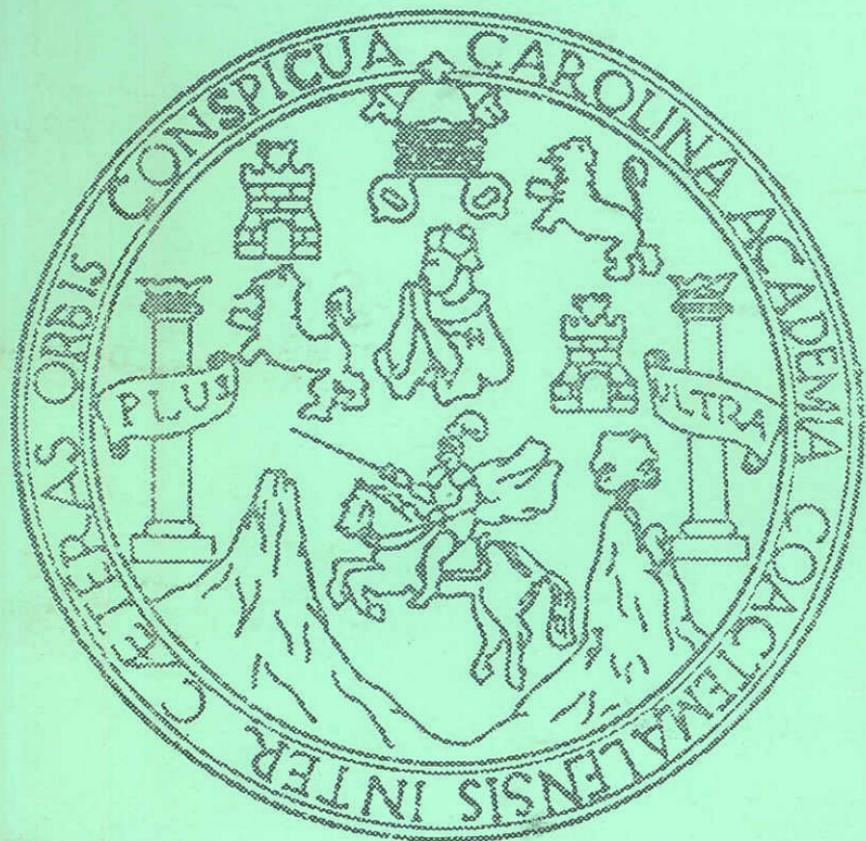


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

" EVOLUCION DE LA LABOR Y COMPLICACIONES
DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON
ANTECEDENTE DE CESAREA "



GUILLERMO EMILIO AVILA VALLE

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	4
IV.	OBJETIVOS	5
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI.	METODOLOGIA	24
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	27
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	41
IX.	CONCLUSIONES	46
X.	RECOMENDACIONES	47
XI.	RESUMEN	48
XII.	BIBLIOGRAFIA	50
XIII.	ANEXOS	53

I. INTRODUCCION

El parto vaginal con antecedente de cesárea es un procedimiento seguro que no implica necesariamente cambios importantes en la evolución materno fetal durante el embarazo y el trabajo de parto, así como mayor riesgo de complicaciones asociadas al mismo en relación a las pacientes que no presentan este antecedente. Sin embargo, para lograr éxito en este tipo de procedimiento es muy importante una adecuada selección de las pacientes y un manejo cauteloso durante la labor, así como prever y conocer las complicaciones mas frecuentes, asociadas a estos casos.(15,17,21).

En países occidentales existen diversos estudios que confirman la seguridad de este procedimiento, lo que ha llamado la atención de muchos obstetras, reduciendo de esta forma el porcentaje de cesáreas practicadas bajo la doctrina "después de cesárea, siempre cesárea". Sin embargo, en Guatemala, no se cuenta con suficientes estudios que confirmen tal seguridad y que además, propongan criterios adaptables a nuestro medio para el manejo de nuestras pacientes.(10,15).

Este estudio trata sobre la evolución de la labor y complicaciones del parto vaginal con antecedente de cesárea en el Hospital general San Juan de Dios durante el periodo de enero de 1997 a junio de 1999, encontrándose 896 casos de los cuales fueron evaluados los antecedentes obstétricos como paridad, número y condiciones de las cesáreas previas, además de datos sobre el trabajo de parto como tiempo de rotura de membranas ovulares, tipo de parto, uso de medicamentos durante el mismo, necesidad de transfusión o de unidad de cuidado crítico materno y fetal, estado del recién nacido valorado por la puntuación de APGAR y determinación de las complicaciones materno fetales más frecuentemente encontradas; obteniéndose datos que pueden ser utilizados para la formulación de criterios de manejo para realizar eficazmente este procedimiento y disminuir las complicaciones asociadas, convirtiéndolo, de esta manera, en un procedimiento más seguro y económico que la repetición de una nueva cesárea.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El parto por cesárea se define como el nacimiento de un feto a través de incisiones en la pared abdominal y uterina.(24).

En las últimas tres décadas ha habido una tendencia a incrementar el porcentaje de partos por cesárea, pasando de un 4.5% en 1965 a un 25% aproximadamente en 1,990 en países occidentales incluyendo EUA.(24).

La literatura reporta, que, aproximadamente la mitad de partos por cesáreas son debidos a cesáreas anteriores y a distocias o falta de progresión en el trabajo de parto.(19).

La antigua doctrina establecida por Craigen en 1916 "después de cesárea siempre cesárea", ha contribuido, junto con el aumento en el número de demandas médico legales, entre otras causas, al incremento de la tasa global de dicha operación. Sin embargo, es de considerar que para el tiempo en el que fue dictada tal doctrina, se practicaba, en la mayoría de pacientes, incisiones corpóreas o clásicas, en las cuales el riesgo de complicaciones, incluyendo rotura uterina en gestaciones ulteriores, es muy elevado.(10,14).

En la práctica de la obstetricia moderna, existen muy pocas indicaciones para realizar este tipo de incisión, y en mayor número de casos, se realizan incisiones en el segmento inferior del útero, que reducen significativamente el riesgo de complicaciones de todo tipo; brindándoles un mejor porvenir obstétrico a las pacientes con antecedente de cesárea.

A pesar, de demostrada la seguridad del parto por cesárea, se sabe que el riesgo relativo de morbi-mortalidad materna respecto a un parto vaginal es 2 a 10 veces mayor. Las principales causas de morbilidad son la endometritis, las hemorragias, las infecciones del tracto urinario y los eventos tromboembólicos no fatales. Estos factores, así como el tiempo de recuperación incrementado asociado a las cesáreas, resultan en una duplicación de los costos en relación al parto vaginal.(24). Por lo que se ha intentado eliminar la doctrina de Craigen, al dar oportunidad de parto vaginal, más inocuo, a pacientes con este antecedente; este ha demostrado ser exitoso según diversos estudios realizados en otros países, los que indican adecuada

evolución en el 60 a 80% de los casos, mismos en los que se han incluido pacientes con más de una cesárea así como multiparas, demostrando ser procedimientos seguros.(6,11,15,20). Sin embargo, en Guatemala no se cuenta con suficientes estudios respecto al tema y no se conoce con claridad datos de evolución, éxito y complicaciones del trabajo de parto con este antecedente, el cual, en otros países y en condiciones socio-culturales distintas podrían eventualmente evolucionar de otra manera.

III. JUSTIFICACION

El parto por cesárea es una operación segura que no implica mayor riesgo tanto para la madre como para el feto, se ha convertido en la operación más frecuentemente realizada en países como E.U.A., su frecuencia se ha incrementado en las últimas décadas considerablemente. Sin embargo, a pesar de su relativa seguridad, el parto por cesárea respecto al parto vaginal implica mayores riesgos maternos de complicaciones así como un impacto económico importante, costando más del doble de lo que este último podría costar.

Uno de los factores que ha incrementado la frecuencia de cesáreas en el mundo es el operar a paciente con este antecedente por temor a complicaciones y consiguientes demandas medico legales.

Muchos médicos en su afán de reducir la tasa de cesárea, han vuelto su atención al trabajo de parto con este antecedente, el cual, ha demostrado ser un procedimiento seguro que implica menos riesgos para la madre y disminución de costos de atención hospitalaria, no demuestra además, cambios importantes en la evolución del recién nacido.

Sin embargo este procedimiento requiere de una cuidadosa selección de las pacientes, asesoramiento de las mismas, así como de un monitoreo materno fetal antes, durante y después del trabajo de parto, ya que si no se aplican normas y criterios adecuados en la atención de las mismas, este tipo de procedimiento, aparentemente seguro en otras partes del mundo, podría tener repercusiones muy graves incluyendo un desenlace fatal para la madre o el producto.

Este estudio pretende entonces, establecer criterios y normas tanto en la selección como en la atención intra y post parto de las pacientes, a las que se les intenta dar parto vaginal y que tienen antecedente de cesárea en hospitales nacionales, en este caso el Hospital General San Juan de Dios, ya que no se cuenta con suficientes estudios de este tipo que demuestren los resultados de dicho procedimiento en nuestro país. Estos criterios se deberían intentar aplicar para minimizar el índice de complicaciones asociadas con este procedimiento, y reducir así, de manera eficaz, tanto los costos de atención, como el riesgo de someter a nuestras pacientes a una nueva operación cesárea. Proporcionándoles de esta manera, una opción de parto natural seguro.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

Determinar la evolución y complicaciones de las pacientes con antecedente de cesárea durante y después del parto vaginal en el Hospital General San Juan de Dios.

B. ESPECIFICOS:

1. Evaluar el efecto de la paridad sobre la evolución del trabajo de parto con antecedente de cesárea.
2. Comparar la evolución y la incidencia de complicaciones del parto vaginal en relación con el número de cesáreas previas.
3. Determinar el porcentaje de cesáreas en el Hospital general san juan de Dios.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

I. OPERACIÓN CESAREA

a) DEFINICION:

El parto por cesárea se define como el nacimiento de un feto a través de incisiones en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía). Esta definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en el caso de ruptura del útero o en el caso de embarazo abdominal. (24).

b) INDICACIONES

Los factores que condicionan la indicación de cesárea se pueden clasificar en 5 grupos:

- a. Obstáculos en el canal del parto.
- b. Factores que hacen peligroso el canal del parto.
- c. Terminación rápida del parto en interés de la madre.
- d. Terminación del parto en interés del feto.
- e. Distocia compleja.

Entre los obstáculos en el canal del parto se pueden mencionar: estenosis pelviana, situaciones y presentaciones fetales desfavorables, tumores previos, estenosis del cuello uterino o de la vagina y distocia de dilatación.

Son posibles varios factores que hacen peligroso el canal del parto, entre ellos: placenta previa, canal contaminado, fistulas urinarias o intestinales operadas con éxito, cáncer del cuello uterino, útero cicatrizal y procesos vulvovaginales hemorrágicos.

Existe un grupo de procesos patológicos que comprometen seriamente el estado general de la madre, entre estas afecciones cabe citar: eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, cardiopatía descompensada, amenaza de rotura uterina y enfermedades graves de la madre.

Hay múltiples causas fetales que pueden motivar la necesidad urgente de practicar una cesárea por ejemplo: sufrimiento fetal agudo, prociencia del cordón, muerte materna y necesidad de interrumpir el embarazo en los últimos meses o pasado el término.

Entre el grupo de distocias complejas corresponden una numerosa serie de casos en los que la cesárea es función de causas múltiples.(10).

Las cuatro indicaciones más frecuentes para parto por cesárea son: 1) cesáreas anteriores, 2) distocia o falta de progreso en el trabajo de parto, 3) presentación pelviana y 4) las realizadas en el interés del bienestar del feto.

