



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado
Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Características obstétricas de las pacientes con
antecedente de cesárea previa y que tuvieron un parto
vaginal en el instituto nacional materno perinatal
enero – diciembre 2004**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Gineco Obstetricia

AUTOR

Julio César FERNÁNDEZ HAQQUEHUA

ASESOR

Luis Fernando KOBAYASHI TSUTSUMI

Lima, Perú

2007



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Fernández J. Características obstétricas de las pacientes con antecedente de cesárea previa y que tuvieron un parto vaginal en el instituto nacional materno perinatal enero – diciembre 2004 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2007.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro Señor que desde lo alto me guía y acompaña en mi labor diaria.

A mi madre, mi padre y mi hermana que me apoyaron y dieron aliento en todo momento, y que son pilares de mi formación profesional.

Un reconocimiento muy especial para mi pequeña hija:
ESTRELLITA, que con su entusiasmo y alegría
son un estímulo constante en mi vida.

INDICE

	Pag.
I. RESUMEN	4
II. INTRODUCCIÓN	6
III. MATERIALES Y MÉTODOS	9
IV. RESULTADOS	10
V. TABLAS Y GRÁFICOS	13
VI. DISCUSIÓN	24
VII. CONCLUSIONES	31
VIII. RECOMENDACIONES	32
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
X. ANEXOS	40

I. RESUMEN

TITULO: Características obstétricas de las pacientes con antecedente de cesárea previa y que tuvieron un parto vaginal en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero – Diciembre 2004.

AUTOR: Dr. Julio César Fernández Haqqehua

ASESOR: Dr. Luis Kobayashi Tsutsumi

OBJETIVO: Determinar las características obstétricas de las pacientes con antecedente de cesárea previa y que tuvieron un parto vaginal.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. La población de estudio fueron todas las gestantes con antecedente de cesárea previa que ingresaron al INMP y que culminaron en parto vaginal, durante el periodo de Enero a Diciembre del 2004. La muestra correspondió a un total de 562 casos.

RESULTADOS: De la población de estudio el 84.7% (476 casos) tuvieron entre 20 y 35 años, las gestantes a término fueron el 95% (534 casos), sólo el 62.5% (351 casos) tuvo un control prenatal adecuado, la forma de inicio de trabajo de parto fue espontáneo en el 98.2% (552 casos) y el 77.4% (435 casos) no tuvo partos vaginales previos. El periodo internatal fue en el 3.7% menor de 24 meses y en el 49.3% mayor de 48 meses. Durante el trabajo de parto se presentaron complicaciones en el 12.5% (70 casos) como: trabajo de parto disfuncional en 4.6% (26 casos), expulsivo prolongado 3% (17 casos), desgarró de cérvix 2.5% (14 casos); sólo se encontró un caso (0.2%) de dehiscencia de cicatriz. No hubo ningún caso de ruptura uterina ni de muerte materna. El 5.9% (33 casos) presentó complicaciones en el puerperio, siendo la más frecuente la infección urinaria. De los recién nacidos el 4.1% (23 casos) fueron macrosómicos, el 96,3% (541 casos) de los recién nacidos tuvo apgar mayor

de 7 al primer minuto y solo el 0.4% (2 casos) presentó depresión moderada a los cinco minutos. La estancia hospitalaria fue de 1-2 días en el 93,6% (526 casos).

CONCLUSIONES: El parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa tiene una baja incidencia de complicaciones materno perinatales, demostrando ser una opción segura tanto para la madre como para su recién nacido y de esta manera disminuir la incidencia de cesáreas, los días de hospitalización y los costos.

PALABRAS CLAVES: Parto vaginal, cesárea previa, morbilidad materno perinatal.

II. INTRODUCCIÓN

Actualmente la cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos obstétricos que se ha incrementado en frecuencia, convirtiéndose en uno de los problemas más importantes de la obstetricia actual, porque se han observado indicaciones de cesáreas que plantean controversias, sobretodo cuando estamos frente a una gestante con una cesárea previa. 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.

Uno de los factores que más contribuyó a este incremento de la tasa de cesáreas, sobre todo aquellas que tienen indicación de cesárea previa, fue la clásica frase de Craigin: “una vez cesárea, siempre cesárea”¹, siendo cuestionada durante los últimos años², por tal motivo se han planteado estrategias para la reducción de la incidencia de cesáreas.

A nivel mundial se reportan tasas de cesáreas de hasta 30%³ siendo la principal indicación: cesareada anterior con un 35% de frecuencia⁴. Incluso en algunos estudios se reportan que cerca de la mitad de las cesáreas tiene como indicación: cesareada anterior^{5,6}. En los dos últimos decenios, en los Estados Unidos la tasa de cesárea se ha ido incrementado notablemente, de 4.5% en 1965 a cerca del 30% en 1997, un factor importante ha sido las presiones médicos legales^{7,8}.

En el Perú la tasa de cesáreas durante el año 2000 fue de un 13.5 a nivel nacional el cual se ha incrementado en cuatro puntos porcentuales respecto a lo observado en 1996 que fue de un 9%. En el año 2000 el porcentaje de nacimientos por cesárea a nivel de Lima metropolitana fue de un 27% cinco veces mas que en la sierra con un 5% y cerca de cuatro veces mas que la selva con un 7%⁹.

En nuestro país las tasas de cesáreas reportadas han ido incrementándose. En 1984 un estudio en el Hospital Arzobispo Loayza reporta una tasa de 12.74% ¹⁰, en 1991 en el Instituto Materno Perinatal se reporta una tasa de 14.58% ¹¹, en 1999 un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia se reporta una tasa de 24.8% ¹², por último, en un estudio nacional multicéntrico realizado en 1994 se reportó una tasa de 19.3% y de ellas una tercera parte fueron indicadas por el antecedente de cesárea previa ¹³.

El parto vaginal después de una cesárea es considerado como un método práctico y seguro, convirtiéndose en una de las estrategias más importantes para reducir la tasa de cesáreas y sus complicaciones ^{14,15}. A partir de 1988 el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) lo recomienda como estrategia para disminuir la incidencia de cesáreas ¹⁶. En recientes estudios se han demostrado que la tasa de éxito de las pacientes con antecedente de una cesárea previa, que se someten a una prueba de trabajo de parto, fluctúa entre 60-80% ^{17,18,19,20}. En el Perú varios estudios encuentran tasas de éxito similares ^{12,21,22}.

Las ventajas de un parto vaginal en pacientes con cesárea previa se traducen en una baja morbilidad, bajo costo y recuperación en menor tiempo ^{23,24}. Sin embargo, la complicación más grave en el caso del trabajo de parto fallido es la ruptura uterina, con una incidencia de 0.2-1.5% ^{25,26,27}. Sin embargo, un buen porcentaje de las complicaciones pueden evitarse con una cuidadosa selección de las pacientes que van a ser sometidas a prueba de trabajo de parto y con un seguimiento cercano durante la misma.

