rotura uterina. El colegio Norteamericano de Obstetras y Ginecólogos, recomiendan someter a todos los casos con la prueba de parto, salvo que exista alguna de las siguientes circunstancias: Persista la indicación anterior, la cesárea fuese clásica, o desconocida, que el feto pese 4,000g o más, haya alguna contraindicación al parto vaginal, no se pueda monitorizar el parto, falta de anestesiólogo o neonatólogo.

El intento de parto en una paciente con cesárea previa puede generar complicaciones, básicamente se refieren a la dehiscencia de la histerotomía con o sin prolongación de esta ultima al resto del útero, la frecuencia de esta complicación es

realmente muy baja, en tal forma que el riesgo beneficio es más positivo que negativo, clínicamente las pacientes se quejan de dolor en el sitio de la cicatriz, disfunción de la contractilidad uterina, modificaciones en la presión diferencial, hipotensión severa cambios de la frecuencia cardiaca fetal, regularmente se presenta taquicardia inicial, seguida de hasta muerte del feto y madre.

La prueba de parto vaginal en pacientes con cesárea previa, es una medida aceptada en la práctica médica. Esto se basa en estudios que han demostrado que la tasa de partos vaginales exitosos, después de cesárea, fluctúa entre 60% a 80%. El entusiasmo por este enfoque se ha visto disminuido por la posibilidad de ruptura uterina y, en menor grado, por el aumento de la morbilidad en una cesárea por prueba de parto fallida vs cesárea electiva.

En el mejor de los casos, los factores clínicos pueden usarse para distinguir las pacientes que tendrán parto vaginal y las que no lo tendrán. Esta información sería muy valiosa en la orientación sobre las opciones de la paciente

Utilizando la base de datos Kaiser-Permanente, Flamm y Geiger determinaron factores asociados con un parto vaginal exitoso luego de una cesárea. En base a estos factores desarrollaron un sistema de puntaje para determinar la probabilidad de una prueba de parto exitosa.

Esta base de datos fue recopilada de manera prospectiva a lo largo de dos años, incluyéndose más de 7000 pacientes con cesárea previa. De estas, se analizaron 5000 pacientes que optaron por una prueba de parto. El estudio asignó, al azar, la mitad de estas pacientes al *grupo de desarrollo del puntaje* y la otra mitad al *grupo de prueba*.

La información obtenida incluía datos sobre la historia de la paciente, curso intraparto y período perinatal. Estos factores fueron evaluados en cada sub-grupo mediante un análisis de significancia en la determinación del resultado ($p < 0.05$). Aquellos que presentaron una relación significativa, fueron analizados mediante regresión logística para cada sub-categoría de datos y luego para el total de los datos. Esto eliminó factores que podían interactuar y confundir los resultados. El modelo de regresión logística final se usó para asignar un puntaje determinado a cada factor de significancia. El sistema desarrollado

tenía un puntaje máximo de 10 y un mínimo de 0. Para determinar su validez, el desempeño del sistema se probó en la mitad restante de la población de estudio.

La aleatorización de las pacientes, resultó en dos grupos similares. La tasa global de partos vaginales fue de 74% en ambos grupos. Los factores asociados a un parto vaginal incluyeron: edad menor de 40, historia de parto vaginal previo, primera cesárea no debido a falla en progreso del parto, borramiento cervical mayor de un 75% al momento de admisión y dilatación cervical de 4cms o más al admitirse.

La rotura uterina ocurre en 0,1% de todos los embarazos de término y se puede asociar a una dehiscencia de cicatriz uterina previa, un parto espontáneo rápido, estimulación excesiva con oxitocina, multiparidad, desproporción cefalopélvica o una presentación transversa no reconocida. Sin embargo al existir el antecedente de una cesárea, aumenta a un 1%.

Las manifestaciones pueden incluir: 1. Dolor abdominal severo, frecuentemente irradiado al hombro debido a irritación subdiafragmática por la sangre intra abdominal; dolor en la zona de la cicatriz; 2. Hipotensión materna hasta shock y muerte materna. 3. Bradicardia fetal hasta muerte fetal.

La analgesia continua puede ser utilizada en dosis bajas para no enmascarar el dolor de la rotura uterina o de la dehiscencia de la cicatriz, realizando monitorización fetal continua y evitando la infusión oxiótica.

En la década de los 80 en EE.UU., el NICHHD (Instituto Nacional de Salud Infantil y desarrollo humano) concluye que la prueba de trabajo de parto es una opción apropiada para disminuir las cesáreas. Consecuentemente se observó un aumento desde 3,4% de partos vaginales después de una cesárea, hasta un 28,6%, alcanzado en 1993. Sin embargo, en los años recientes, se ha producido una controversia renovada sobre la seguridad relativa de una prueba de trabajo de parto en estas pacientes, llevando a una declinación rápida el número de las mujeres que experimentan la vía vaginal. Bajando a 16,4% en el 2001 (disminución del 42%). La atención se ha centrado sobre todo en la rotura uterina, un acontecimiento potencialmente catastrófico, que puede tener consecuencias serias para la madre y el feto.