Las cesáreas anteriores y las efectuadas por distocias del trabajo de parto representan, en conjunto, aproximadamente la mitad de estas operaciones y aunque no es posible catalogar exhaustivamente las indicaciones apropiadas para el parto por cesárea, más del 85% se realizan por los cuatro factores anteriormente mencionados.(24).

c) CONTRAINDICACIONES

En la práctica de la obstetricia moderna no hay virtualmente ninguna contraindicación absoluta para realizar la cesárea, teniendo en cuenta que su uso tampoco debe de ser indiscriminado.(10).

d) METODOS PARA DISMINUIR LAS TASAS DE CESAREA

Varios investigadores han documentado reducciones significativas en las tasas institucionales de cesáreas, sin que se registrara aumento de la morbilidad o mortalidad perinatal. Los programas destinados a reducir los partos por cesárea innecesarios, generalmente se centran en esfuerzos educacionales; con la promoción de intento de trabajo de parto después de cesáreas previas con incisiones transversas y la restricción de las cesáreas por distocias de trabajo de parto en mujeres que cumplan criterios estrictamente definidos. Estos esfuerzos, junto con una mayor comprensión del uso apropiado del monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal, reducirán aún más la frecuencia de parto por cesárea.(24).

2. TIPOS DE CESAREA UTILIZADOS EN LA ACTUALIDAD

a) CESAREA SEGMENTARIA:

Para una presentación cefálica, en la mayoría de las ocasiones, una incisión transversa a nivel del segmento uterino inferior representa la intervención de elección. Generalmente la incisión transversa:

1. Provoca una menor pérdida de sangre.
2. Resulta más fácil de reparar.
3. Está localizada en un lugar con menos tendencia a la rotura en el embarazo posterior.
4. No permite adherencias del intestino o del epiplón al lugar de la incisión.(24).

a.1) COMPLICACIONES:

Pueden ser inmediatas o tardías, refiriéndonos a las que se producen durante la operación o después de un tiempo practicada la misma.

Entre las complicaciones inmediatas o transoperatorias está la lesión de la vejiga, que se repara mediante sutura en dos planos, a lo que se añade la colocación de una sonda permanente durante diez días.

La más frecuente e importante de las complicaciones inmediatas es la hemorragia, la cual puede originarse en la superficie de sección del segmento o en el sitio de inserción placentaria; también puede producirse una hemorragia si la herida uterina transversal se extiende hacia el costado del útero y aún hacia su cara posterior interesando la arteria uterina. La serosa visceral y con ella la vejiga, pueden estar muy adheridas u ofrecer venas de gran calibre en vecindad, las cuales, pueden llegar a producir, en determinado momento, una hemorragia.

La delgadez del segmento expone a que se lesione al niño durante la apertura del mismo.

Entre las complicaciones tardías, la mas importante es la peritonitis, por contaminación primaria durante el acto operatorio, o por propagación secundaria desde la cavidad uterina contaminada.

Hoy rara, la oclusión intestinal casi siempre es secundaria a una reacción peritoneal (ileo paralítico).

Otras complicaciones tardías pueden ser adherencias útero-placentarias, bridas o adherencias que pueden ocasionar una oclusión intestinal mecánica tardía. Son frecuentes las diástasis de los rectos y las eventraciones consecutivas a la mala cicatrización de la pared a causa de absesos o hematomas.(10).

b) CESAREA CORPOREA:

La denominada incisión cesárea clásica o corpórea, es una incisión vertical en el cuerpo del útero por encima del segmento inferior que alcanza el fondo. La incisión uterina se practica en la línea media en la cara anterior. Por esta razón la protección peritoneal es menor y al residir en la zona activa del útero las molestias postoperatorias son mayores, así como la posibilidad de una rotura en gestaciones ulteriores.(10,24).

b.1) INDICACIONES

La operación clásica corpórea es una operación que prácticamente no tiene razón de ser. Su abandono es general. En la actualidad, sólo cabe emplearla en la cesárea post mortem, cuando sea imposible el abordaje del segmento inferior (miomas, adherencias, etc.), en la situación transversa irreducible, o cuando existe un cáncer cervical invasor.

En conjunto, las cifras de cesáreas corporales no debe de llegar en la actualidad al 1% de todas las cesáreas.(10).

3. ELECCION DE LA TECNICA SEGÚN LAS CONDICIONES Y LA INDICACION

Una vez afirmado que, en la actualidad, la cesárea segmentaria transperitoneal es la técnica que debe usarse con más frecuencia, pasemos a discutir las excepciones a esta regla, estos casos son los siguientes:

- a. En la situación transversa, abandonada del feto, la incisión segmentaria puede quedar abajo del anillo de contracción, por encima del cual se hallará el feto.
- b. En el cáncer del cuello, podrá ser útil y conveniente alejarse de la zona neoplásica siempre séptica.
- c. En la inserción baja de la placenta, si el operador teme el abordaje a través del segmento inferior.
- d. En la cesárea post mortem.
- e. En la cesárea practicada en el pretérmino, sin haberse formado aún el segmento inferior.(10).

4. PORVENIR OBSTETRICO DE LAS MUJERES OPERADAS DE CESAREA

Durante muchos años se supuso que, el útero cicatrizal contraindicaba el trabajo de parto debido al temor de ruptura uterina. En realidad, con una incisión uterina clásica, alrededor del 12% de mujeres sufrirá ruptura uterina si se hace un intento de trabajo de parto. Un tercio de mujeres con cesárea clásica sufrirá ruptura uterina antes del trabajo de parto.(24).

Hubo un tiempo en que, para un sector notable de tocólogos, imperó la conocida fórmula de una vez cesárea, siempre cesárea. Era comprensible esta actitud, debido que en la época en la que fue dictada tal sentencia se hacían cesáreas clásicas. Sin embargo, en los últimos 15 años, se han realizado varias pruebas que demuestran la relativa seguridad de un intento de trabajo de parto en mujeres con incisión cesárea transversa baja, y desde la generalización de la misma, es factible conseguir partos posteriores por vía vaginal, cuando no se presenten las circunstancias desafortunadas que obligaron a la cesárea previa (sufrimiento fetal, distocia de dilatación, presentación fetal anómala, etc).

El tocólogo únicamente se ve en la obligación de reiterarlas cuando se trata de distocias permanentes, del tipo de la estenosis pelviana.(10).

Actualmente, alrededor de la mitad de las mujeres elegibles para intentar un trabajo de parto escogen esta opción, con una tasa de éxito del 60 al 82%.(3).

Formular un pronóstico en estas pacientes y decidirse ante un nuevo embarazo por una vía u otra exige valorar ciertos factores:

a. Motivo de la primera cesárea:

La causa de la primera cesárea puede persistir (estenosis pelviana) o haber desaparecido (placenta previa, sufrimiento fetal, etc.). En el primer caso se optará por la reiteración, y en el segundo por la vía vaginal.

b. Tipo de cesárea previa:

La técnica de la primera operación cesárea es un dato importante. Si se efectuó una cesárea corporal, el pronóstico para la vía baja es reservado, no así si se trata de una cesárea segmentaria.

c. Accidentes y curso postoperatorios:

Algunos antecedentes son decisivos, los cuales son de fácil conocimiento cuando la cesárea se practicó en el mismo servicio, pero es difícil o imposible si tuvo lugar en un ambiente más o menos lejano al nuestro, entre estos datos se encuentran: horas de parto y bolsa rota antes de la decisión operatoria, dificultades en la intervención, tipo de sutura, equipo operatorio que la efectuó, lugar de implantación de la placenta, curso postoperatorio y rotura uterina entre otros.

d. Condiciones de la gestación anterior:

Las circunstancias que rodean la gestación posterior a la cesárea son de notable interés para el tocólogo que intenta precisar las posibilidades de un parto vaginal, entre ellas cabe considerar: Psiquismo de la paciente, condiciones de la pelvis, volumen fetal, presentación fetal anómala, localización placentaria, factores distintivos de la gestación actual como hidramnios, gemelaridad, etc.

En suma, el estudio de todos estos factores, junto con la información que se posea de la primera intervención, inclinará la decisión en un sentido u otro.(10).

5. PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTE DE CESAREA

El trabajo de parto con antecedente de cesárea es hoy frecuente, y a menudo ocurre sin contratiempos. La seguridad de tales partos vaginales se ha ratificado en casi todos los casos. La atención eficiente del trabajo de parto y la labor en mujeres con cicatrices uterinas requiere una cuidadosa selección, preparación y atención de la paciente.

Conforme aumenta la experiencia del trabajo de parto con antecedente de cesárea se reafirma su seguridad.(15,17,21).

6. CONDICIONES PARA PERMITIR UN PARTO VAGINAL POST-CESAREA

Las siguientes son las condiciones que debería de cumplir una paciente a la que se le dará prueba de parto vaginal y que tiene antecedente de cesárea:

- a. Intervención anterior bien ejecutada, sin complicaciones post-operatorias y con una incisión segmentaria transversal.
- b. No persistir la indicación de cesárea anterior.

c. Intervalo mínimo de 2 años entre la cesárea anterior y el nuevo parto.

d. Gestación actual normal, sin signos de sobredistensión, con feto de tamaño aceptable y en presentación cefálica, aunque existen estudios en los cuales se ha dado prueba de parto a pacientes con antecedente de cesárea y fetos supuestamente macrosómicos, embarazos gemelares, presentación de nalgas, con éxito del 69% de fetos macrosómicos, 75% en embarazos gemelares y 100% en presentación de nalgas. Además, es aconsejable contar con un ultrasonido que precise que la placenta no se asiente sobre la cicatriz previa.

e. Ausencia de patología obstétrica o médica asociada.

f. Realizar el parto en un medio quirúrgico adecuado y por personal competente.

g. Si es preciso inducir el parto, la paciente y el feto deben ser monitorizados adecuadamente por personal capacitado.

h. Control estricto del parto, con monitorización electrónica continua.

(1,10)

7. **RIESGOS MATERNOS**

Los riesgos maternos por trabajo de parto con antecedentes de cesárea se relacionan sobre todo con grados variables de separación de la cicatriz uterina y hemorragia vinculada. Hay innumerables informes sobre los beneficios y seguridad de tales partos vaginales. En una prospectiva reciente, en un ensayo multicéntrico, que incluyó más de 5000 mujeres con intento de trabajo de parto, se observó rotura uterina en menos del 1 por ciento. Aunque existen comunicaciones ocasionales acerca de catastróficas dehiscencias de cicatrices, los datos disponibles no apoyan la conclusión de que la dehiscencia de la cicatriz sea más frecuente en mujeres que son sometidas a un intento de trabajo de parto con antecedente de cesárea. Hasta que datos adicionales permitan la identificación precisa de las mujeres con riesgo de dehiscencia de la cicatriz, parece razonable aconsejar un intento de trabajo de parto en la mayoría de las mujeres con cicatriz transversa baja. (12,15,21,24).

Se revisaron 31 estudios publicados en torno a la seguridad del parto vaginal con antecedente de cesárea, y se realizó un metaanálisis utilizando aquello cuya estructura lo permitía. En comparación con pacientes que tuvieron una cesárea electiva de repetición, la tasa de morbilidad febril materna en mujeres a quienes se les hizo prueba de parto fue de 0.5 veces menor, con un intervalo de confianza del 95%. La tasa de dehiscencia y rotura uterina no fue mayor en aquellas con prueba de trabajo de parto que en las sometidas a cesárea de repetición electiva. (15).