Actualmente el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) amplió los criterios de elegibilidad para someter a una prueba de trabajo de parto a las pacientes con antecedente de cesárea previa, considerándolo como una

estrategia importante para reducir la tasa de cesáreas ²⁸. Incluso algunos estudios han elaborado un sistema de puntuación utilizando diferentes variables que son útiles para predecir la tasa de éxito de la prueba de trabajo de parto sometidas a aquellas pacientes con antecedente de una cesárea previa ^{29,30}.

El objetivo de este estudio surge al saber que en nuestro medio hay un incremento de la tasa de cesárea siendo la cesárea anterior la indicación más frecuente. Por tal motivo, es de nuestro interés conocer cuales son las características obstétricas en aquellas gestantes con antecedente de una cesárea previa en el Instituto Nacional Materno Perinatal sometidas a una prueba de trabajo de parto y el efecto materno perinatal resultado de esta práctica, con el fin de evaluar la seguridad del parto vaginal después de una cesárea y promover su práctica.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo.

La población de estudio fueron todas las gestantes con antecedente de cesárea previa que culminaron en parto vaginal (562 gestantes) atendidas durante el período de Enero a Diciembre del año 2004 en el Instituto Nacional Materno Perinatal, para lo cual se revisaron las historias que cumplieron los criterios de inclusión (gestación a término o pretérmino, que ingresó con feto vivo o muerto, antecedente de cesárea previa, presentación cefálica) y se excluyeron las pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión y aquella que no cuentan con información completa y detallada en la historia clínica.

Se elaboró una ficha de recolección de datos la cual se llenó a través del sistema informático perinatal, la revisión de las historias clínicas y del libro del parte diario de centro obstétrico.

Los datos fueron analizados usando el paquete estadístico SPSS. Se elaboraron tablas de frecuencia con sus respectivos gráficos, expresando los resultados en forma porcentual.

IV. RESULTADOS

Se estudió a 562 gestantes con antecedente de cesárea previa que culminaron por vía vaginal. El 84.7% (476 casos) estuvo comprendido en el grupo etáreo de 20 a 35 años, el 4.8% (27 casos) fueron adolescentes y el grupo de las gestantes añosas fue el 10.5 % (59 casos) (Tabla N° 1).

El 95% (534 casos) fueron gestantes a término, el 4.1% (23 casos) fueron pretérminos y el 0.9% (5 casos) fueron post términos (Tabla N° 2). Con respecto al Control Prenatal encontramos que el 55.4% (311 casos) tuvieron más de cuatro controles, y el 13.3% (75 casos) no tuvieron ningún control (Tabla N° 3).

En relación a la paridad se obtuvo que el 77.4% (435 casos) de las gestantes cesareadas anteriores no tuvo partos vaginales previos, el 17.4% (98 casos) tuvo un parto vaginal previo, el 4.3% (24 casos) tuvo un parto vaginal posterior y el 0.9% (5 casos) tuvo un parto vaginal antes y después de la cesárea (Tabla N° 4). Del total de casos, el 99.3% (558 casos) había tenido una sola cesárea previa y aquellas que tuvieron dos y tres cesáreas previas (4 casos) tuvieron un parto vaginal porque llegaron a la institución en período expulsivo.

Las causas más importantes de la cesárea anterior fueron: el sufrimiento fetal agudo con un 20.1% (113 casos), la presentación podálica con un 17.3% (97 casos), la incompatibilidad cefalopélvica con 10.7% (60 casos), la distocia funicular con 10% (56 casos), la hipertensión inducida por el embarazo con un 9.3% (52 casos) y el trabajo de parto disfuncional con un 7.1% (40 casos) (Tabla N° 5).

Con respecto al tiempo transcurrido desde la última cesárea y el parto actual, se observa que el 49.3% (277 casos) tuvieron un período internatal mayor a 48

meses, el 47% (264 casos) entre los 24 y 48 meses y el 3.7% (21 casos) menor a 24 meses (Tabla N° 6).

La forma de inicio del trabajo de parto fue espontánea en un 98.2% (552 casos), y fue inducido y/o acentuado en un 1.8% (10 casos) (Tabla N° 7). El 2.1% (12 casos) ingresaron por emergencia en periodo de expulsivo.

Durante el trabajo de parto y el parto en el 87.5% (492 casos) no tuvo complicaciones. Dentro de las complicaciones en el trabajo de parto, el 4.6% (26 casos) hizo trabajo de parto disfuncional, el 3% (17 casos) hizo expulsivo prolongado, el 2.5% (14 casos) hizo desgarro de cérvix, el 1.8% (10 casos) presentaron desgarro de pared vaginal, el 0.2% (un caso) presentó hipotonía uterina y otro 0.2% (un caso) presentó hematoma de pared vaginal. Además, del total de casos presentados, el 6.9% (39 casos) hizo alumbramiento incompleto, y solo se encontró un caso (0.2%) de dehiscencia de cicatriz operatoria, no hubo ningún caso de ruptura uterina ni de muerte materna (Tabla N° 8).

Durante el puerperio, el 94.1% (529 casos) no presentaron ninguna complicación. Del total de las complicaciones (33 casos), se encontraron: infección del tracto urinario con 2.8% (16 casos), endometritis con 1.6% (9 casos), fiebre puerperal con 1.1% (6 casos) e infección de episiotomía con 0.4% (2 casos) (Tabla N° 9).

El 91.1% (512 casos) de las gestantes estudiadas tuvieron recién nacidos con pesos adecuados (2500-4000 g); el 4.8% (27 casos) tuvieron pesos inferiores a 2500grs, y el 4.1% (23 casos) fueron macrosómicos (>4000 g) (Tabla N° 10).

Con respecto al apgar, el 96.3% (541 casos) de los recién nacidos tuvieron un apgar mayor de 7 al primer minuto; y el 2.7% (15 casos) presentaron depresión moderada y severa al primer minuto, de los mismos solo el 0.4% (2 casos)

fallecieron a los 5 minutos (Tabla N° 11). Con respecto a la mortalidad perinatal, se encontró seis óbitos fetales que corresponden al 1.1%.

En el 93.6% (526 casos) la estancia hospitalaria promedio fue de 1-2 días y solo el 2.5% (14 casos) permanecieron más de 4 días porque presentaron alguna complicación durante el puerperio (Tabla N° 12).