Período intergenésico y rotura uterina:

En el trabajo de Bujold y cols., en 1992, se analizaron 1527 mujeres sometidas a trabajo de parto, con antecedente de una cesárea, con 21 roturas uterinas finales (1086, 71,1% parto vaginal, 1,4% roturas uterinas). El período intergenésico menor o igual a 12 meses se asoció a 4,8% de roturas; 13 a 24 meses: 2,7%; 25 a 36 meses: 0,9%; mayor a 36 meses: 0,9%. Importante resulta comentar que un período intergenésico menor o igual a 24 meses se asoció a casi 3 veces la probabilidad de rotura uterina (2,65 OR; 95% IC; 1,08-6,46).

Relación peso fetal y rotura uterina:

Durante el presente año, Elkousy y cols., presentaron una revisión de 9.960 mujeres con antecedente de una cesárea, con prueba de trabajo de parto. Separaron en grupos: Grupo 1 formado por mujeres con una sola cesárea anterior; 2: con parto vaginal después de una cesárea; 3: parto vaginal antes de cesárea; y 4: parto vaginal antes y después de cesárea. Obtuvieron un 74% nacimiento vaginal total. La rotura uterina era más alta en las mujeres para el grupo 1 con los pesos de nacimiento de 4.000 g (riesgo relativo 2,3 $p < 0,001$). 3,6% de rotura uterina en el grupo 1 con un peso 4.000 g.

Impacto de una histerorrafia simple versus dos planos:

En general para cualquier cesárea, las publicaciones de varios estudios demuestran morbilidad materna a corto plazo comparable, al realizar cierres uterinos, ya sea en un plano o en dos planos. Por otro lado, el tiempo quirúrgico se reduce al efectuar un cierre en un plano. Por estas razones esta técnica ha ganado aceptabilidad.

En el 2002, Bujold y cols., publican un estudio observacional de cohorte en 2142 mujeres con prueba trabajo de parto, con antecedente de una cesárea (transversa segmentaria baja). Encontrando una probabilidad de rotura uterina en mujeres con una cesárea anterior con histerorrafia simple de casi 4 veces (3,95 Odds Ratio, 95% IC, 1,35-11,49) comparado con cierre en dos planos.

Período intergenésico y antecedente de histerorrafia: después de conocer estos factores de riesgo: La combinación de un intervalo intergenésico de menos o igual a 24 meses y una histerorrafia en un plano previa, se asocia a rotura uterina en el 5,6% de las

mujeres con antecedente de una cesárea sometidas a prueba de trabajo de parto. Un 0,4% de roturas uterinas se presenta al realizar una histerorrafia en dos planos, con un período intergenésico de más de 24 meses.

La sospecha de ocurrencia de rotura uterina debe estar presente cuando hay un desequilibrio entre tensión en la cicatriz y su fuerza. Según esta observación la rotura uterina ocurre en la última parte de la fase activa o en la segunda etapa del trabajo de parto, cuando las presiones intrauterinas son mayores.

Costo versus beneficio de prueba de parto vaginal versus cesárea electiva a repetición:

DiMaio y cols., en el 2002, realiza un estudio para evaluar esta situación. Para ello realiza un análisis histórico de cohorte de mujeres con antecedente de cesárea en el Hospital de Shands en la Universidad de la Florida. Ingresan al estudio embarazos con feto único-vivo, sin anomalías. Determina los costos directos diarios durante la estadía en la unidad, e indirectos. Costos derivados de complicaciones: muerte, dehiscencia de cicatriz uterina o de la rotura, transfusión de sangre, histerectomía, íleo, infección, complicaciones neonatales y estadía en unidad de cuidados intensivos.

Se analizaron 204 binomios madre-infante. Sesenta y cinco en el grupo de cesárea de repetición electiva y 139 en el grupo de prueba de trabajo de parto (resultado prueba trabajo parto: 104 vaginales y 35 falla, 74,8% éxito). El costo (Media) de cuidado mayor en cesárea a repetición para las madres fue superior al de prueba de trabajo de parto (\$ 4.155 contra \$ 3.675; $p < 0,001$). Para los recién nacidos se repitió el resultado a favor de la prueba de trabajo de parto (\$ 1.794 contra \$ 1.187; $p = 0,03$). Entonces, la media de costo mayor en el binomio madre-hijo, se inclina hacia la cesárea electiva a repetición (\$ 5.949 contra \$ 4.863; $p = 0,001$). Sin embargo, al analizar los costos de los casos de falla de la prueba de trabajo de parto, era muy superior a ambos grupos (Grupo éxito parto vaginal: \$4.411; Grupo fallido: \$ 6.272. Diferencia de costo medio entre cesárea a repetición y grupo con falla: \$ 323. Diferencia entre grupo de éxito de prueba trabajo de parto y cesárea electiva a repetición: \$ 1.538). En estos cálculos de media de costo mayor para cada grupo no tomaron en cuenta gasto honorario médico. Por el alto éxito de la prueba de trabajo de parto, escaso número de casos fallidos, y menor número aún de casos con complicaciones, sigue siendo más rentable a la larga la prueba de trabajo de parto, versus cesárea electiva a repetición. Además

debemos resaltar que la cesárea reiterativa condiciona mayor riesgo materno y complicaciones futuras como el acretismo placentario.