El predictor más firme de la seguridad del trabajo de parto con antecedente de cesárea es la localización de la cicatriz de ésta. Las mujeres que sufrieron una incisión vertical en el segmento uterino, así como las que tuvieron incisión en T o clásica, tienen mayor riesgo de rotura del órgano antes y durante el trabajo de parto. Así también los riesgos aumentan en las mujeres multíparas a quienes se les da prueba de parto vaginal y tienen antecedente de una cesárea, necesitando una supervisión estricta del embarazo, parto y post-parto. (11,15).

La implantación de la placenta sobre una cicatriz de incisión uterina puede predisponer a anomalías de inserción placentaria. Se han señalado trastornos como placenta acreta, increta, percreta en la región de la cicatriz. Sin embargo, se trata de un trastorno que pudiera complicar la prueba de trabajo de parto o la cesárea electiva de repetición. En suma hay demostración convincente de que el parto vaginal con antecedente de cesárea es más seguro para la madre que el quirúrgico. (13,14,15).

8. **RIESGOS FETALES**

El riesgo adicional para el feto de una mujer con incisión uterina previa se vincula con rotura del útero y hemorragia; La localización de la incisión uterina es un factor importante no sólo en cuanto al riesgo materno, sino también al fetal. Después de la rotura de una cicatriz transversa segmentaria baja no suele haber signos de sufrimiento fetal. Raras veces se expulsa hacia la cavidad abdominal. Mas a menudo, la hipovolemia materna por hemorragia que es gradual en rotura de cicatrices transversas bajas, y no tan rápida o espectacular en las cicatrices segmentarias. Casi todos los investigadores informan que la morbilidad y mortalidad perinatales son equivalentes en pacientes con antecedentes de incisión uterina, independientemente de

la vía del parto. Dichos estudios muestran que los niños nacidos por cesárea tienen más riesgo de enfermedad respiratoria comparado con los niños nacidos por vía vaginal, en los cuales se incrementa el riesgo de sepsis, en ambos casos las madres tenían antecedente de cesárea.(5,13,15,16).

En un metaanálisis, reciente, después de corregir los datos con respecto a muertes prenatales, anomalías congénitas y fetos con peso muy bajo al nacer, la mortalidad perinatal fue similar en el grupo con prueba de trabajo de parto y en el de cesárea electiva (tres en mil, comparada con cuatro en mil, respectivamente).

En dos estudios acerca de mujeres con rotura uterina, sin grupo control, se informó de la mala evolución neonatal y muerte. Sin embargo, en estudios con grupo control, no parece haber una incidencia estadísticamente mayor de mortalidad y morbilidad por trabajo de parto con antecedente de cesárea. Ciertamente hacen falta estudios adicionales con respecto a la evolución fetal, porque casi todos los publicados se refieren a complicaciones maternas.(15,23).

9. ÉXITO DEL TRABAJO DE PARTO CON ANTECEDENTE DE CESAREA

En mujeres cuya primera cesárea se realizó con una indicación no recidivante, la incidencia de un ulterior parto vaginal satisfactorio es similar a la incidencia global de parto vaginal en pacientes sin dicho antecedente. Si la tasa primaria de cesárea en una institución particular es de 12%, las parturientas con trabajo de parto y antecedente de cesárea tienen una probabilidad del 88% de éxito cuando la misma se hizo por una indicación no recidivante. Esto presupone que las pacientes en trabajo de parto con antecedente de cesárea se tratan de manera similar a aquellas sin cicatriz uterina, siempre y cuando las primeras sean cuidadosamente elegidas y cumplan con los requisitos ya mencionados para dar dicha prueba.

El tener más de una cesárea no parece modificar mucho la culminación del parto, de la misma manera, el hecho de ser gran múltipara, estudios evidencian éxito en la evolución de la labor en el 66% de casos de grandes múltiparas con antecedente de cesárea, así también, la tasa global de parto satisfactorio después de una, dos o tres

cesáreas fue similar en un estudio hecho en California: 73.9%, 76.8% y 71.4%, respectivamente.(1,6,11,15,20).

10. PREPARACION PARA EL TRABAJO DE PARTO CON CESAREA PREVIA

La mujer más apta para un trabajo de parto con cesárea previa, es aquella que ha sido debidamente preparada. La atención óptima intraparto se inicia con la preparación de la paciente desde la primera consulta prenatal.

10.a) SELECCIÓN DE LA PACIENTE:

El axioma "después de una cesárea puede ocurrir parto vaginal", deberá guiar el criterio inicial de cualquier médico. Una descripción detallada de la cesárea anterior ayudará al clínico no sólo a seleccionar a las pacientes adecuadas para prueba de parto y valorar el grado de riesgo vinculado. Además, también, les permitirá a las pacientes expresar preocupaciones con respecto a la experiencia anterior.

Los riesgos relativos que deben tomarse en cuenta en el trabajo de parto con antecedente de cesárea en ciertas circunstancias clínicas son los siguientes:

1. Contraindicación del trabajo de parto:
 - a. Cicatriz cervical, que incluye el segmento activo del útero.
 - b. Cicatriz en forma de T.
2. Trabajo de parto con muy bajo riesgo:
 - a. Antecedente de una cesárea segmentaria baja transversa.
3. Trabajo de parto con mayor riesgo:
 - a. Dos o más cesáreas segmentarias bajas previas.
 - b. Cicatriz de tipo desconocido.
 - c. Cicatriz vertical baja.
 - d. Embarazo gemelar.
 - e. Macrosomía fetal.

a) Dos o más cesáreas previas:

Los investigadores que comunican resultados de grandes números de pacientes en trabajo de parto con antecedente de cesáreas incluyeron aquellas con dos o más y no pudieron encontrar un mayor

riesgo. Por lo tanto, las mujeres con mas de una cesárea previa no deben ser desanimadas del intento del trabajo de parto, aunque los datos referentes a los riesgos y beneficios exactos no sean tan amplios, estos comunicaron un riesgo insignificamente incrementado en mujeres con trabajo de parto después de 2 cesáreas previas en comparación con las que tenían solamente una. Las mujeres con múltiples incisiones por cesárea se encuentran en un riesgo mayor de histerectomía debido a una mala adherencia placentaria. En un estudio se encontró que mujeres con cesárea iterada tenían tres veces más riesgo de sufrir una histerectomía en comparación con las que tenían una incisión con cesárea primaria, no importando la vía de resolución del embarazo. Sin embargo, vale la pena anotar que casi todos los estudios de mujeres en trabajo de parto y con antecedente de más de una cesárea incluyen muy pocas pacientes para valorar su seguridad.(3,5,7).

b) Cicatriz desconocida:

Se ha demostrado que el riesgo es, en realidad bajo, cuando se desconoce el tipo de incisión uterina, porque la mayor parte de tales incisiones son cervicales transversas bajas. Si la indicación de cesárea anterior hace suponer que requirió incisión clásica o fúndica, por situación transversa o presentación pélvica pretérmino, pudiera ser prudente repetir la cesárea.(15).

c) Cicatriz Vertical Baja:

Teóricamente, si la incisión vertical baja se hizo en el segmento uterino inferior, el riesgo es similar al de la incisión transversa. Sin embargo, cuando la incisión vertical baja se hizo en un segmento uterino inferior no desarrollado, o se extendió hacia el segmento activo del útero, es riesgo tal vez sea mayor, en algunos casos similar al de las incisiones de tipo clásico.(15).

d) Embarazo Gemelar:

Es de esperar que la sobredistención del útero grávido, como ocurre en el embarazo gemelar, predisponga a la rotura uterina. No obstante se han hecho varios estudios en los cuales se demuestra relativa seguridad de la prueba de parto vaginal en embarazo gemelar con antecedente de cesárea, un estudio reciente evidencia un éxito del 75% de los mismos, sin reportes de muertes maternas.(1,15).

e) Macrosomía:

La sospecha de macrosomía no parece ser contraindicación del trabajo de parto con cesárea previa. Un estudio evidencia éxito en el 69% de pruebas de parto vaginal con antecedente de cesárea sin reportes de casos fatales. Sin embargo, si existe sospecha de macrosomía fetal deberá considerarse e individualizarse cada caso con base en el cálculo del peso fetal y la pelvimetría materna.(1,15).

11. *ASESORAMIENTO DE LAS PACIENTES*

Después de obtener una historia clínica completa durante la atención prenatal, deberá tratarse el tema del éxito y la seguridad del trabajo de parto vaginal con antecedente de cesárea. También es bueno informar a la paciente del raro riesgo de rotura uterina y la todavía más rara posibilidad de histerectomía y mala evolución fetal. Durante estas conversaciones el médico puede conocer los planes de la mujer en cuanto a procreación futura, y en caso de que ocurriera rotura uterina, sabrá con cuanta energía procurará la conservación del útero.(15).

12. *ATENCION INTRAPARTO*

En mujeres con antecedente de cesárea, la atención del trabajo de parto no es necesariamente muy diferente de a de aquellas que no tienen cicatriz uterina, sobre todo cuando el riesgo de complicaciones es bajo.

1. Trabajo de parto con riesgo muy bajo:

Puesto que las mujeres con cesárea transversa baja y un nuevo embarazo no complicado desde otros puntos de vista tienen muy bajo riesgo de complicaciones intraparto, se puede tratar en general como cualquier paciente en trabajo de parto en espera de parto vaginal. Esto pudiera incluir:

- 1.a) Inicio de trabajo de parto en casa.
- 1.b) Tipo sanguíneo y revisión general al ingreso.
- 1.c) Vigilancia electrónica continua (monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal), o vigilancia frecuente en forma intermitente.
- 1.d) Tocometría externa.
- 1.e) Administración de líquidos intravenosos durante el trabajo de parto.
- 1.f) Aviso al personal de anestesia y obstetricia.

Puesto que el signo de presentación más común de la rotura uterina es una frecuencia cardíaca fetal anormal, la vigilancia de esta durante el trabajo de parto puede ser el elemento más importante de asistencia. Este esquema de atención ha resultado eficaz cuando se dispone del personal de anestesiología, obstetricia y banco de sangre las 24 horas.

2. Trabajo de Parto de mayor riesgo:

En estas circunstancias procede una vigilancia más intensiva, que incluye:

- 2.a) Canalización de una vena al ingreso.
- 2.b) Obtención de tipo de sangre y prueba de compatibilidad.
- 2.c) Vigilancia electrónica fetal continua.
- 2.d) Tocometría externa, con vigilancia intrauterina de las contracciones, cuando es posible.
- 2.e) Ayuno durante el trabajo de parto.
- 2.f) Aviso al personal de anestesia y obstetricia.

La rotura del útero durante el trabajo de parto se vincula con pérdida del aumento de la presión intrauterina que se observa durante la contracción. Por ello, en las pacientes con mayor riesgo de rotura uterina deberá colocarse un catéter de presión intrauterina tan pronto se rompan las membranas. Sin embargo, en nuestro país no se utiliza dicha técnica.(15).

13. EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO

La evolución del trabajo de parto en estas pacientes es similar al de las pacientes nulíparas sin antecedente de cesárea. Sin embargo, deben ser cuidadosamente monitorizadas, ya que, por tener cicatriz uterina previa, tienen mayor riesgo de dehiscencia de la misma o rotura uterina, así como mayor incidencia de adherencia placentaria inadecuada con hemorragia subsecuente; por lo demás no parece existir diferencias significativa en la duración del trabajo de parto así como en el porcentaje de pacientes que requieren oxitocina o analgesia en relación a las pacientes sin antecedente de cesárea.(15,24).