V. TABLAS Y GRAFICOS

TABLA N° 1

**EDAD MATERNA DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
ENERO – DICIEMBRE 2004**

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
< 20 años	27	4.8
20-35 años	476	84.7
> 35 años	59	10.5
Total	562	100.0

GRAFICO N° 1

**EDAD MATERNA DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
ENERO – DICIEMBRE 2004**

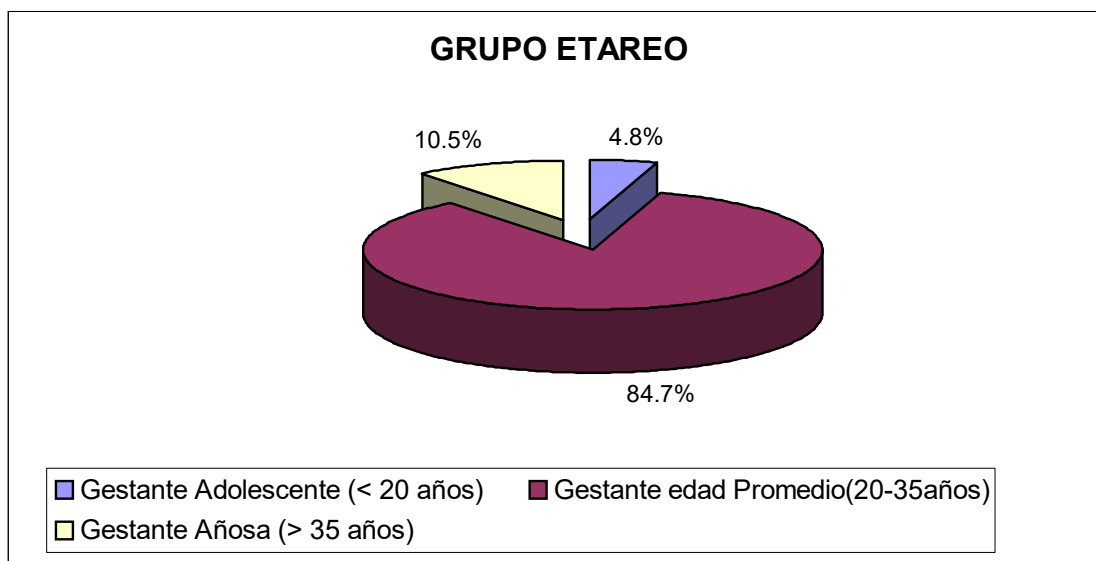


TABLA N° 2

EDAD GESTACIONAL SEGÚN FUR DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ENERO – DICIEMBRE 2004

EDAD GESTACIONAL	Frecuencia	Porcentaje
< 37 semanas	23	4.1
37 – 41 semanas	534	95.0
> 41 semanas	5	0.9
TOTAL	562	100.0

GRAFICO N° 2

EDAD GESTACIONAL SEGÚN FUR DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ENERO – DICIEMBRE 2004

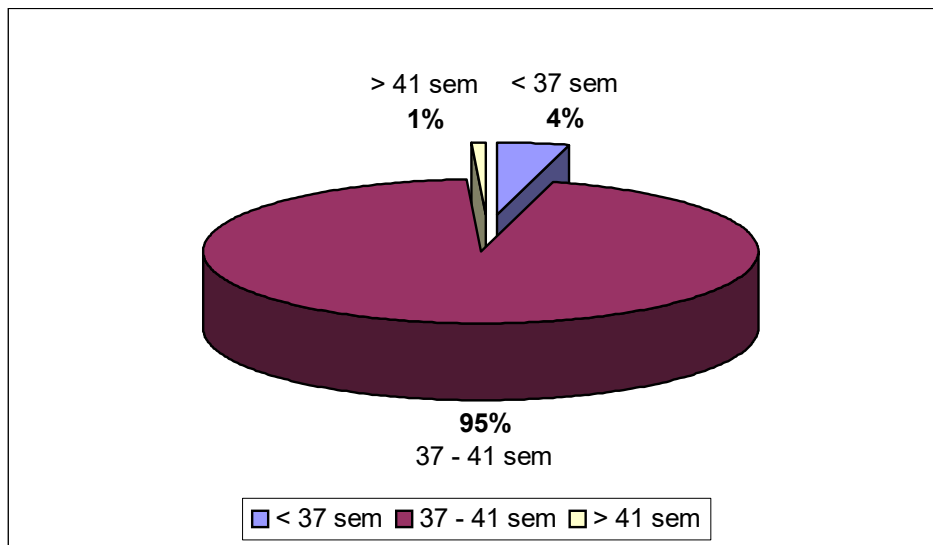


TABLA N° 3

CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ENERO – DICIEMBRE 2004

NUMERO DE CPN	Frecuencia	Porcentaje
NO CPN	75	13.3
< 4 CPN	136	24.2
4 CPN	40	7.1
>4 CPN	311	55.4
TOTAL	562	100.0

GRAFICO N° 3

CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ENERO – DICIEMBRE 2004

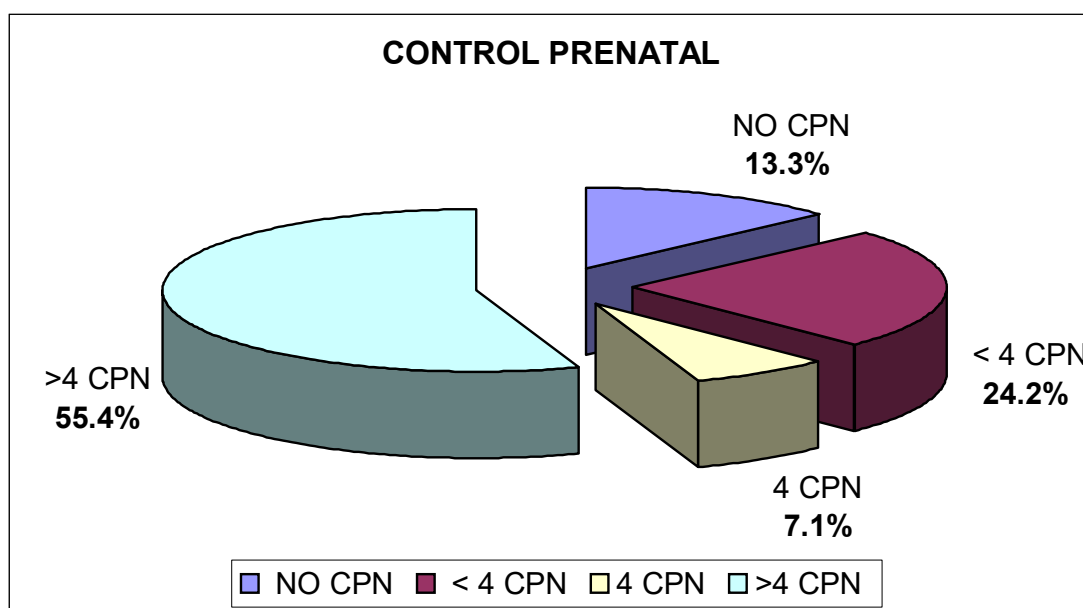


TABLA N° 4

**PARIDAD EN LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA
PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
ENERO – DICIEMBRE 2004**

PARTO VAGINAL	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	435	77.4
Previo	98	17.4
Posterior	24	4.3
Previo y Posterior	5	0.9
TOTAL	562	100.0

GRAFICO N° 4

**PARIDAD EN LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA
PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
ENERO – DICIEMBRE 2004**