Relación: ausencia progresión trabajo de parto y rotura uterina:

La progresión inusualmente lenta de la dilatación cervical es más común entre mujeres con rotura uterina. Al detener la prueba de trabajo de parto por una detención de dilatación de dos horas, se puede prevenir el 42,1% de las roturas uterinas.

En mujeres con una cesárea anterior, un útero marcado con una cicatriz puede tolerar menos la ausencia de progresión del trabajo de parto.

Rotura uterina y morbilidad fetal.

Cuando ocurre la rotura uterina, la salida placentaria o fetal es el factor más importante asociado a acidosis metabólica severa. La intervención pronta a veces no logra prevenir la acidosis metabólica severa y la morbilidad neonatal consecuente.

Revisión manual cicatriz cesárea.

Los datos aportados por diferentes trabajos sugieren que la revisión transcervical de la cicatriz uterina de cesárea anterior, debe ser realizada solamente en los pacientes sintomáticos (dolor suprapúbico persistente, retención placentaria, sangrado excesivo durante trabajo de parto) o cuando los factores de riesgo están presentes (trabajo prolongado, expulsivo prolongados, extracción instrumental). Demostrando que la revisión de la cicatriz de cesárea de rutina no se justificaría.

Finalmente después de este largo recorrido en que queda demostrada la validez de una prueba de trabajo de parto en aquellas pacientes con antecedente de una cesárea, debemos recordar que a pesar de la baja incidencia de complicaciones, como es la rotura uterina, debemos estar atentos y por sobre todo sospecharla a la luz de los antecedentes expuestos. Ya que puede resultar una verdadera catástrofe tanto para el feto como para la madre.

De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de ofrecer una prueba de trabajo de parto a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones.

Se decidirá realizar la prueba de trabajo de parto, en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención, con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

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

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

En embarazos pretérmino y postérmino, gemelares o con productos macrosómicos, se valorará cuidadosamente el caso.

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

a) Primer período del parto (dilatación cervical):

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

b) Segundo período del parto (expulsivo):

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

c) Tercer período del parto (alumbramiento):

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

d) Suspensión de la prueba de trabajo de parto

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

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

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Describir el número de casos de parto vaginal después de cesárea en pacientes que son atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2009.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Que requisitos se cumplieron para poder optar a una prueba de parto vaginal después de una cesárea.

3.2.2 Describir las características de las pacientes que son sometidas a prueba de parto vaginal.

3.2.3 Mencionar el número de casos de pacientes con cesárea anterior y Prueba de Parto Vaginal que concluyen en parto vaginal.

IV. METODOLOGIA

4.1 Tipo de investigación: Estudio de serie de casos

4.2 Población y Muestra:

Población: Todas las pacientes con antecedente de una cesárea anterior que llevan control en la clínica de mediano riesgo que cumplen todos los requisitos para prueba de parto vaginal en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Muestra: Toda la población a estudio. No se realizará muestreo.

4.3 Criterios de inclusión y exclusión:

- Inclusión: Toda paciente que asista a la clínica de mediano riesgo con diagnóstico de cesárea anterior, que cumpla los requisitos para poder optar a una prueba de parto y que resuelva el mismo en la institución durante el periodo de estudio.

- Exclusión:
 - que no comprenda bien el español.
 - que sea ingresada en su primera consulta o bien desde la emergencia sin control prenatal.
 - Que tenga 2 o más cesáreas previas.
 - Que tenga alguna cirugía uterina previa.
 - Que sea necesario utilizar algún fármaco para inducir el parto.

4.4 Cuadro de Variables

Variable	Definición	Operacionalización	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medida
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha	Dato obtenido del expediente medico	Cuantitativa	Ordinal	Menor de 15 a 15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años Mayores de 35
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Dato obtenido del expediente medico	Cualitativa	Nominal	Casada Soltera Unida Viuda
Ocupación	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada. empleo.	Dato obtenido del expediente medico	Cualitativa	Nominal	Secretaria Maestra Operaria Ama de casa Otros
Religión	Conjunto de creencias, normas morales de comportamiento social e individual y ceremonias de oración o sacrificio que relacionan al ser humano con la divinidad	Dato obtenido del expediente medico	Cualitativa	Nominal	Evangélica Católica Mormona Testigo de Jehová No religión
Residencia	Lugar en que se reside o se vive habitualmente	Dato obtenido del expediente medico	Cualitativa	Nominal	Zona de Capital Departamento

Paridad	Número de hijos nacidos	Dato obtenido del expediente medico	Cuantitativa	Ordinal	1 2 3 o más
Escolaridad	Nivel de educación que presenta la paciente	Dato obtenido del expediente medico	Cualitativa	Nominal	Ninguna Primaria Secundaria Diversificado Universitario
Antecedentes	Patologías de riesgo presentadas por la paciente en embarazos anteriores	Dato obtenido del expediente medico	Cualitativa	Nominal	Hipertensión Trabajo de parto pretermino Oligoamnios Restricción de crecimiento intrauterino Diabetes Macrosomía Otros
Tipo de parto	Proceso que pone fin al embarazo determinando que el feto y sus anejos abandonen el útero y salgan al exterior.	Dato obtenido del expediente medico	Cualitativa	Nominal	Cesárea Parto vaginal
Requisitos para prueba de parto vaginal	Condiciones necesarias para optar a parto vaginal luego de una cesárea	Dato obtenido del expediente medico	Cualitativa	Nominal	1. Paciente acepta 2. Periodo intergenésico 3. Cesárea documentada 4. no complicaciones 5. no repite indicación 6. peso fetal y situación adecuada