13.a) DISFUNCION UTERINA:

El trabajo de parto prolongado con o sin agotamiento materno tiene como consecuencia el aumento de infecciones puerperales y fetales repercutiendo en la elevación de la mortalidad materno-infantil

si no se le brinda la atención necesaria. Sin embargo, aunque un estudio evidencia prolongación ligera del trabajo de parto con antecedente de cesárea en comparación con el que no lo presenta, no hay datos suficientes como para considerar este como factor asociado a disfunción uterina. La estenosis pelviana y la mala posición fetal son la causa más frecuente de la misma.(8,24).

13.b) USO DE OXITOCINA Y ANESTESIA REGIONAL:

El uso de oxitocina para inducción o conducción del trabajo de parto no está contraindicado en mujeres con antecedente de cesárea a quienes se les realiza prueba de trabajo de parto. Al utilizar este fármaco será prudente hacer una vigilancia óptima de las contracciones para evitar complicaciones producto de la hiperestimulación. En una serie se condujeron 84.5% de pacientes con antecedente de cesárea sin reportar complicaciones.(1).

La anestesia epidural, al igual que la oxitocina, no está contraindicada en mujeres con antecedente de cesárea a quienes se les realiza prueba de trabajo de parto. Sin embargo, el uso de estos se asocia, según estudios, a fallo de la labor y a rotura uterina en mayor incidencia.(15,22).

14. COMPLICACIONES ASOCIADAS

La complicación más temible asociada a el trabajo de parto con antecedente de cesárea es la rotura uterina. La causa más frecuente de la misma es la cicatriz uterina previa seguida de la estimulación excesiva con oxitocina.

Otras complicaciones asociadas a cicatriz uterina previa son las producidas por la inadecuada implantación placentaria, dehiscencia de la cicatriz, así como complicaciones fetales secundarias a mala evolución en el trabajo de parto. No hay evidencia para pensar que otro tipo de complicaciones sean más frecuentes en este tipo de pacientes que en las que no tienen antecedente de cesárea.

Las complicaciones más frecuentemente observadas en el trabajo de parto e inmediatamente después de este, tanto maternas como fetales son las siguientes:

1. Hemorragia intra y post-parto secundaria a:

a. Lesiones del canal del parto

- Episiotomía amplia.
- Laceraciones del perineo, vagina o cérvix.

- Dehiscencia de cicatriz uterina.
- Rotura uterina.

b. Atonía uterina por:

- Efectos de anestesia general o de conducción.
- Miometrio escasamente perfundido (hipotensión de cualquier etiología).
- Utero hiperdistendido (hidramnios, fetos múltiples. feto grande).
- Después de un parto prolongado.
- Después de un parto muy rápido.
- Después de estimulación con oxitocina.
- Multiparidad.
- Hemorragia previa por disfunción uterina.
- Retención de tejido placentario.

c. Inversión uterina.

d. Defectos de la coagulación.

2. Infección puerperal (Endometritis, peritonitis, tromboflebitis, sepsis):

- a. Contaminación bacteriana.
- b. Traumatismos.
- c. Hemorragias (hematomas).

3. Complicaciones perinatales:

- a. Traumatismos.
- b. Riesgo de sepsis.
- c. Asfixia perinatal.
- d. Sufrimiento fetal agudo.
- e. Aspiración de meconio.

Las complicaciones maternas más frecuentemente asociadas al trabajo de parto son la atonía uterina y las lesiones del canal del parto. Sin embargo, la más catastrófica de todas y más frecuentemente asociada al trabajo de parto con antecedente de cesárea es la rotura uterina, por lo que merece un apartado en la presente revisión.(17,22,24).

14.a) DEHISCENCIA Y ROTURA UTERINA

Se entiende por dehiscencia de la cicatriz uterina, a la abertura de la cicatriz previa, con integridad del peritoneo visceral suprayacente, sin expulsión del contenido uterino. La rotura incompleta, es una abertura de una cicatriz previa pero no del

peritoneo suprayacente, con expulsión extraperitoneal del contenido intrauterino, y la rotura completa se refiere a la rotura de una cicatriz previa con el peritoneo suprayacente, con expulsión del contenido uterino hacia la cavidad peritoneal.(15).

Es un accidente del embarazo, o más frecuentemente del parto con grave repercusión sobre la madre y el hijo. La incidencia de rotura es de 0.3% o menor, asociada a incisiones desconocidas, uso de oxitocina, prostaglandinas, forceps, presentación anómala y multiparidad entre otros.(2,15,18).

14.a.1) Diagnóstico de rotura uterina:

El signo de presentación más frecuente de la rotura uterina es el sufrimiento fetal, el cual se presenta entre el 50 a 70% de los casos, el siguiente signo es el dolor uterino que persiste entre contracciones, localizado por lo general en el área donde se encontraba la incisión previa y que se presenta en el 60% de los casos, el 30% presenta hemorragia severa, otro 30% presentarán taquicardia materna e hipotensión un 20%. Otros signos y síntomas no tan frecuentes, son, pérdida de las contracciones uterinas, retroceso de la presentación y muerte fetal.(15,18).

Un pequeño porcentaje de pacientes no presentan signos o síntomas de rotura uterina, y el diagnóstico se hace cuando requieren cesárea por otras indicaciones.

14.a.2) Tratamiento de la dehiscencia y rotura de la cicatriz uterina:

a. Dehiscencia de la cicatriz uterina:

No hay datos que sugieran que la dehiscencia asintomática de la cicatriz uterina requiera reparación para su adecuada cicatrización. Casi todas estas dehiscencias son parciales y cicatrizan adecuadamente. Debe preocupar el caso ocasional de dehiscencia asintomática completa de la cicatriz uterina. Se requeriría intervención sólo en presencia de hipovolemia, hematócrito descendiente o hemorragia vaginal cuantiosa.(15).

b. Rotura de la cicatriz uterina:

Casi todos los casos de rotura de la cicatriz uterina requieren laparotomía durante el trabajo de parto o al inicio del post-parto. Puesto que estas mujeres suelen estar hipotensas e inestables, se

requiere la forma mas inmediata de corrección del problema. En el 50 a 90% de estos casos es factible la reparación de la rotura uterina. En otras, su extensión hacia los vasos del ligamento ancho, el daño excesivo del miometrio o vínculo con placenta acreta, hacen necesaria la histerectomía.

Si la rotura uterina incluye el segmento superior del útero, puede ser adecuada la esterilización por histerectomía o ligadura tubárica. Idealmente, esta posibilidad habrá sido tratada con la paciente antes de la laparotomía. La decisión de hacer histerectomía o ligadura tubárica deberá ser individual.(15).

En resumen, el parto por cesárea resulta ser muy conveniente, siempre y cuando existan las indicaciones para realizarlo. Hoy día, el antecedente de cicatriz uterina por cesárea no necesariamente deberá ser indicación de repetir la misma, ha menos que se desconozca el tipo de incisión previa así como que se repitiera la causa que dio origen a la primera cesárea.

La literatura reporta una morbilidad mas alta así como un aumento de los costos del parto por cesárea respecto al parto vaginal; por lo que se ha buscado establecer normas y conductas para brindarles a las pacientes la oportunidad de parto vaginal con antecedente de cesárea y no convertir la misma en indicación de una siguiente operación de este tipo.

Está bien documentado el beneficio del parto vaginal, sin embargo, en este tipo de pacientes se debe de tener un especial cuidado, siendo un requisito fundamental para lograr éxito, seleccionarlas adecuadamente y cumplir con los criterios establecidos, ya anteriormente mencionados, para minimizar los riesgos y las complicaciones que en determinado momento podrían acontecer.

Además de la cuidadosa selección de las pacientes, es necesario que el médico oriente y haga del conocimiento de las mismas los riesgos y beneficios a los que pueden llegar a ser sometidas al intentar una prueba de parto vaginal con antecedente de cesárea.

Cuando se discute sobre la evolución del trabajo de parto con antecedente de cesárea es importante tener presente que estas pacientes tienen más riesgo de defectos en la implantación

placentaria, así como de dehiscencia y rotura uterina, por lo que se debe monitorizar a las mismas cuidadosamente, así como también, el uso de oxitocina y analgesia debe ser cauteloso, ya que, por exceso de estimulación o relajación, podrían ocasionares lesiones en el útero o enmascarar el origen verdadero de hemorragias importantes en el mismo secundarias a la presencia de la cicatriz previa. Por lo demás, la evolución de estas pacientes no parece ser distinta a la de una paciente nulípara, si este fuera el caso.

Respecto a las complicaciones, hoy sabemos que la mayoría están relacionadas con la cicatriz uterina previa, y que pueden, si no se tiene el adecuado cuidado, progresar a grandes hemorragias que ocasionarian tanto la muerte materna como fetal. Quizá la más temible de estas sea la rotura uterina, la cual necesita tratamiento quirúrgico de urgencia, y puede ocasionarle a la paciente amputación de el órgano o complicaciones previamente mencionadas. No se debe olvidar que, producto del trabajo de parto, hay una gama muy amplia de complicaciones asociadas, tales como infecciones, hemorragias por rasgaduras, traumatismos fetales, etc. que pueden llegar a ocasionar efectos tan graves como la misma rotura uterina.

Por tanto, es menester tener una cuidadosa selección de las pacientes, así como un manejo adecuado y juicioso de la labor y prever cualquier tipo de complicaciones asociadas a el trabajo de parto con antecedente de cesárea, el cual, ha demostrado, que si se cumple con los requisitos anteriormente mencionados, es muy seguro y ventajoso respecto a la posibilidad de una nueva cesárea.

VI. MATERIALES Y METODOS

A. METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO:

- De acuerdo a la profundidad del estudio se realizará una investigación descriptiva.
- De acuerdo a la ubicación de los datos en el tiempo el estudio es de tipo retrospectivo.
- De acuerdo al método utilizado la investigación es de tipo no experimental.

2. UNIDAD DE ANALISIS:

Expedientes clínicos de mujeres que ingresaron con embarazo a término, trabajo de parto activo y antecedente quirúrgico de cesárea, a las cuales se les dio prueba de parto por vía vaginal; en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios de enero de 1997 a junio de 1999.

3. UNIVERSO DE ESTUDIO:

Total de expedientes clínicos de mujeres a quienes se les resolvió el embarazo y tenían antecedente de cesárea en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios de enero de 1997 a junio de 1999.

4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

Criterios de Inclusión:

- Los expedientes clínicos de pacientes ingresadas que tuvieron parto vaginal con antecedente de una o más cesáreas, con producto único o gemelar, sin discriminación de paridad.

Criterios de exclusión:

- Expedientes clínicos incompletos.