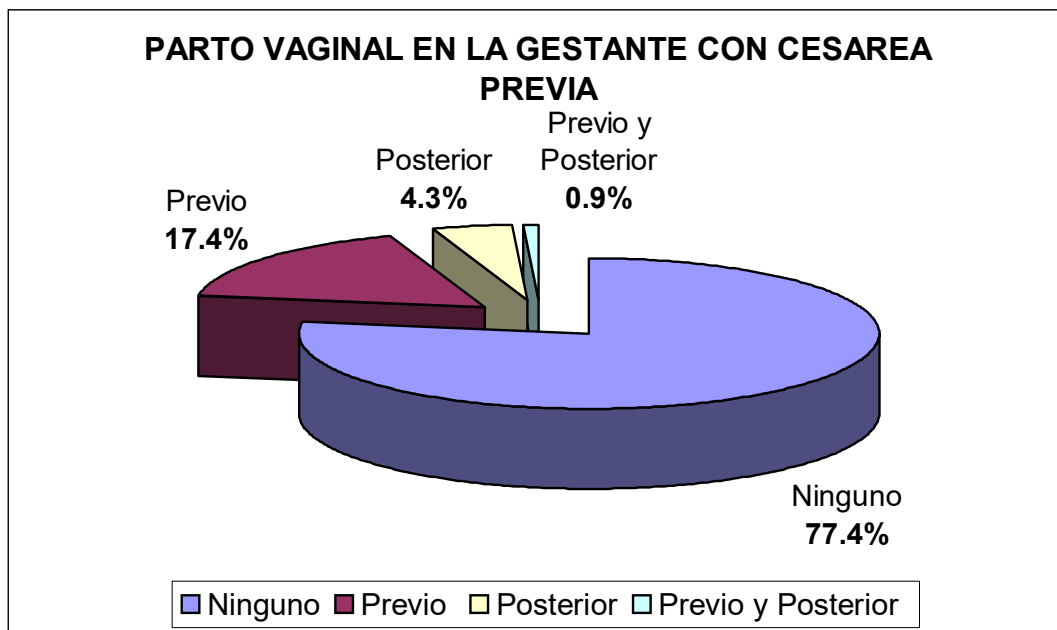


TABLA N° 5

INDICACIÓN DE LA CESAREA PREVIA EN LAS GESTANTES QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ENERO – DICIEMBRE 2004

INDICACION CESAREA PREVIA	Frecuencia	Porcentaje
Sufrimiento Fetal Agudo	113	20.1
Podálico	97	17.3
Incompatibilidad cefalopélvica	60	10.7
Distocia funicular	56	10.0
HIE	52	9.3
Trabajo de parto disfuncional	40	7.1
Otras distocias de presentación	35	6.2
Ruptura prematura de membranas	28	5.0
Embarazo gemelar	24	4.3
Desconocido	14	2.5
Placenta previa	12	2.1
Estrechez pélvica	10	1.8
Otros	9	1.6
DPP	8	1.4
Cesárea anterior	4	0.7
Total	562	100.0

GRAFICO N° 5

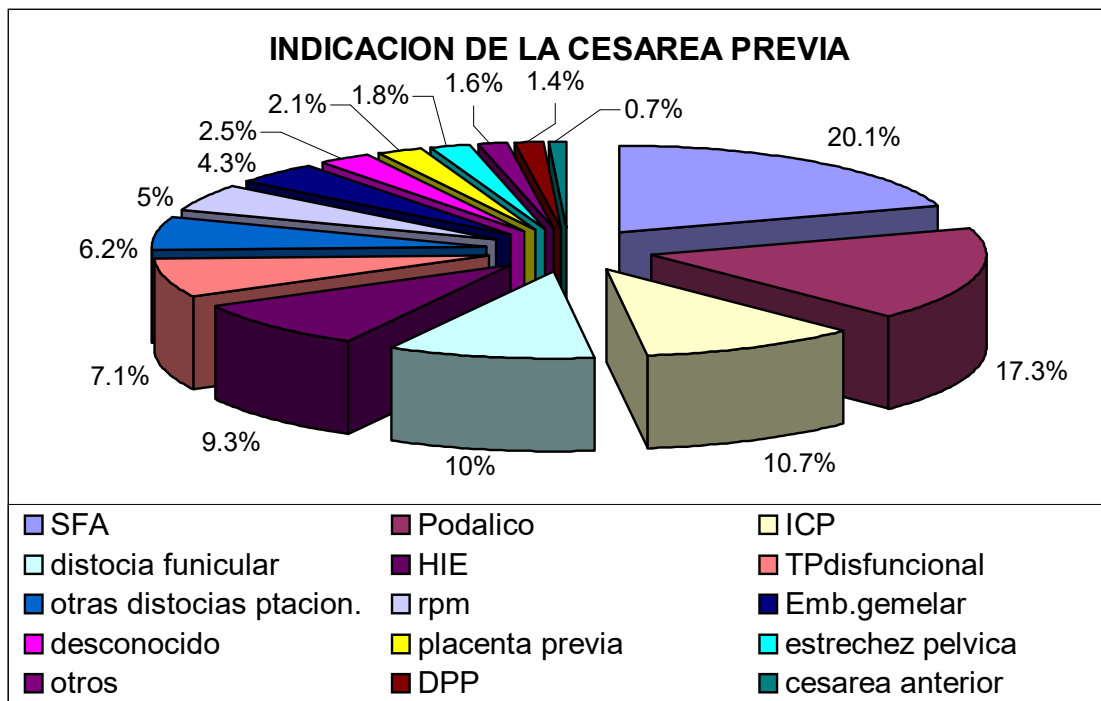


TABLA N° 6

PERIODO INTERNATAL EN LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ENERO – DICIEMBRE 2004

PERIODO INTERNATAL	Frecuencia	Porcentaje
< 24 meses	21	3.7
24 – 48 meses	264	47.0
> 48 meses	277	49.3
TOTAL	562	100.0

GRAFICO N° 6

PERIODO INTERNATAL EN LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ENERO – DICIEMBRE 2004