Factor de riesgo	Características que no permiten que se pueda dar prueba de parto vaginal	Dato obtenido del expediente medico	Cualitativa	Nominal	* Hipertensión arterial * Diabetes Mellitus * Trabajo de parto pretermino * Oligohidramnios severo * Restricción del crecimiento intrauterino * Podalica y Transverso * Macrosomia * Meconio * Anormalidades en el trazado de la frecuencia cardiaca fetal * Anomalías fetales * Inserción anómala de placenta
Complicaciones	Eventos desfavorables durante la prueba de parto vaginal	Dato obtenido del expediente medico	Cualitativa	Nominal	Ruptura Uterina Hipoxia Fetal Muerte fetal Muerte materna
Prueba de parto fallida	Paciente que no desarrolla trabajo de parto	Dato obtenido del expediente medico	Cualitativa	Nominal	Si No

4.5 Procedimiento

Se realizó el protocolo de investigación y se presentó a la Comisión de Docencia e Investigación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y se obtuvo la autorización para la realización de la investigación.

Luego se procedió a revisar las papeletas de las pacientes que asistieron a la Clínica de Mediano Riesgo del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante la duración del trabajo de campo. Al revisarla se consignaron los datos en la boleta de recolección de datos.

Luego se vaciaron los datos en una hoja de cálculo de Excel y se procesaron en EpiInfo y se obtuvieron frecuencias, porcentajes y medias de las características de las pacientes que se tuvieron parto vaginal. En base a esto se realizaron tablas y gráficas de los mismos.

Se realizara discusión y análisis de los resultados y se elaborara informe final, el cual será revisado y aprobado por el asesor y revisor de la investigación. Los resultados se presentaran en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

4.6 Tratamiento estadístico de los datos

Las respuestas obtenidas en el instrumento de recolección de datos se vaciarán en una hoja de datos de Excel® versión 2007. Luego se procesará esta información con EpiInfo 2002® y se obtendrán frecuencias y porcentajes.

La información obtenida se presentará por medio de tablas y de gráficas, las cuales mostrarán los resultados de la investigación.

4.7 Recursos

Humanos

- Un revisor de investigación(Especialista Gineco-obstetra)
- Un asesor de investigación (Especialista Gineco-obstetra)

- Un Residente de Tercer Año de Ginecología y obstetricia del Programa de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Físicos

- 1 ordenador personal
- 1 impresora de inyección de tinta
- 500 hojas de papel bond de 80 gramos
- 1 caja de lapiceros
- 1 caja de lápices
- 3 Cartuchos de tinta para impresora
- 500 Copias del instrumento de recolección de datos
- 1 dispositivos de almacenamiento digital
- 1 calculadoras

Financieros

- Q. 500.00 cada estudiante.