5. VARIABLES A ESTUDIAR:

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Parto vaginal	Independiente	Expulsión del feto y placenta vía vaginal	Se tomaran los registros clínicos de pacientes que tuvieron parto vaginal eutósico, distósico	Nominal (eutósico, distósico)
Cesárea	Dependiente	Extracción del feto y placenta a través de una incisión abdominal	Se tomaran los registros clínicos de pacientes con antecedente de cesárea previa: corporea o segmentaria	Numérica (Número de cesáreas)
Complicaciones Maternas	dependiente	Estado mórbido relacionado al trabajo de parto con antecedente de cesárea	Se realizara una revisión de los registros clínicos determinando la ausencia o presencia de hemorragia secundaria a trauma en el canal del parto, rotura y dehiscencia de cicatriz uterina, retención de restos placentarios, atonía e inversión uterina, además de, infecciones puerperales, trabajo de parto prolongado o precipitado y muerte materna.	Nominal (Nombre del tipo de complicación)
Complicaciones Fetales	Dependiente	Estado mórbido en el producto relacionado al trabajo de parto con antecedente de cesárea	Del registro clínico se determinará la presencia o ausencia de asfixia perinatal, sufrimiento fetal, presencia de meconio y muerte	Nominal (Nombre del tipo de complicación agregando el APGAR)

6. PLAN DE ANALISIS:

a) Se revisaran los expedientes clínicos de las pacientes que fueron atendidas en el Hospital general san Juan de Dios durante el periodo de enero de 1997 a junio de 1999, quienes hallan tenido parto vaginal con antecedente de cesárea. Llenándose la boleta de recolección de datos indagando sobre las siguientes variables:

a.1 Parto Vaginal: Estableciéndose como el antecedente de cesárea puede influir o no en la evolución de un parto vaginal.

a.2 Cesárea: Se analizará si el número de cesárea, la técnica utilizada, el lugar donde se realizo y la indicación de la misma, son factores que puedan influir en la decisión de médico para ofrecer o no el parto vaginal a sus pacientes.

a.3 Complicaciones Maternas: se determinará con que frecuencia y como el antecedente de haber tenido una cesárea previa puede aumentar el riesgo de complicaciones en la madre.

a.4 Complicaciones Fetales: se utilizará el APGAR del recién nacido para evaluar las condiciones del mismo, determinando si los factores que influyen en la evolución del trabajo de parto pueden afectar o no el bienestar del feto al ofrecerle a la madre un parto vaginal con antecedente de cesárea. Considerando además, la posibilidad de presentarse otras complicaciones.

7. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS Y TIPO DE TRATAMIENTO ESTADISTICO:

La información obtenida en la boleta de recolección de datos, se tabulará y en base a la misma se presentarán gráficas y datos estadísticos para analizar el problema y formular las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

B. RECURSOS:

a) Materiales:

a.1 Publicaciones y textos de obstetricia relacionados al tema.

a.2 Instalaciones del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.

a.3 Archivo médico del Hospital General San Juan de Dios.

a.4 Boleta de recolección de datos.

a.5 Registros clínicos de pacientes a estudio.

b) Humanos:

b.1 Personal del archivo médico del Hospital general san Juan de Dios.

VII

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE PACIENTES QUIENES TUVIERON PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTE DE CESAREA, EN EL HGSJDD* DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999

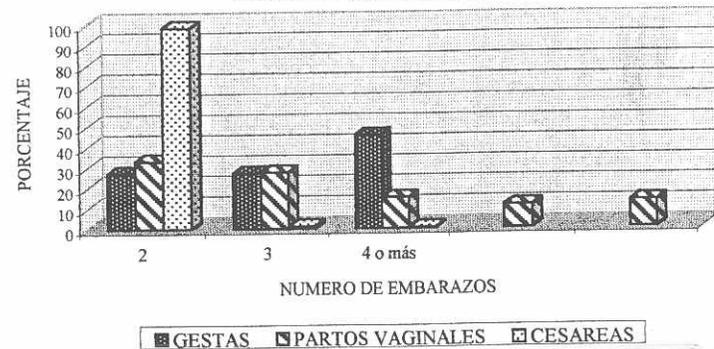
Número	GESTAS		PARTOS VAGINALES			CESAREAS		
	fr	%	Número	fr	%	Número	fr	%
2	24	27.22	Ninguno	297	33.14	1	881	98.32
3	244	27.22	1	248	27.64	2	11	1.26
4 o más	401	45.56	2	135	15.09	3	4	0.42
			3	99	11.16			
			4 o más	117	12.97			
Total	896	100	Total	896	100	Total	896	100

Fuente. Expedientes clínicos de Pacientes con parto vaginal y antecedentes de cesárea, del archivo médico del HGSJDD*

* Hospital General San Juan de Dios

GRAFICA No. 1

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DE PACIENTES QUIENES TUVIERON PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTES DE CESAREA, EN EL HGSJDD*, DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999



Fuente: Datos obtenidos del Cuadro No. 1

* Hospital General San Juan de Dios

CUADRO No. 2

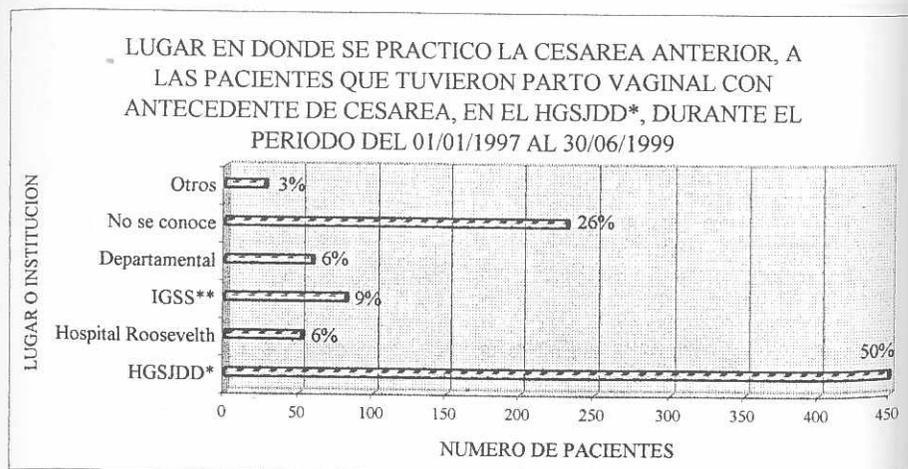
LUGAR EN DONDE SE PRACTICO LA CESAREA ANTERIOR A LAS PACIENTES QUE TUVIERON PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTE DE CESAREA, EN EL HGSJDD* DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/97 AL 30/06/99

Lugar o Institución	Número de Pacientes	Porcentaje
HGSJDD*	449	50.07%
Hospital Roosevelt	51	5.64%
IGSS**	81	9.02%
Departamental	58	6.48%
No se conoce	231	25.83%
Otros	26	2.96%
Total	896	100%

Fuente: expedientes clínicos de Pacientes con parto vaginal y antecedente de cesárea, del archivo médico del HGSJDD*

* Hospital General San Juan de Dios ** Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

GRAFICA No. 2



Fuente: datos obtenidos del Cuadro No. 2

* Hospital General San Juan de Dios ** Instituto Guatemalteco de Seguridad de Social

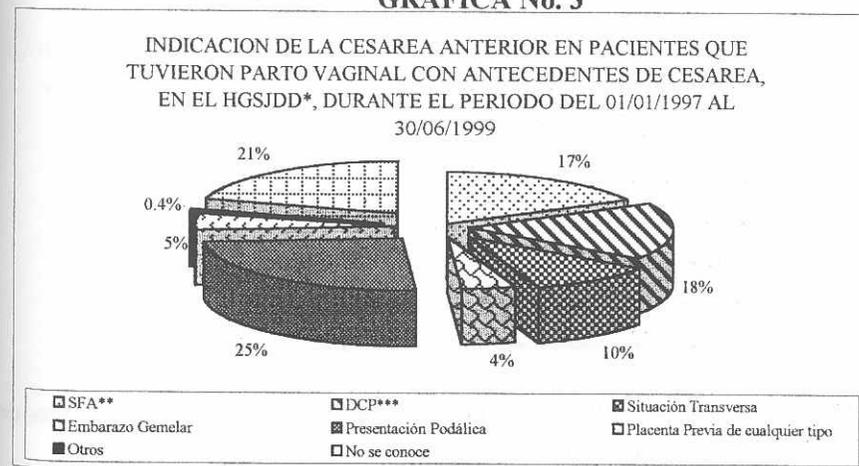
CUADRO No. 3

INDICACION DE LA CESAREA ANTERIOR EN PACIENTES QUE TUVIERON PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTES DE CESAREA EN EL HGSJDD* DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999

Indicación	Número de Pacientes	Porcentaje
SFA**	150	17%
DCP***	162	18%
Situación Transversa	92	10%
Embarazo Gemelar	34	4%
Presentación Podálica	227	25%
Placenta Previa de cualquier tipo	42	5%
Otros	4	0.4%
No se conoce	185	21%
Totales	896	100%

Fuente: Expedientes clínicos de Pacientes con parto vaginal y antecedentes de cesárea, del archivo médico del HGSJDD*

GRAFICA No. 3



Fuente. Datos obtenidos del Cuadro No. 3

*Hospital General San Juan de Dios **Sufrimiento Fetal Agudo ***Desproporcion Céfalo-pélvica

CUADRO No. 4

TIPO DE INCISION PRACTICADO EN LA CESAREA ANTERIOR EN PACIENTES QUE TUVIERON PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTE DE CESAREA, EN EL HGSJDD*, DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999.

Tipo de Incisión	Número de Pacientes	Porcentaje
Segmentaria	795	89%
Corporea	0	0%
No se conoce	101	11%
Total	896	100

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes con parto vaginal y antecedente de cesárea en el archivo médico del HGSJDD*

* Hospital General San Juan de Dios

CUADRO No. 5

MOMENTO DE RUPTURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES CON PARTO VAGINAL Y ANTECEDENTES DE CESAREA, EN EL HGSJDD*, DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999.

Momento de rotura	Número de Pacientes	Porcentaje
Anteparto	73	8%
Intraparto	823	92%
Total	896	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes con parto vaginal y antecedentes de cesárea en el archivo médico del HGSJDD*

* Hospital General San Juan de Dios

CUADRO No. 6

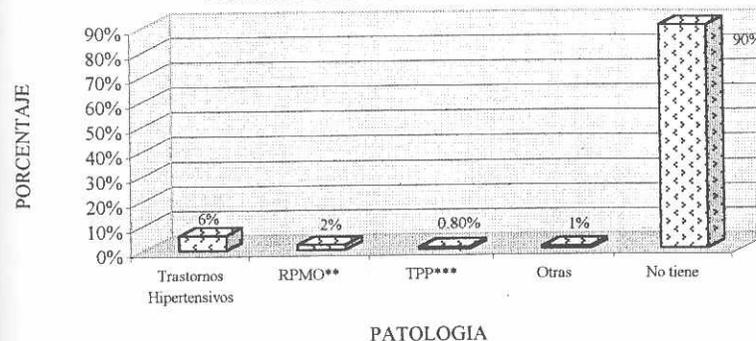
PATOLOGIA MEDICA U OBSTETRICA RELACIONADA AL EMBARAZO EN PACIENTES CONPARTO VAGINAL Y ANTECEDENTES DE CESAREA EN EL HGSJDD*, DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999

Patología	Número de Pacientes	Porcentaje
Trastornos Hipertensivos	55	6%
RPMO**	15	2%
TPP***	8	0.80%
Otras	11	1%
No tiene	807	90%
Total	896	100%

Fuente: Expedientes clínicos de Pacientes con parto vaginal y antecedentes de cesárea en el archivo médico del HGSJDD*

GRAFICA No. 6

PATOLOGIA MEDICA U OBSTETRICA RELACIONADA AL EMBARAZO EN PACIENTES CON PARTO VAGINAL Y ANTECEDENTES DE CESAREA EN EL HGSJDD*, DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999



Fuente: Datos obtenidos del Cuadro No. 6

* Hospital general San Juan de Dios ** Ruptura Prematura de Membranas Oculares

*** Trabajo de Parto Prematuro

CUADRO No. 7

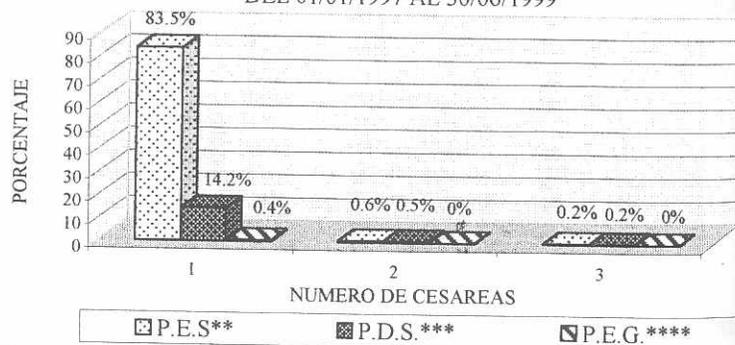
RELACION ENTRE EL TIPO DE PARTO Y EL NUMERO DE CESAREAS PREVIA EN PACIENTES QUE RESOLVIERON SU EMBARAZO POR VIA VAGINAL Y PRESENTARON ANTECEDENTES DE CESAREA, EN EL HGSJDD* EN EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999