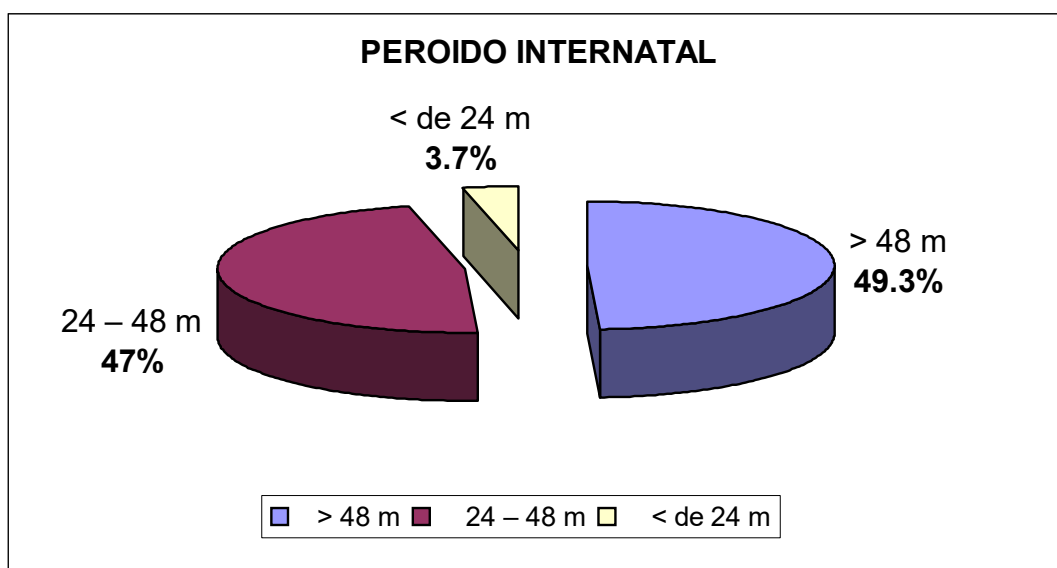


TABLA N° 7

FORMA DE INICIO DE TRABAJO DE PARTO EN LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ENERO – DICIEMBRE 2004

INICIO DE TRABAJO DE PARTO	Frecuencia	Porcentaje
Esponánea	552	98.2
Inducido y/o acentuado	10	1.8
TOTAL	562	100.0

GRAFICA N° 7

FORMA DE INICIO DE TRABAJO DE PARTO EN LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ENERO – DICIEMBRE 2004

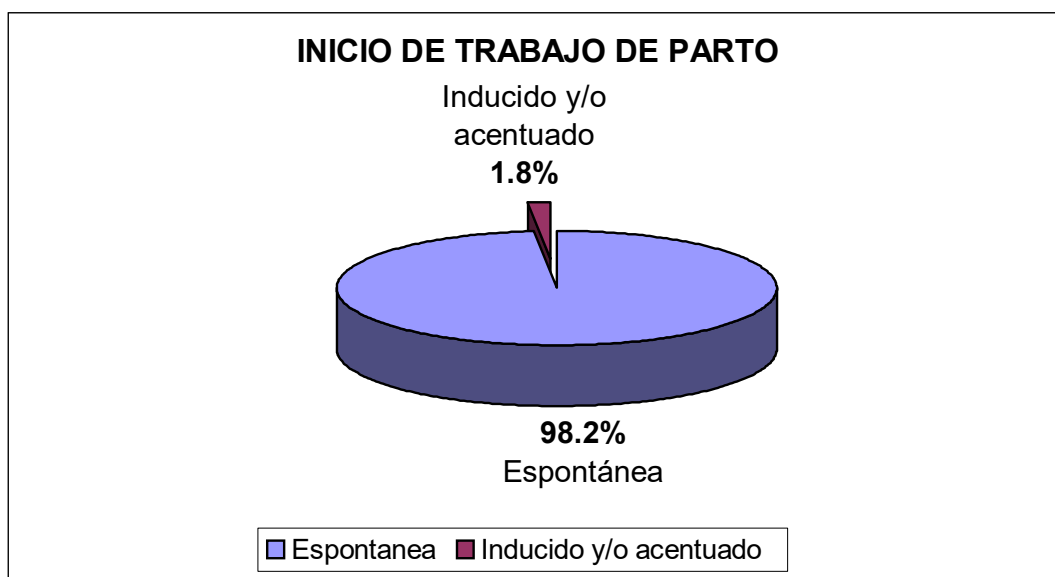


TABLA N° 8

COMPLICACIONES EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ENERO – DICIEMBRE 2004

COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	482	87.5
Trabajo de parto disfuncional	26	4.6
Expulsivo Prolongado	17	3.0
Desgarro de cérvix	14	2.5
Desgarro de Pared Vaginal	10	1.8
Hipotonía uterina	1	0.2
Hematoma de pared vaginal	1	0.2
Dehiscencia de cicatriz operatoria	1	0.2
TOTAL	562	100.0

GRAFICO N° 8

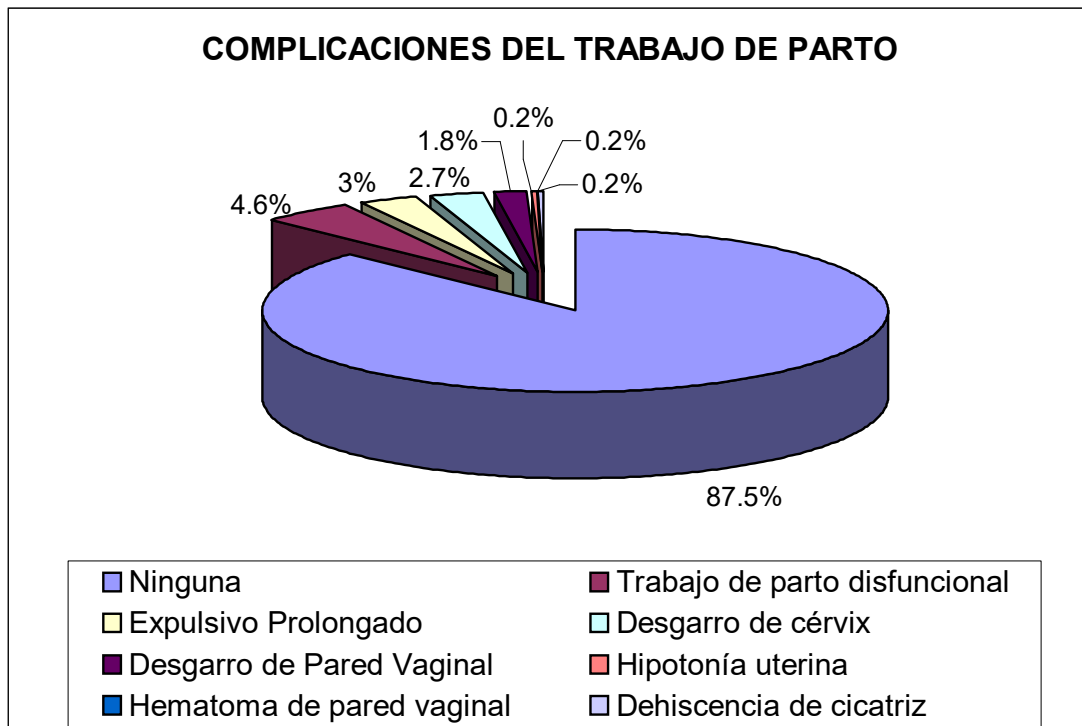


TABLA N° 9

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO EN LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ENERO – DICIEMBRE 2004

COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	529	94.1
ITU	16	2.8
Endometritis	9	1.6
Fiebre puerperal	6	1.1
Infección de la episiotomía	2	0.4
TOTAL	562	100.0

GRAFICA N° 9

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO EN LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ENERO – DICIEMBRE 2004