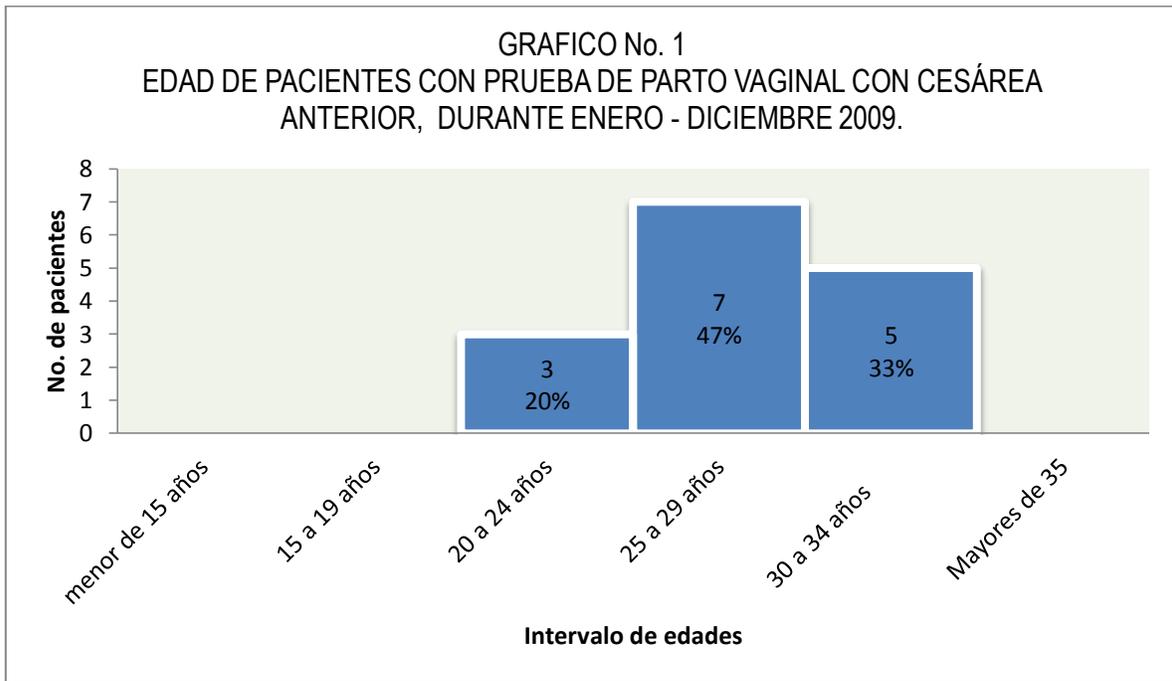
4.6 Aspectos éticos de la investigación

Dado que el estudio es descriptivo no experimental, no se intervino en el proceso por lo que no fue necesario la solicitud de consentimiento informado.

Definición de caso: Pacientes que tuvieron prueba de parto vaginal y que tuvieron parto vaginal.

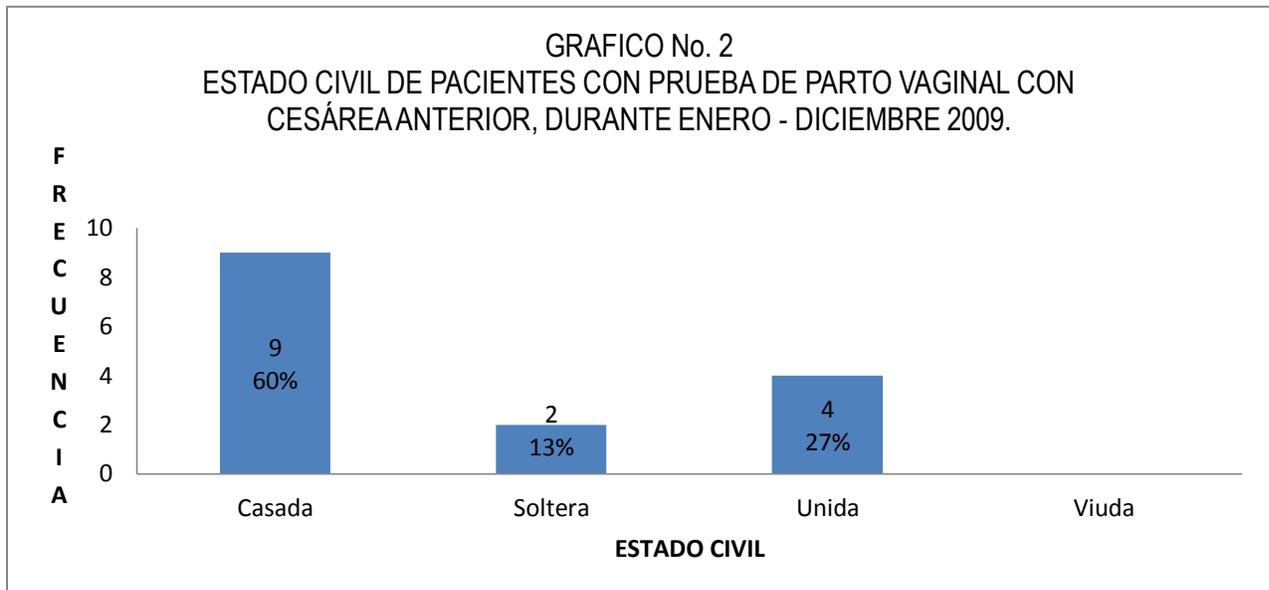
Unidad de Análisis: Las unidades de estudio, serán los expedientes de las pacientes que tendrán prueba de parto vaginal.