Tipo de Parto	Pacientes		Número de Cesáreas					
			1		2		3	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
P.E.S**	757	84.44	749	83.59	6	0.67	2	0.22
P.D.S.***	135	15	128	14.29	5	0.57	2	0.22
P.E.G.****	4	0.44	4	0.44	0	0	0	0
Total	896	100	811	98.32	11	1.24	4	0.44

Fuente: Expedientes clínicos de Pacientes con parto vaginal y antecedentes de cesárea en el archivo médico del HGSJDD*

GRAFICA No. 7

RELACION ENTRE EL TIPO DE PARTO Y EL NUMERO DE CESAREAS PREVIA EN PACIENTES QUE RESOLVIERON SU EMBARAZO POR VIA VAGINAL Y PRESENTARON ANTECEDENTES DE CESAREA, EN EL HGSJDD*, EN EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999



Fuente: Datos obtenidos del Cuadro No.7

* Hospital General San Juan de Dios ** Parto Eutósico Simple ***Parto Distósico Simple
**** Parto Eutósico General

CUADRO No. 8

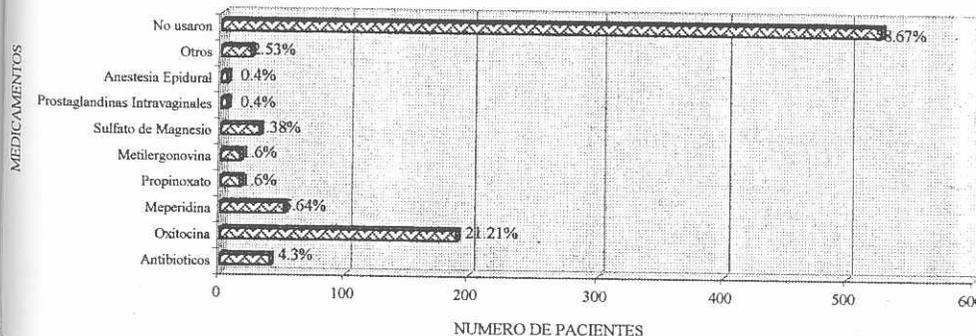
USO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESAREA QUE TUVIERON PARTO VAGINAL EN EL HGSJDD*, DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999

Medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Antibióticos	39	4.37%
Oxitocina	190	21.21%
Meperidina	50	5.64%
Propinoxato	15	1.67%
Metilergonovina	15	1.67%
Sulfato de Magnesio	30	3.38%
Prostaglandinas Intravaginales	4	0.44%
Anestesia Epidural	4	0.44%
Otros	23	2.53%
No usaron	526	58.67%
Total	896	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes con parto vaginal y antecedentes de cesárea en el archivo médico del HGSJDD*

GRAFICA No. 8

USO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES QUIENES TUVIERON PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTES DE CESAREA, EN EL HGSJDD*, DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999



Fuente: Datos obtenidos del Cuadro No. 8

* Hospital General San Juan de Dios

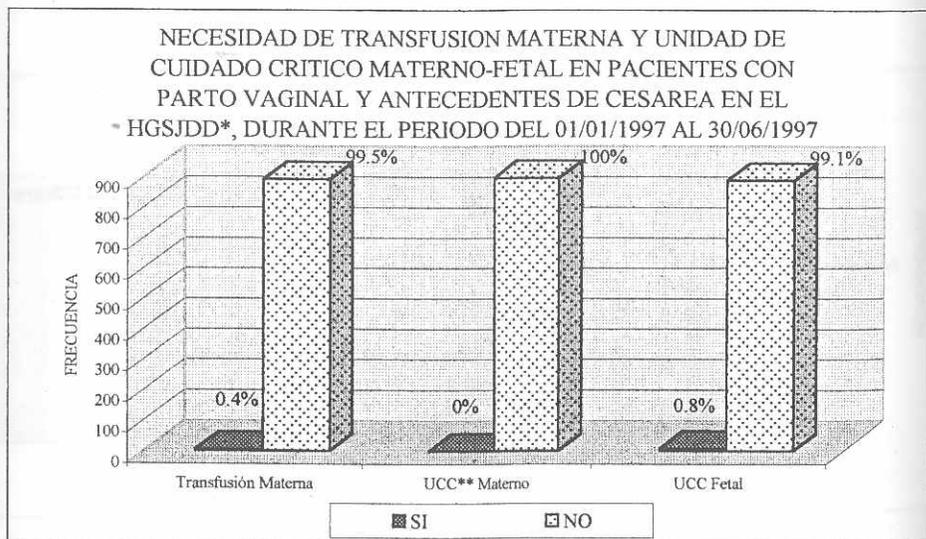
CUADRO No. 9

NECESIDAD DE TRANSFUSION MATERNA Y UNIDAD DE CUIDADO CRITICO MATERNO-FETAL EN PACIENTES CON PARTO VAGINAL Y ANTECEDENTES DE CESAREA, EN EL HGSJDD*, DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999

Tipo de Terapia	¿FUE NECESARIO				TOTAL	
	SI		NO			
	fr	%	fr	%	fr	%
Transfusión Materna	4	0.44	892	99.6	896	100
UCC** Materno	0	0	896	100	896	100
UCC Fetal	8	0.88	888	99.1	896	100

Fuente: Expedientes clínicos de Pacientes con parto vaginal y antecedentes de cesárea en el archivo médico del HGSJDD*

GRAFICA No. 9



Fuente: Datos obtenidos del Cuadro No. 9

* Hospital General San Juan de Dios ** Unidad de Cuidado Critico

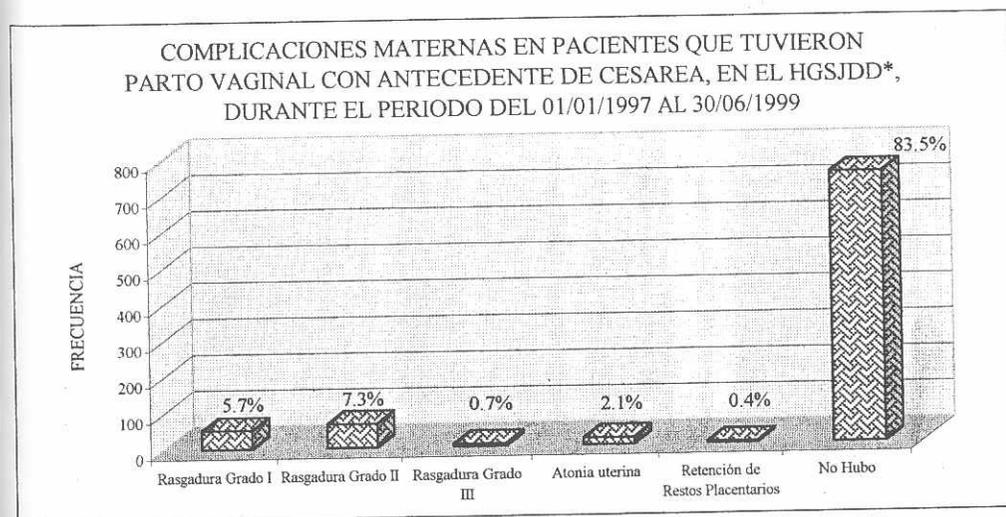
CUADRO No. 10

COMPLICACIONES MATERNAS EN PACIENTES QUE TUVIERON PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTES DE CESAREA, EN EL HGSJDD* DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999

Tipo de Complicacion	Frecuencia	Porcentaje
Rasgadura Grado I	51	5.70%
Rasgadura Grado II	66	7.39%
Rasgadura Grado III	7	0.77%
Atonia uterina	19	2.11%
Retención de Restos Placentarios	4	0.44%
No Hubo	749	83.59%
Total	896	100%

Fuente: Expedientes clínicos de Pacientes con parto vaginal y antecedentes de cesárea en el archivo médico del HGSJDD*

GRAFICA No. 10



Fuente: Datos obtenidos del Cuadro No. 10

* Hospital General San Juan de Dios

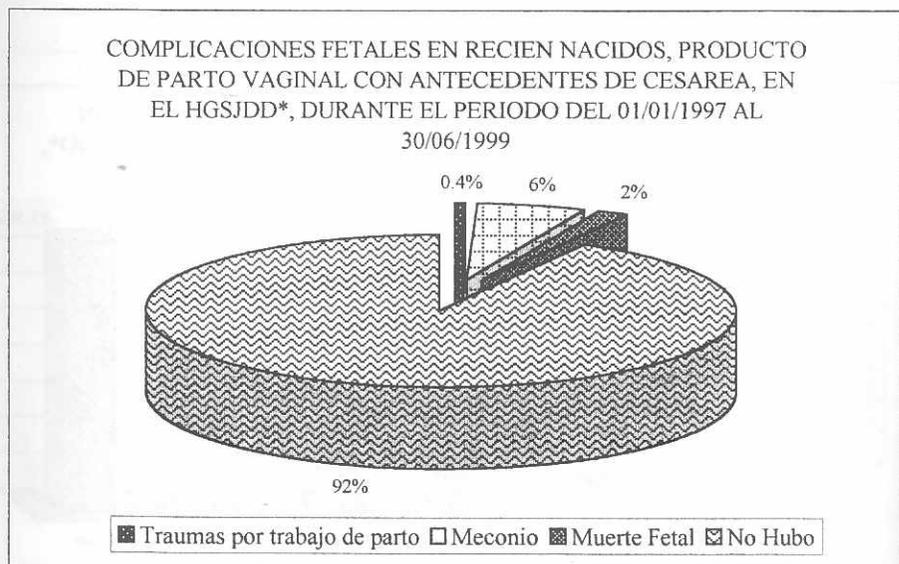
CUADRO No. 11

COMPLICACIONES FETALES EN RECIEN NACIDOS, PRODUCTO DE PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTES DE CESAREA, EN EL HGSJDD* DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999

Tipo de Complicación	Frecuencia	Porcentaje
Traumas por trabajo de parto	4	0.44%
Meconio	54	6%
Muerte Fetal	15	1.67%
No Hubo	823	91.81%
Total	896	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes con parto vaginal y antecedentes cesárea en el archivo médico del HGSJDD*