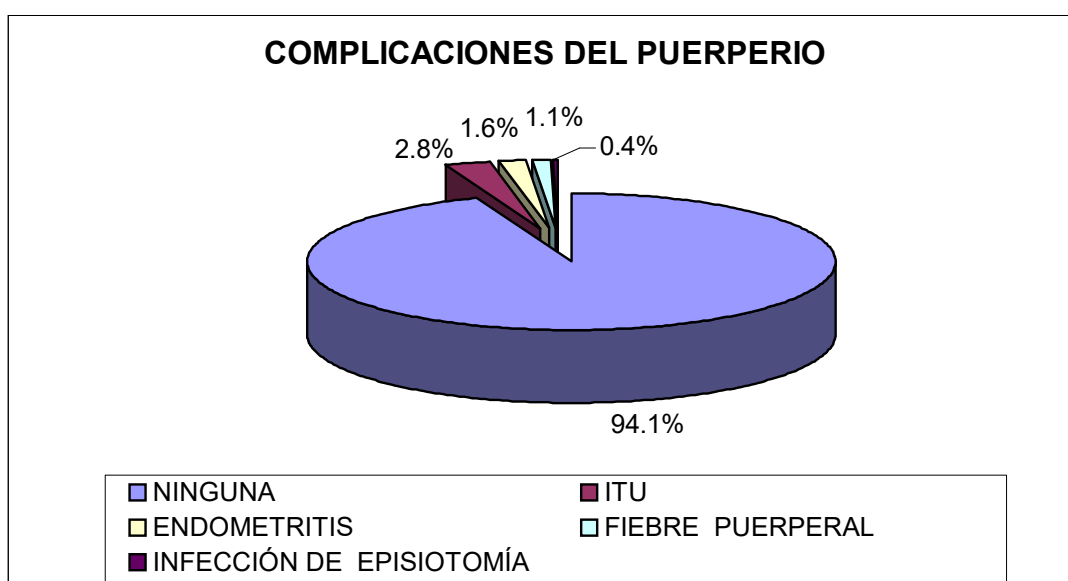


TABLA N° 10

**PESO DEL RECIÉN NACIDO POR PARTO VAGINAL DE LA
GESTANTE CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
ENERO – DICIEMBRE 2004**

PESO	Frecuencia	Porcentaje
< 2500 g	27	4.8
2500 – 40 00 g	512	91.1
> 4000 g	23	4.1
TOTAL	562	100.0

GRAFICA N° 10

**PESO DEL RECIÉN NACIDO POR PARTO VAGINAL DE LA
GESTANTE CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
ENERO – DICIEMBRE 2004**

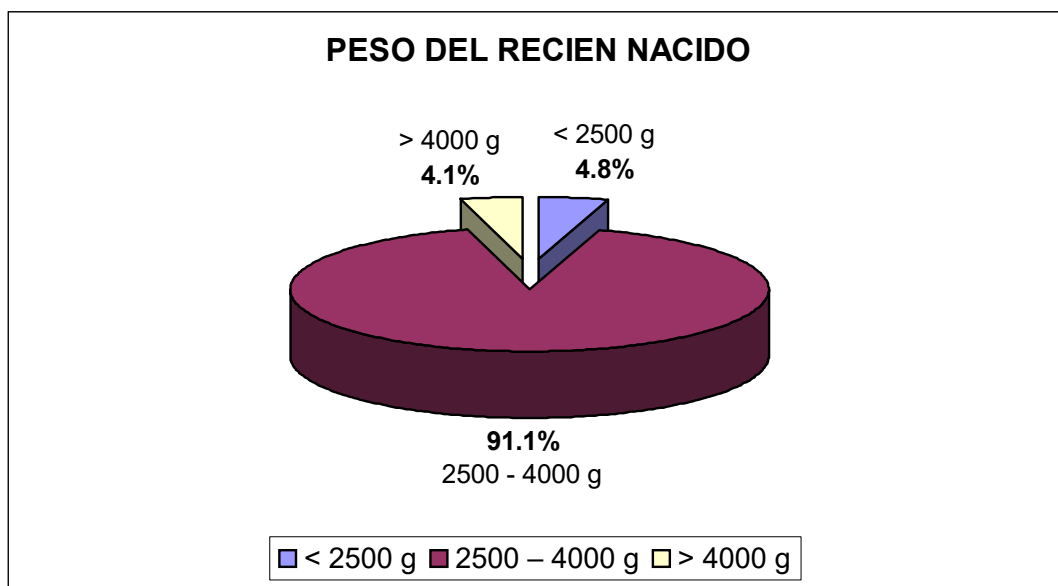


TABLA N° 11

APGAR AL PRIMER Y CINCO MINUTOS DEL RECIEN CACIDO DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ENERO – DICIEMBRE 2004

APGAR	1° MINUTO		5 MINUTOS	
	N° casos	Porcentaje	N° casos	Porcentaje
0	6	1.1	8	1.4
1 - 3	4	0.7	0	0.0
4 - 6	11	2.0	2	0.4
7 - 10	541	96.3	552	98.2
TOTAL	562	100.0	562	100.0

TABLA N° 12

ESTANCIA HOSPITALARIA DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y QUE TUVIERON UN PARTO VAGINAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL ENERO – DICIEMBRE 2004

Tiempo de hospitalización		
Días	Frecuencia	Porcentaje
1 – 2	526	93.6
3 – 4	22	3.9
> 4	14	2.5
TOTAL	562	100.0

VI. DISCUSIÓN

La operación cesárea apareció como un procedimiento que tenía como objetivo preservar la vida de la madre y el niño, sin embargo con el transcurso de los años la alta incidencia de nacimientos por cesárea se ha convertido en uno de los problemas más importantes de la obstetricia actual, de tal manera de lo que apareció como una solución ahora es un problema^{15,31,32}. Entre 1970 y 1988 la tasa de cesáreas en los EEUU se incremento notablemente de 5% a cerca del 25%³³. Este aumento también se dio en nuestro medio, reportes nacionales informan de un incremento de la tasa de cesáreas en alrededor del 20%^{12,21}, siendo la principal causa el antecedente de una cesárea previa^{10,13}.

El aumento de la frecuencia de cesáreas en las últimas décadas se ha relacionado con la filosofía que imperaba en aquella época coma lo revela la frase de Craigin¹. En últimas publicaciones se reporta que el factor médico legal así como el aumento del uso de monitoreo cardíaco electrónico fetal continuo son factores que aumentan la tasa de cesárea^{14, 34, 35}.

Ahora más que antes existe una tendencia a intentar parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea. Por tal motivo, toda acción dirigida a disminuir la tasa de cesáreas debe apuntar a disminuir el antecedente de cesárea como indicación. Así mismo, el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) en la actualización de sus guías para el *Parto Vaginal después de una Cesárea*, resalta la necesidad de que los médicos ofrezcan a las mujeres la oportunidad de tener un parto vaginal antes que una cesárea iterativa²⁸. El parto vaginal en cesárea previa es una de las principales estrategias planteadas para lograr la disminución de la tasa de cesáreas a nivel mundial. Considerada por el

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) como un método seguro y práctico, se reporta en la literatura que la tasa de éxito de este estudio esta entre 71-83% con una frecuencia muy baja de complicaciones siendo la ruptura uterina la más grave³⁶. El parto vaginal en cesárea previa a nivel mundial esta siendo utilizado con más frecuencia, sin embargo, en los casos fallidos la morbilidad es importante, es por esto que aún sigue siendo considerado un problema alrededor del cuál gira la controversia de intentar una prueba de trabajo de parto en las pacientes con antecedente de cesárea previa³⁷.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el año 1991, la frecuencia de partos vaginales en cesareadas anteriores fue de 69.44%¹¹ y en otro estudio, durante el año 1992, de 1045 gestantes con el antecedente de una cesárea previa el 42.96% tuvieron parto vaginal³⁸.