V. RESULTADOS

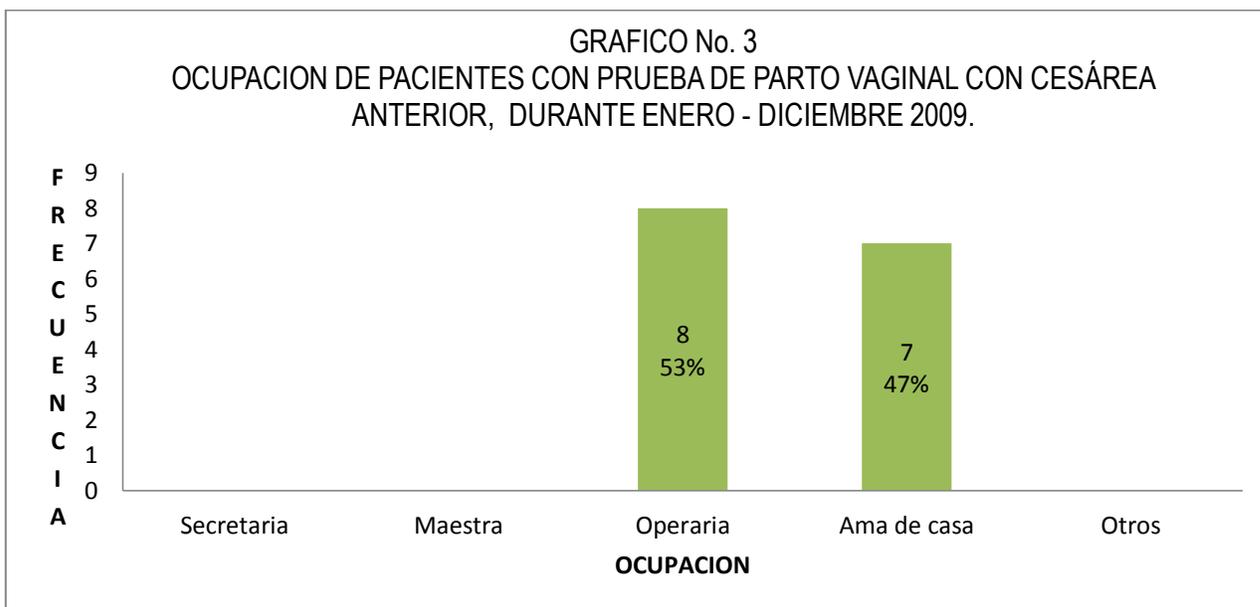


*La mediana de las edades es 28 años y la desviación estándar es de 8.

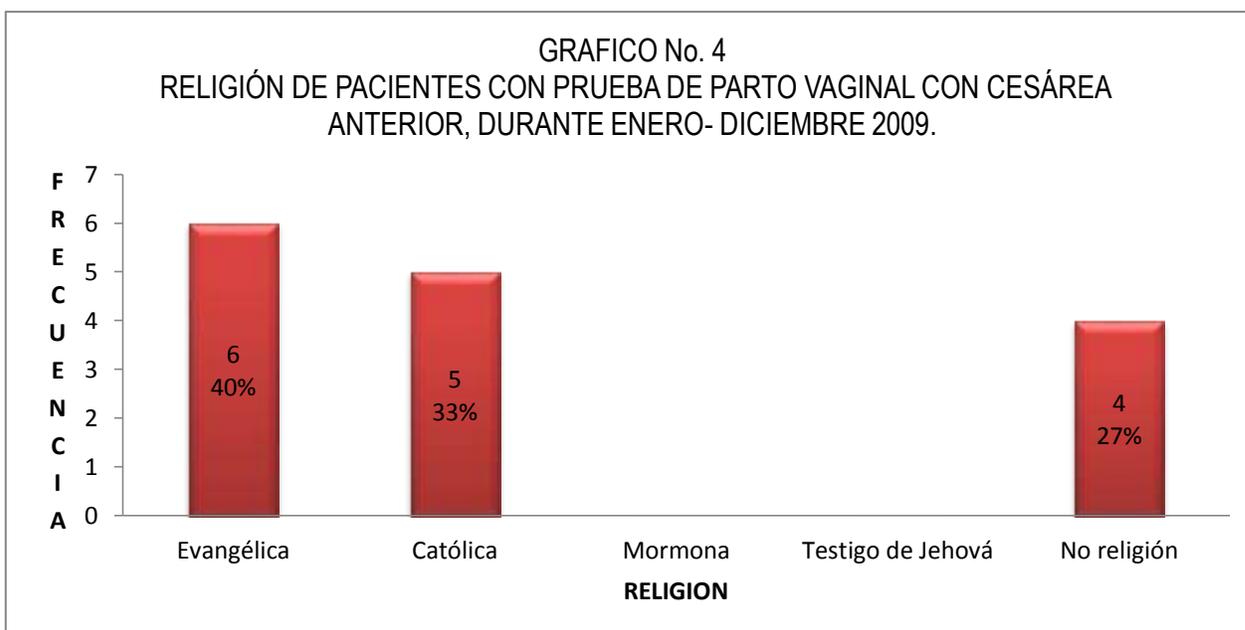
Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos.



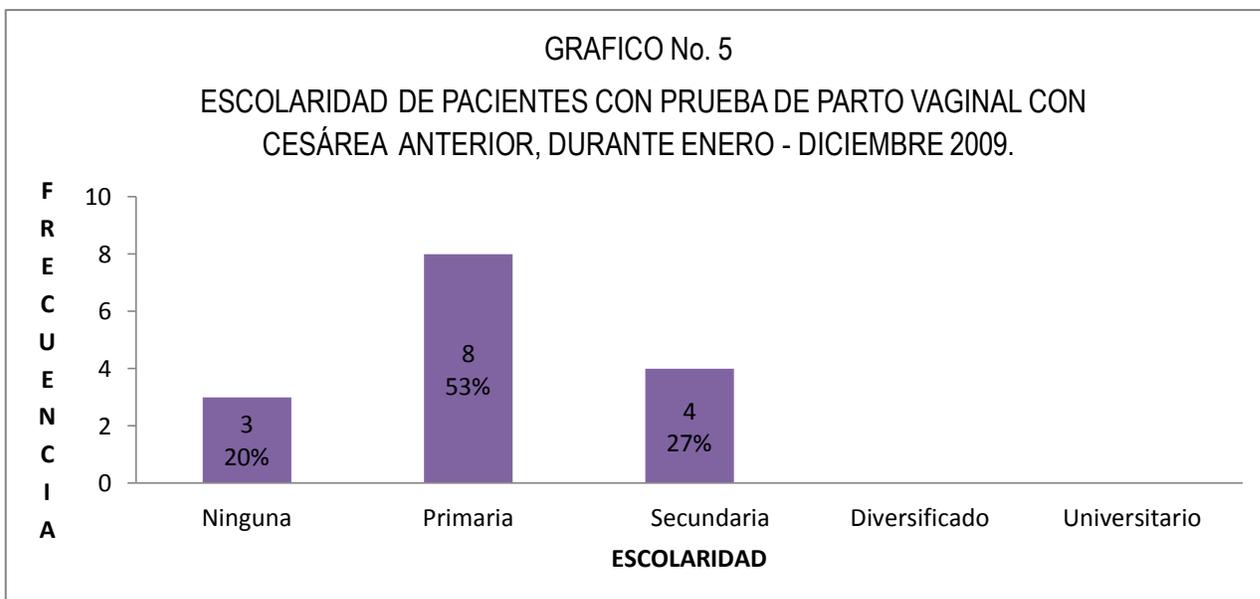
Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos.



Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos.



Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos.



Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos.

TABLA No. 1
REQUISITOS CUMPLIDOS PARA PRUEBA DE PARTO VAGINAL DE PACIENTES CON CESÁREA ANTERIOR, DURANTE ENERO - DICIEMBRE 2009.

	SI	NO
Paciente acepta	15 100%	0
Periodo intergenésico	15 100%	0
Cesárea documentada	12 80%	3 20%
No complicaciones	15 100%	0
No repite indicación	15 100%	0
Peso fetal y Presentación cefálica	15 100%	0

Fuente: Datos obtenidos del instrumento de recolección de datos.

TABLA No. 2		
COMPLICACIONES EN PACIENTES CON PRUEBA DE PARTO VAGINAL LUEGO DE CESÁREA, DURANTE ENERO – DICIEMBRE 2009		
	SI	NO
Ruptura Uterina	0	15 100%
Muerte Fetal	0	15 100%
Muerte Materna	0	15 100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

VI. DISCUSION Y ANÁLISIS

Gráfica No.1: En cuanto a la edad de las pacientes que tuvieron prueba de parto vaginal podemos observar que el 47% de las pacientes comprenden el rango de edad entre 25 a 29 años, al igual podemos observar que ninguno de los extremos de las edades es decir las mayores de 35 años y las menores de 20 años no tuvieron prueba de parto vaginal.

Gráfica No.2: En el estudio podemos observar que el 60% de las pacientes que tuvieron prueba de parto vaginal su estado civil es casada, estas pacientes tienen mayor estabilidad emocional y apoyo de su pareja para la toma de decisiones.

Gráfica No.3: La ocupación del 53% de las pacientes es operaria y el 47% eran amas de casa, podemos observar que las pacientes con prueba de parto vaginal son las de nivel socioeconómico bajo. Podría explicarse el difícil acceso a las unidades de emergencia cuando inician con trabajo de parto, falta de recursos para optar a una operación en lo privado.

Gráfica No.4: En nuestro estudio el 40% de las pacientes eran evangélicas, el 33% católicas y el 27% no referían ninguna religión, lo cual indica que la religión no influyo en el momento de optar a prueba de parto vaginal.

Gráfica No.5: Llama la atención que el 53% de las pacientes, es decir más de la mitad tenían una escolaridad de nivel primario, ninguna de las pacientes tenían educación diversificado o universitario de las que tuvieron prueba de parto vaginal.

Tabla No. 1: Pudimos observar que el único requisito para prueba de parto vaginal que no se cumplió según el protocolo en un 20% fue el de cesárea documentada,

Tabla No.2: En ninguno de los casos de prueba de parto vaginal se documento ruptura uterina o muerte materno-fetal.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 Los requisitos necesarios para poder optar a una prueba de parto vaginal después de cesárea en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social son que la paciente acepte la prueba, el período intergenésico que sea de 2 años o más entre cada embarazo, Cesárea documentada en la papeleta, no hubiera tenido complicaciones en el embarazo anterior, que no se repita la indicación de la cesárea anterior, que el peso fetal y la situación fetal sean las adecuadas para parto vaginal. Estos requisitos están en los protocolos de la Institución.

- 6.1.2 Las pacientes que tuvieron prueba de parto vaginal en el 2009 la mayoría estaban comprendidas entre los años 25 -29, evangélicas, escolaridad primaria, operarias, casadas y cumplían requisitos necesarios según los protocolos de Instituto para prueba de parto vaginal.