GRAFICA No. 11



Fuente: Datos obtenidos del Cuadro No. 11

* Hospital General San Juan de Dios

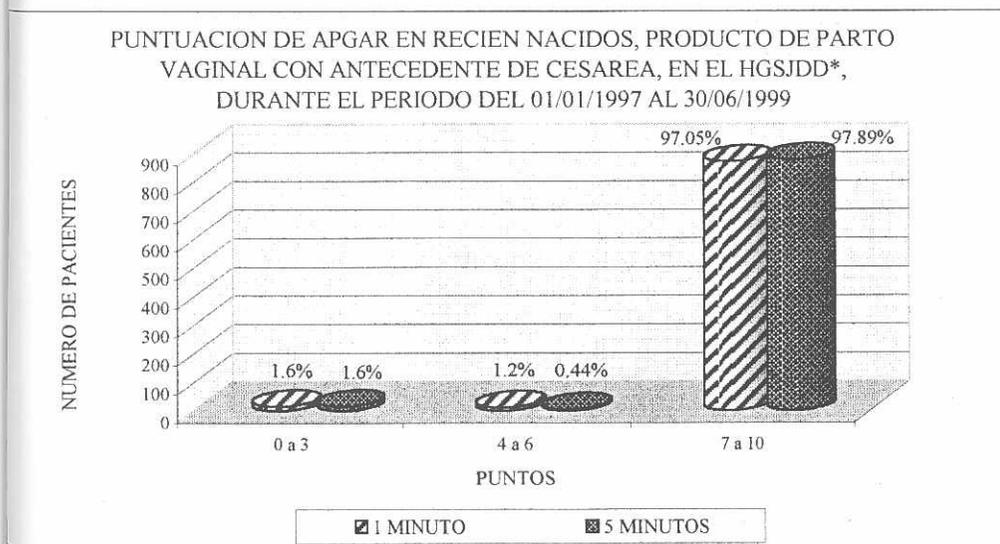
CUADRO No. 12

PUNTAJUE DE APGAR EN RECIEN NACIDOS, PRODUCTO DE PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTES DE CESAREA, EN EL HGSJDD*, DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999

1 Minuto			5 minutos		
Puntos	Número de Pacientes	Porcentaje	Puntos	Número de Pacientes	Porcentaje
0 a 3	15	1.69%	0 a 3	15	1.67%
4 a 6	11	1.26%	4 a 6	4	0.44%
7 a 10	870	97.05%	7 a 10	877	97.89%
Total	896	100%	Total	896	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes con parto vaginal y antecedentes de cesárea en el archivo médico del HGSJDD*

GRAFICA No. 12



Fuente: Datos obtenidos del Cuadro No. 12

* Hospital General San Juan de Dios

CUADRO No. 13

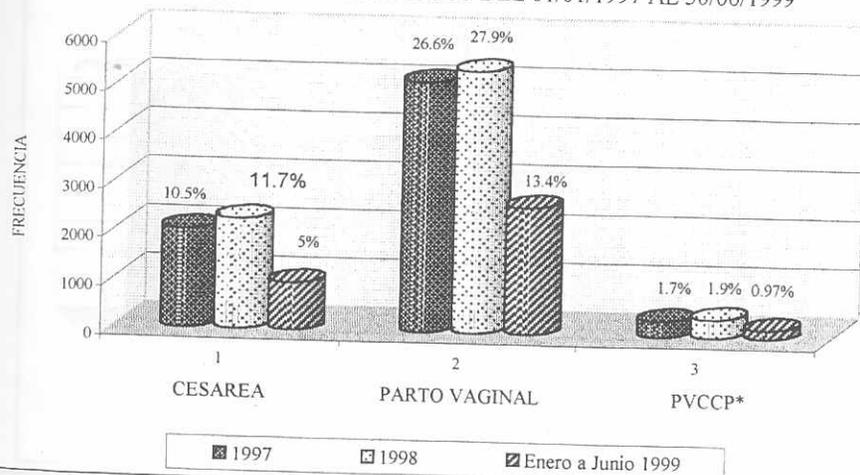
DISTRIBUCION DEL METODO DE RESOLUCION DE EMBARAZO EN EL HGSJDD*, DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999

Periodo de Tiempo	METODO DE RESOLUCION					
	Cesárea		Parto vaginal		P.V.C.C.P**	
	fr	%	fr	%	FR	%
1997	2030	10.54	5129	26.67	329	1.7
1998	2257	11.72	5372	27.95	380	1.97
Enero a Junio 1999	964	5	2596	13.48	187	0.97
Total	5251	27.26	13097	68.1	896	4.64

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes con parto vaginal y antecedentes de cesárea, del archivo médico del HGSJDD*

GRAFICA No. 13

DISTRIBUCION DEL METODO DE RESOLUCION DE EMBARAZO EN EL HGSJDD*, DURANTE EL PERIODO DEL 01/01/1997 AL 30/06/1999



Fuente: Datos obtenidos del Cuadro No. 13

* Hospital General San Juan de Dios

** Parto Vaginal con cesárea previa

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Para el presente estudio se revisaron 896 registros clínicos de pacientes que presentaron parto vaginal con antecedente de cesárea en el Hospital General San Juan de Dios durante el período de enero de 1997 a junio de 1999.

En los antecedentes gineco-obstétricos (cuadro y gráfica 1), se tomaron en cuenta gestas, partos y cesáreas, se demostró que la mayoría de pacientes presentaban más de 4 gestas, lo que en un país como el nuestro es relativamente normal, aumentando el riesgo de inadecuada evolución y complicaciones durante el trabajo de parto, luego, las secundigestas y las trigestas se encontraban en menor porcentaje. Respecto a la paridad, predominan las pacientes nulíparas y primíparas, aunque se encontró un 12.97% de pacientes multíparas a las cuales se les debe prestar más atención durante la evolución intra y post-parto, ya que el útero a sufrido más desgaste por los trabajos de parto anteriores. En la frecuencia de cesáreas se evidencia que la mayoría de partos solamente presentaban una cesárea previa, lo que hace notar que el parto vaginal con más de una cesárea se practica muy poco en este centro hospitalario y que las pacientes son generalmente sometidas a una nueva operación a pesar de lo reportado por la literatura, aumentando los riesgos de morbi-mortalidad materna dos a diez veces más y duplicando los costos de atención hospitalaria, estas conductas son producto de la poca experiencia con este tipo de pacientes en nuestro medio y por la falta de protocolos de manejo de las mismas. (3,5,7,15).

De el lugar en donde se practico la cesárea anterior (cuadro y gráfica 2), se encontró, que en la mayor parte de los casos la misma se realizo en el Hospital general san Juan de Dios y en hospitales del área metropolitana, esto debido a que el estudio fue realizado en esta zona geográfica, sin embargo, por las migraciones internas que ocurren en nuestro país, se encontraron varias pacientes a las que se les realizó cesáreas en hospitales departamentales sin que evolucionaran de distinta manera, lo que demuestra que siempre y cuando la cesárea haya sido

practicada por personal capacitado carece de importancia el lugar en donde se realizó la misma.

La indicación de la cesárea anterior (cuadro y gráfica 3), es un dato que nos ayuda a predecir el tipo de incisión practicado, ya que, el mismo se empleará dependiendo de la indicación de la cesárea. Se encontró en este estudio que la mayor parte de las mismas en nuestro medio se practican por presentaciones y situaciones fetales inadecuadas, podálica y transversa respectivamente, y que un buen porcentaje de pacientes no conocen el motivo por el cual se les realizó la cesárea anterior, probablemente por la poca comunicación médico paciente que existe en nuestro sistema de salud.

De el tipo de incisión practicado (cuadro y gráfica 4), en la mayoría de pacientes se encontró antecedente de incisión segmentaria (88.71%). La cual es utilizada casi con exclusividad en la practica de la obstetricia moderna, debido a que reduce considerablemente el tiempo de recuperación y las complicaciones asociadas a una cesárea, no se encontró ningún caso de incisión corpórea, la cual, en nuestro medio también ha pasado casi por completo a la historia. (24).

La ruptura de membranas ovulares intraparto (cuadro y gráfica 5), reduce el riesgo de infecciones materno fetales durante la evolución de la labor y en el post-parto; en este estudio se encontró que la presencia de cicatriz uterina no incide sobre el tiempo de ruptura de las mismas y que un pequeño porcentaje de pacientes necesitaron tratamiento con antibióticos debido a que rompieron membranas más de seis horas antes de iniciado el trabajo de parto.

La presencia de cualquier patología médica u obstétrica relacionada al embarazo (cuadro y gráfica 6), podría cambiar la evolución del mismo, en el presente estudio se encontró que el 90.12% de pacientes no presentaron ninguna patología, además, los trastornos hipertensivos fueron la patología más frecuentemente encontrada, lo cual hace, de alguna manera, que este estudio sea un reflejo de la morbilidad nacional, por tanto, se confirma la validez del mismo para lo que se pretende investigar, debido a que la presencia de estas patologías no fue

considerado como criterio de exclusión ya que se pretendía estudiar a pacientes en condiciones similares a las que no presentaban antecedente de cesárea. (1,10).

En relación al tipo de parto y su relación con el número de cesáreas previas (cuadro y gráfica 7), se encontró que el 84.46% fueron partos eutósicos simples, lo que demuestra que este procedimiento no implica mayores cambios respecto a las pacientes que no presentan antecedente de cesárea, seguidos de partos distósicos simples en un 15.10%, de los cuales, la mayor parte de los mismos fueron fórceps profilácticos, los que se colocaron con el objeto de disminuir el esfuerzo materno y la posibilidad de complicaciones secundarias a la presencia de cicatriz uterina, tanto los partos eutósicos como los distósicos presentaban antecedente de una cesárea en el 83.46% y el 14.28% respectivamente dos cesáreas en el 0.57% y el 0.67%, y de tres cesáreas en el 0.22%, lo que demuestra que el número de cesáreas no incide significativamente en la forma en la que se resuelve el embarazo, además, se presentó también un 0.44% de partos eutósicos gemelares, todos con una cesárea previa, los cuales confirman que si se toman las medidas adecuadas este procedimiento resulta ser bastante seguro, sin embargo, es importante considerar que la literatura reporta que entre más sea el número de cesáreas se corre más riesgo de complicaciones por la debilidad que presenta la pared uterina al tener más de una cicatriz previa y, aunque los resultados de este estudio demuestran similar evolución en las pacientes con una o más cesáreas se deberán realizar estudios que incluyan un mayor número de pacientes que presenten más de una cesárea para obtener resultados concluyentes.

Los medicamentos más utilizados en las pacientes incluidas en este estudio (cuadro y gráfica 8), fueron para la inducción y conducción del trabajo de parto, así como los utilizados para el tratamiento de patologías asociadas al embarazo y la labor, alterando de una u otra forma la evolución natural del parto vía vaginal, sin embargo, no se presentaron efectos secundarios importantes asociados al uso de estos medicamentos, los cuales son igual de necesarios en pacientes que no presenten antecedente de cesárea.

Respecto a la necesidad de transfusión sanguínea materna y uso de unidad de cuidado crítico materno fetal (cuadro y gráfica 9), se encontró que los datos no difieren de los presentados en otros estudios, además, es importante aclarar que el 100% de los casos de recién nacidos que necesitaron cuidado crítico fallecieron producto de anomalías congénitas y no de complicaciones asociadas al trabajo de parto.

En relación a las complicaciones maternas (cuadro y gráfica 10) se observó que en su mayoría fueron productos del trabajo de parto (lesiones en el canal del parto), por lo que no se encontró diferencia significativa en relación a las pacientes que no presentan antecedente de cicatriz uterina, a excepción de los casos de retención de restos placentarios, en donde la incidencia estaba aumentada en una proporción de 2.25 en relación a lo reportado por la literatura, lo que vale la pena analizar, ya que es una complicación que se asocia en gran medida a la presencia de cicatriz uterina, sin embargo, no se cuenta con estudios en este centro hospitalario que demuestren la verdadera incidencia de esta patología, por lo que no se puede emitir un juicio con certeza. (24).

De las complicaciones fetales (cuadro y gráfica 11), podemos mencionar al meconio como signo de sufrimiento fetal en un 6.08% de los casos, además de 4 casos de trauma asociados al uso de fórceps, así como 15 casos de muerte (1.69%) relacionada a malformaciones fetales congénitas, el 91.81% no presentó ningún tipo de complicación, confirmándose que no hay diferencia en las complicaciones del recién nacido sometido a este tipo de procedimiento y que, en comparación a los recién nacidos producto de cesárea estos presentan menos complicaciones por ser un procedimiento natural y menos traumático. (15).