Existen muchos factores no médicos como la edad de la paciente, su grado de instrucción, el nivel de ingreso, el nivel de atención, etc, que influyen en la aceptación de un trabajo de parto por parte de la paciente cesareada anterior.

Los resultados obtenidos en este estudio en relación al grupo etáreo, se encontró que más frecuentemente se dio entre los 20-35 años (84.7%), el cual se puede explicar por estar dentro de la edad reproductiva de la mujer. Este hallazgo concuerda con lo reportado en la literatura donde la edad más frecuente oscila entre los 20-29 años^{11,39}. La edad gestacional a término también fue las más preponderante (95%), como era de esperarse al igual que en otros estudios.

La historia clínica y el control prenatal adecuados son instrumentos a considerar en base a los cuales se tomará la decisión fundamental sobre la vía de parto en gestantes con antecedente de cesárea previa, ya que nos permite conocer sus características y evolución durante su gestación y de esta manera identificar otros

factores de riesgo. En el presente estudio podemos observar que sólo el 55.4% de las pacientes tuvieron más de cuatro controles. Sin embargo, el tener un 13.3% de pacientes sin control es motivo de preocupación, más aún si consideramos que el 31.3% tuvo menos de cuatro controles, ya que una paciente con cesárea previa tiene un alto riesgo para su próxima gestación desde el momento de la intervención. Un alto porcentaje de control prenatal inadecuado como el mostrado puede reflejar una mala educación de la paciente durante su hospitalización, lo cual es importante evitar a fin de que en el próximo embarazo esté se realice en forma adecuada y oportuna. Este es un punto que no se considera actualmente en muchos hospitales del país y que creemos puede modificarse fácilmente ^{14,28,32,40}.

En la literatura también está descrito que el mayor grado de instrucción es un factor que favorecería al parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa, ya que permitiría una mayor comprensión, por parte de las pacientes, de los beneficios y riesgos de una prueba de trabajo de parto vaginal, así como una toma de decisiones conjunta con el médico ^{34,39}.

La paridad de la paciente es un factor descrito en la literatura que está relacionado con el éxito de una prueba de trabajo de parto. El tener un parto vaginal previo es un factor predictivo positivo para el buen resultado de la prueba ⁴¹ y el éxito aumenta si el parto vaginal ocurre después de la cesárea ^{29,30,42,43}. En nuestro grupo de estudio la gran mayoría de pacientes (77.4%) tenían como antecedente una paridad, y solo el 22.6% tuvo como antecedente un parto vaginal previo y/o posterior a la cesárea. Además es fundamental el tipo de cesárea, siendo todas segmentarias: el 99.6% fueron primarias y cuatro casos (0.4%) fueron iterativas; a estos cuatro casos se les incluyó en el estudio porque llegaron a la institución en período expulsivo, y no se le encontró ninguna complicación materno perinatal. Aunque existen estudios

en cesareada anterior dos veces que luego tienen parto vaginal, lógicamente con menos éxitos ⁴⁴, aún no existe la suficiente experiencia como para intentar una prueba de trabajo de parto. La literatura reporta que el riesgo de ruptura uterina es mayor, hasta cinco veces más, en mujeres con dos cesáreas previas en comparación con aquellas que tienen una cesárea previa, pero este riesgo disminuye si ha tenido un parto vaginal previo ⁴⁵.

En cuanto al periodo internatal, una elevada frecuencia (96.4%) tuvieron más de dos años y un pequeño porcentaje (3.7%) tuvieron un periodo internatal corto (menor de dos años), no encontrándose ningún caso de ruptura uterina en ambos grupos. Aunque está descrito que el riesgo de ruptura uterina tiene una relación inversa al tiempo que existe entre los partos, es decir, a mayor período internatal el riesgo de ruptura disminuye ^{46,47}. En el trabajo de Bujold y cols. encuentran que las mujeres sometidas a trabajo de parto con un periodo internatal menor o igual a 24 meses se asoció a casi tres veces la probabilidad de ruptura uterina ⁴⁸. En nuestro medio hay trabajos que concluyen que un periodo internatal corto no es un impedimento para intentar una prueba de trabajo de parto ⁴⁹.

Con respecto al uso de oxitócicos durante el trabajo de parto, muchos estudios demuestran su seguridad y eficacia tanto en la inducción como en la estimulación del trabajo de parto en la gestante con antecedente de una cesárea previa. Algunos estudios indican que la inducción del trabajo de parto con oxitocina incrementa el riesgo de ruptura uterina en este grupo de pacientes y que la inducción con prostaglandinas presentan un riesgo más elevado ²⁷. En un reciente estudio, las pacientes que recibieron estimulación con oxitocina, la tasa de ruptura uterina sintomática fue 1% comparado con el 0.4% de aquellas que progresaron espontáneamente ⁵⁰. Y en un estudio de casos y controles no hubo asociación entre la

ruptura uterina y el uso de oxitocina ⁵¹. En el presente estudio el trabajo de parto fue predominantemente espontáneo (98.2%) y los pocos casos de estimulación del trabajo de parto no presentaron complicaciones con el uso de oxitocina y fueron exitosos, por lo que puede ser considerado muy útil pero bajo un control estricto y vigilancia adecuada. Cabe destacar que en nuestra institución no se acostumbra el uso de oxitocina para estimular el trabajo de parto en las pacientes con antecedente de cesárea previa. Así mismo, es infrecuente el parto vaginal instrumentado (vacuum extractor), solo se dio en tres casos y fueron para acortar el periodo expulsivo.

Las principales complicaciones maternas en la paciente con antecedente de cesárea previa, sometidas a una prueba de trabajo de parto, son la ruptura uterina y la muerte materna, pero encontrándose incidencias muy bajas. En nuestro estudio observamos que la complicación más grave que se presentó durante el parto fue un caso de dehiscencia parcial de cicatriz uterina (cuyo manejo fue conservador) y no se reportó ningún caso de ruptura uterina ni de muerte materna.

Al evaluar las demás complicaciones durante el trabajo de parto y parto se encontró que el trabajo de parto disfuncional, el expulsivo prolongado y el desgarro de cerviz fueron las más frecuentes, y a pesar de ello estas pacientes culminaron favorablemente su parto, ya que se le realizó un manejo adecuado, como en aquellas pacientes que presentaron expulsivo prolongado se requirió la ayuda de fórceps o vacuum.