- 6.1.3 Se debería de establecer un mejor protocolo para captar más personas para que tengan prueba de parto vaginal.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 En la clínica de mediano riesgo se les debe dar un adecuado plan educacional a las pacientes para que sepan los riesgos y los beneficios sobre la prueba de parto vaginal recalcando que son más los beneficios de la misma para la paciente por lo que no debe tener miedo de tener un parto vaginal, y los médicos dedicarle tiempo a la explicación y dudas que la paciente pueda tener sobre esta prueba. La información que se le proporciona a las pacientes debe ofrecerse de forma ecuaníme, racional y sin comentarios alarmantes que constituyan una coerción a la libertad de decisión de la madre.
- 6.2.2 Sería recomendable que se agregara en el protocolo de manejo de las pacientes con prueba de parto vaginal la evaluación de analgesia de conducción ya que la misma favorece la progresión del trabajo de parto disminuyendo el dolor y tiempo de éste.
- 6.2.3 Se recomienda que en las clínicas de control prenatal normal que es la primera clínica donde son atendidas las pacientes se les explique los beneficios que tiene la el parto vaginal sobre la cesárea, ya que son ellos los primeros en tener contacto con la paciente y pueden instarlas a que tomen una adecuada decisión con toda la información que se les proporciona.
- 6.2.4 Es importante explicar a todo el personal médico y de enfermería la importancia de promover el parto vaginal aún en las pacientes con una cesárea anterior ya que los riesgos son pocos y los beneficios muchos tanto para ellas como para la institución sobre todo en cuanto a costos de menos días de hospitalización, no utilización de sala de operaciones, etc. A los servicios hospitalarios que se mantengan actualizados en la evidencia científica que apoya el parto vaginal después de cesárea y que atiendan este tema con el rigor científico debido.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Srinivas, S. K. et. al. "Predicting Failure of a Vaginal Birth Attempt After Cesarean Delivery". *Obstet Gynecol* 109: 800-805
2. Allen, V. M., et. al. "Maternal Morbidity Associated With Cesarean Delivery Without Labor Compared With Induction of Labor at Term". *Obstet Gynecol* 108: 286-294
3. Hibbard, J. U., et. al. "Trial of Labor or Repeat Cesarean Delivery in Women With Morbid Obesity and Previous Cesarean Delivery..". *Obstet Gynecol* 108: 125-133
4. Gonen, R., et. al. "Results of a Well-Defined Protocol for a Trial of Labor After Prior Cesarean Delivery". *Obstet Gynecol* 107: 240-245
5. Gonen, R., et. al. "Results of a Well-Defined Protocol for a Trial of Labor After Prior Cesarean Delivery". *Obstet Gynecol* 107: 240-245
6. Quinones, J. N., et. al. "The Effect of Prematurity on Vaginal Birth After Cesarean Delivery: Success and Maternal Morbidity". *Obstet Gynecol* 105: 519-524
7. Landon, M. B., et. al. "Maternal and Perinatal Outcomes Associated with a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery". *NEJM* 351: 2581-2589
8. Hendler, I., et. al. "Effect of Prior Vaginal Delivery or Prior Vaginal Birth After Cesarean Delivery on Obstetric Outcomes in Women Undergoing Trial of Labor". *Obstet Gynecol* 104: 273-277
9. Rosen MG, et. al. "Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality". *Obstet Gynecol* 1991;77:465-70.
10. I. Hendler and E. Bujold "Effect of Prior Vaginal Delivery or Prior Vaginal Birth After Cesarean Delivery on Obstetric Outcomes in Women undergoing Trial of Labor" *Obstet. Gynecol.*, August 1, 2004; 104(2): 273 - 277.
11. Gonzalo, A., et al. "Prueba de trabajo de parto en pacientes con antecedentes de cesárea previa." *Revista de posgrado de la Vía Cátedra de medicina-* No. 135 Feb2004.
12. Martins ME: Vaginal birth after cesarean section. *Clin Perinatol* 1996; 23(1): 141-153.
13. Guise JM, Denman MA, Emeis C et al. Vaginal birth after cesarean, New insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2010; 115(6):1267-78.
14. Academia Nacional de Medicina, Caracas, Venezuela. *Boletín ANM*. Faneite P. Julio 2010. Año 2, Nº 19. II-152.
15. Cahill A, Tuuli M, Odibo A, Stamilio D, Macones G. "Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success." *BJOG* 2010.
16. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for vaginal birth after previous desarean birth: No. 155. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005;27:164-74.

VIII. ANEXOS

8.1 DOCUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

1. EDAD	Menor de 15 a	
	15 a 19 años	
	20 a 24 años	
	25 a 29 años	
	30 a 34 años	
	Mayores de 35	
2. ESTADO CIVIL	Casada	
	Soltera	
	Unida	
	Viuda	
3. OCUPACION	Secretaria	
	Maestra	
	Operaria	
	Ama de casa	
	Otros	
4. RELIGION	Evangélica	
	Católica	
	Mormona	
	Testigo de Jehová	
	No religión	
5. RESIDENCIA	Zona de Capital	
	Departamento	
6. ESCOLARIDAD	Ninguna	
	Primaria	
	Secundaria	
	Diversificado	
	Universitario	
7. TIPO DE PARTO	Cesárea	
	Vaginal	
8. REQUISITOS PARA PRUEBA DE PARTO VAGINAL	1. Paciente acepta	
	2. Periodo intergenésico	
	3. Cesárea documentada	
	4. no complicaciones	
	5. no repite indicación	
	6. peso fetal y situación adecuada	
9. COMPLICACIONES	Ruptura Uterina	
	Hipoxia Fetal	
	Muerte fetal	
	Muerte materna	

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“PRUEBA DE PARTO VAGINAL CON CESÁREA ANTERIOR, QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE MEDIANO RIESGO”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.