Respecto a la puntuación de APGAR (cuadro y gráfica 12), el 97.05% y el 97.89% de recién nacidos presentaron una puntuación por arriba de 7 al minuto y a los cinco minutos respectivamente, y, debido a que la misma nos da un parámetro del estado general del recién nacido, se evidencia una buena evolución en la mayoría de los mismos, confirmándose lo anteriormente mencionado en relación a la similitud en la evolución de los pacientes producto de parto vaginal con antecedente de cesárea y los que no presentan este antecedente.

Por último, la distribución del método de resolución del embarazo en el HGSJDD de enero de 1997 a junio de 1999 (cuadro y gráfica 13), fue la siguiente: 27.26% de cesáreas, porcentaje alto en relación a lo reportado en estudios anteriores, probablemente debido a la tendencia de operar presentaciones anómalas y no dar parto vaginal a las mismas como solía hacerse con anterioridad, también, los datos obtenidos indican que de el 100% de cesárea realizadas durante este período el 23.79%* han sido realizadas por presentar antecedente de cesárea previa, esto indica que en este centro todavía el antecedente de cesárea es una causa importante para la realización de operaciones subsiguientes. Además, 68.1% tuvieron parto vaginal y el 4.64% resolvieron su embarazo de la misma manera pero presentaban antecedente de cesárea.

*Según datos archivo médico del HGSJDD.

IX. CONCLUSIONES

1. El parto vaginal con antecedente de cesárea es un procedimiento seguro y no existen diferencias significativas en la evolución de la labor y complicaciones en relación con las pacientes sin este antecedente.
2. La paridad ni el número de cesáreas previas no afectan la evolución ni inciden significativamente en las complicaciones del parto vaginal con antecedente de cesárea, sin embargo, este último, es un factor determinante en la decisión de dar prueba de parto vaginal con antecedente de cesárea.
3. Los recién nacidos producto de parto vaginal con antecedente de cesárea no presentan una evolución distinta ni aumento de complicaciones respecto a los que no tienen este antecedente.
4. Es necesaria la creación de un protocolo de manejo y selección de pacientes a las que se les dará prueba de parto vaginal y tienen antecedente de cesárea.
5. El parto vaginal con antecedente de cesárea reduce la morbilidad materno-fetal así como los costos de atención hospitalaria respecto a una nueva operación cesárea.

X. RECOMENDACIONES

1. Establecer criterios bien definidos en la selección y manejo de pacientes con antecedente de cesárea para darles prueba de parto vaginal seguro, por los resultados obtenidos en el presente estudio recomendamos los siguientes criterios:
 - a. Asesoramiento adecuado de la paciente
 - b. Conocimiento adecuado de las condiciones en las que fue practicada la cesárea anterior, incluyendo tipo de incisión.
 - c. No persistir indicación de cesárea anterior.
 - d. Gestación actual normal y control prenatal adecuado.
 - e. Realización de USG obstétrico en la medida de lo posible para determinar situación placentaria.
 - f. Ausencia de patología médica u obstétrica relacionada al embarazo.
 - g. Durante el trabajo de parto: control estricto del mismo con monitoreo electrónico sobre todo a pacientes multiparas o con más de una cesárea previa.
 - h. Si es necesario el uso de medicamentos debe ser con monitoreo electrónico estricto.
 - i. Tener compatibilidad sanguínea.
 - j. Uso de líquidos intravenosos.
 - k. Aviso al personal de anestesia y sala de operaciones.
2. Realizar estudios respecto al tema en pacientes que hallan cumplido con los criterios establecidos, para crear un protocolo de atención optima de parto vaginal con antecedente de cesárea.

XI. RESUMEN

El presente estudio descriptivo, retrospectivo no experimental, tiene como objetivo la evaluación de la evolución y determinación de las complicaciones del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea en el Hospital General San Juan de Dios, durante el período comprendido de enero de 1997 a junio de 1999.

Se encontraron 896 registros clínicos que presentaban estas características, los cuales representan el 4.64%* del total de pacientes que resolvieron su embarazo por cualquier vía en el mencionado hospital, además, se determinó que el porcentaje de cesáreas fue del 27.26%*, y el de partos por vía vaginal eutósicos o distósicos fue de 68.1%*.

De la revisión de los registros clínicos, y de acuerdo a los objetivos se encontró que en los antecedentes obstétricos de las pacientes el 33.14% no presentaban ningún parto vaginal, el 27.64% tenían un parto, el 15.09% dos partos, el 11.16% tres partos y el 12.97 cuatro o más partos vaginales; además, el 98.32% de los casos presentaban una sola cesárea, el 1.26% dos y el 0.42% tres cesáreas previas. La incisión utilizada en la cesárea anterior fue segmentaria en el 88.71%, se desconocía la misma en un 11.29% y no se reportó ningún caso de incisión corpórea.

Respecto a la evolución del trabajo de parto, 91.81% de pacientes presentaron rotura de membranas ovulares intraparto, y un 8.19% anteparto; se encontró que el 9.88% de pacientes presentaron patología médica u obstétrica relacionada al embarazo; el tipo de parto fue eutósico simple en un 84.48%, distósico en un 15.08% y gemelar en un 0.44% de los casos; se utilizaron además, medicamentos como oxitocina en un 21.21%, prostaglandinas intravaginales 0.42% y anestesia epidural 0.44% sin modificar la incidencia de complicaciones por su uso, fue necesaria transfusión sanguínea en el 0.44% por hemorragia post-parto, en ningún caso fue necesario utilizar unidad de cuidado crítico materno, sin embargo, en 0.88% de recién nacidos fue utilizada la unidad de cuidado crítico fetal, todos presentaban anomalías congénitas; *Según archivo médico del HGSJDD.

el 97.05% de recién nacidos presentaron un APGAR arriba de 7 puntos al minuto y el 97.89% a los cinco minutos.

Las complicaciones materno fetales encontradas fueron rasgaduras en el canal del parto 13.86%, atonía uterina 2.11%, retención de restos placentarios 0.44% y un 83.59% no presentaron complicaciones; en el recién nacido se encontraron traumas en un 0.44%, meconio 6.08% y muerte fetal en 1.67% secundaria a malformaciones congénitas.

Se recomienda realizar estudios similares para efectuar un protocolo de manejo y adaptarlo a la realidad de nuestro país, con el objetivo de dar parto vaginal con antecedente de cesárea y disminuir el porcentaje de la misma en nuestros hospitales.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abbassi H, Aboulfalah A, el Karroumi M, Bouhya S, Bekkay
Vaginal birth after cesarean delivery: can the trial of labor be
Extended.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin=post/Entrez/query?>
2. Al Sakka M, Hamsho A, Khan L. Rupture of the pregnant uterus-a
21-year review.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin=post/Entrez/query?>
3. American College of Obstetrician and Gynecologist: Practice
Patterns Vaginal delivery after previous cesarean. No 1. 1,995.
4. Aquiles, R.A. Frecuencia e indicaciones de la cesárea en el
Hospital Central Militar. Ginecología y Obstetricia de México.
1,996 Febrero Vol. 64 (pp 79-84).
5. Asakura, H. More Than One Previous Cesarean Delivery: A 5-year
Experience with 435 patients. Section Obstetrics and
Gynecology. 1,995. June. Vol. 85 (6) (pp 924-928).
6. Boulvain M, Fraser WD, Brisson-Carroll G, Faron G, Wollast E.
Trial Of labour after cesarean section in sub-Saharan Africa: a meta-
Analysis.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin=post/Entrez/query?>
7. Case Ks, Silver RM, Jenj G, Branch DW, Clarck SL: Repeat
cesarea Delivery what are the risk? Am J. Obstet Gynecol 174:
(pp356) 1,996.
8. Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, Zelop C, Cohen A, Lieberman
Trial of labor after cesarean delivery: the effect of previous
vaginal Delivery. Am J Obstet Gynecol 1,998 Oct; 179(4):
(pp. 938-41).
9. Chapman SJ, Owen J, Hauth JC. One-versus two-layer closure of a
Low Transverse cesarean: the next pregnancy.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin=post/Entrez/query?>
10. Dexeus, S. Tratado de Obstetricia, Barcelona, Salvat 1,982 t. I
(pp20-27)
11. Dyack C, Hughess PF, Simbakalia JB. Vaginal delivery in the
grand multipara following previous lower segment cesarian
section.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin=post/Entrez/query?>
12. Flam BL, Goings SR, Liu Y, Wolde-Tsadik G: Elective repeat
cesarean Delivery versus trial of labor: A prospective
multicenter study. Am J Obstet Gynecol 83: 927, 1,998.
13. Frederick PS. Cesarean birth: How to reduce the rate. Am J Obstet
Gynecol. 1,995, June. Vol. 172(6) (pp 1903-1907).
14. Guzmán, A. et al. Ruptura uterina y placenta percreta en el
Segundo Trimestre. Presentación de un caso. Ginecología y
Obstetricia de México. 1,996. Oct. Vol. 64 (pp482-483).
15. Hayashi. R.H. et al. Trabajo de parto con cesárea previa. Clinicas
Obstétricas y Ginecológicas. Ed. México Interamericana, 1,992.
Vol. 3 (pp 429-437).
16. Hook B, Kiwi R, Amini SD, Fanaroff A, Hack M. Neonatal
Morbidity After Elective Repeat cesarean Section and trial of
Labor.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin=post/Entrez/query?>
17. McMahon Mj. Vaginal birth after cesarean. Clin Obstet Gynecol.
1,998 June; 41 (2): 369-81.
18. Miller DA, Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH. Intrapartum
Rupture Of Unscarred Uterus.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin=post/Entrez/query?>
19. Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjö P, Cole S, Taffel, Irgens L.
Cesarean Section Delivery in the 1980s: International compariso
By indication. Am J Obstet Gynecol 170: 495, 1,994.
20. Obara H, Minakami H, Koike T, Takamizawa S, Matsubara S,
Sato I. Vaginal birth after cesarean delivery: result in 310
pregnancies.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin=post/Entrez/query?>
21. Perveen F, Shah Q. Obstetrics outcome after one previous cesarean
Section.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin=post/Entrez/query?>
22. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous
Cesarean A risk evaluation. Swiss working group of obstetric
and Gynecologic Institution.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin=post/Entrez/query?>
23. Saglamtas M, Vicdan K, Yalcin H, Yilmaz Z, Yesilyurt H,
Gokmen O. Rupture of the uterus.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin=post/Entrez/query?>
24. Williams. Obstetricia. 5ta. Edición. Buenos aires. Ed.
Panamericana 1,998. (pp 392-402, 514-537, 707-724).

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HGSJDD
BR. GUILLERMO AVILA

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

No. Registro Clínico: _____ No. _____

Antecedentes Ginecoobstétricos

Gestas: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____

Lugar donde se practicó la cesárea anterior _____

Indicación de cesárea anterior _____

Tipo de Incisión previa conocida: SI _____ NO _____Cuál? _____

Rotura de Membranas: a. Anteparto _____ b. Intraparto _____

Patología médica u obstétrica relacionada al embarazo: _____

Tipo de parto: _____

Uso de Medicamentos durante el trabajo de parto: SI _____ NO _____

Necesidad de Transfusión: SI _____ NO _____

Necesidad de Unidad de Cuidado Crítico Materno: SI _____ NO _____

Necesidad de Cuidado Crítico Fetal: SI _____ NO _____

Otras complicaciones Maternas: _____

Complicaciones Fetales: _____

APGAR: _____