Cabe señalar, que las pacientes que tuvieron un parto vaginal posterior a la cesárea presentaron menos complicaciones durante el trabajo de parto en relación a aquellas que tuvieron o no un parto vaginal previo a la cesárea. Además, se encontró que las complicaciones no tuvieron una relación con la edad materna y la edad gestacional, ya que en algunos estudios revelan que las pacientes que tienen más de

35 años de edad tienen mayor probabilidad de presentar una falla de la prueba de trabajo de parto después de una cesárea previa ⁵²; y en aquellas que tienen más de 40 semanas de gestación la posibilidad de éxito de un parto vaginal después de una cesárea disminuye pero sin incrementarse el riesgo de ruptura uterina ⁵³.

En el presente estudio se encontró que el 5.9% del total de casos presentaron complicaciones durante el puerperio, siendo la más frecuente la del tipo no obstétrico (2.8%) correspondiente a la infección del tracto urinario, seguido de la endometritis, la fiebre puerperal y la infección de episiotomía. Estos resultados concuerdan con otros trabajos publicados donde se reportan una menor incidencia de la morbilidad materna en las pacientes con antecedente de una cesárea previa y que intentan una prueba de trabajo de parto ^{18,26}.

Cuando se habla de estancia hospitalaria se refiere directamente a costos. En el presente estudio se encontró que la estancia hospitalaria fue de 1-2 días en el 93.6% de casos. Esto es importante, porque la disminución de los días de hospitalización reduce el costo por paciente y también el número de complicaciones puerperales, lo cual resulta en un beneficio para la paciente, ya que la estancia hospitalaria en las pacientes que son sometidas a cesárea es más prolongada que en aquellas que intentan una prueba de trabajo de parto, como lo descrito en la literatura ^{14,15,19}. Por lo tanto, si adoptáramos con más frecuencia una prueba de trabajo de parto, se disminuiría la estancia hospitalaria y se incrementaría el rendimiento de cama con la que se podría atender mayor número de gestantes y disminuir los costos hospitalarios.

En relación al peso del recién nacido se encontró el 91.1% con pesos adecuados (2500 - 4000 g) y el 4.1% con peso mayor a 4000 g. Aunque la macrosomía está asociado con una baja tasa de éxito de un parto vaginal después de

una cesárea, la literatura reporta que el 60-90% de mujeres que intentan una prueba de trabajo de parto y que tuvieron fetos macrosómicos fueron exitosos^{54,55} y la tasa de ruptura uterina se incrementa solo en aquellas mujeres sin un parto vaginal previo⁵⁶. En nuestro estudio la mayoría de macrosómicos tuvieron un parto vaginal sin complicaciones.

Con respecto al apgar, la literatura considera que el apgar a los 5 minutos tiene una buena correlación con la morbilidad neonatal a largo plazo¹⁷. En nuestro estudio encontramos que el 98.2% de los recién nacidos tuvieron un apgar mayor a los 5 minutos, lo que es similar a lo reportado por diversos autores^{17,26} que dan un rango entre 97-99%. Las complicaciones neonatales encontradas tampoco estaban relacionadas a la prueba de trabajo de parto y estas eran debidas sobretodo a problemas de la prematuridad.

Estos hallazgos concuerdan con muchos estudios, demostrando los beneficios de un parto vaginal con antecedente de cesárea. Por tal motivo, es aconsejable someter a una prueba de trabajo de parto a toda gestante con antecedente de cesárea previa en quién no existe contraindicación absoluta, ya que es un procedimiento seguro que puede llevar a un parto vaginal exitoso.

VII. CONCLUSIONES

- El grupo etáreo más frecuente fue el comprendido entre los 20-35 años de edad, siendo las gestantes a término casi el total, pero sólo el 62.5 % tuvo un control prenatal adecuado.
- No tuvieron partos vaginales previos el 77.4 % de las gestantes con antecedente de cesárea previa.
- El periodo internatal transcurrido entre la cesárea previa y la gestación actual fue mayor de 24 meses en el 96.3 %.
- El uso de oxitócicos o la aplicación de parto instrumentado es infrecuente en la institución de estudio.
- El parto vaginal con antecedente de cesárea previa en la mayoría de pacientes (87.5%) no presentó complicación alguna.
- De las pocas complicaciones que se presentaron las más frecuentes fueron el trabajo de parto disfuncional durante el trabajo de parto y las infecciones del tracto urinario en el puerperio.
- No se presentó ningún caso de ruptura uterina ni de muerte materna.
- La mayoría de gestantes tuvieron recién nacidos con pesos adecuados y apgar mayor de 7 al primer minuto.
- Se debe intentar una prueba de trabajo de parto monitorizado en toda gestante con antecedente de cesárea previa en quién no exista contraindicación obstétrica absoluta.

VIII. RECOMENDACIONES

- El parto vaginal en la cesareada anterior es recomendable en mujeres sin distocias ni contraindicaciones maternas o fetales, y que se realice en un centro hospitalario con ginecoobstetras capacitados, centro quirúrgico y los recursos médicos adecuados.
- Se debería crear estrategias de educación en las mujeres con antecedente de cesárea previa sobre la elección de la vía del parto de su próximo embarazo, por ser éste de alto riesgo, siendo necesario un adecuado control prenatal.
- Toda gestante con antecedente de cesárea previa que llega a un centro hospitalario, en etapa de fase activa o expulsivo, se le debería brindar una prueba de trabajo de parto vaginal monitorizado y al menor signo de alarma se procederá a realizar una cesárea de emergencia .
- Se debe promover el parto vaginal después de una cesárea por ser una opción que ha demostrado ser segura tanto para la madre como para su recién nacido y de esta manera disminuir la incidencia de cesáreas, los días de hospitalización y los costos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cragin B. Conservatism in obstetrics. N Y Med J 1916; 104: 1-3.
2. Flamm BL. Once a cesarean, always a controversy. Obstet Gynecol 1997; 90: 312-5.
3. Mastrobattista. Vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol Clin North Am 1999; 26: 295-304.
4. Sachs BP, Kobelin C, Castro MA, Frigoletto F. The risks of lowering the cesarean-delivery rate. N Engl J Med 1999; 340: 54-7.
5. Turner MJ. Delivery after one previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1997; 176: 741-4.
6. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med 1996; 335: 689-95.
7. Scott JR. Avoiding labor problems during vaginal birth after cesarean delivery. Clin Obstet Gynecol 1997; 40: 533-41.
8. Yap OW, Kim ES, Laros RK Jr. Maternal and neonatal outcomes after uterine rupture in labor. Am J Obstet Gynecol 2001; 184: 1576-81.
9. Oficina de estadística e informática nacional. ENDES 2000: Informe de la encuesta demográfica y salud familiar; 2000: 136-40.
10. Ronquillo I. Parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa. Estudio retrospectivo de los casos atendidos en los últimos cinco años en el Hospital Arzobispo Loayza. Tesis Bachiller en Medicina. UPCH 1984.

11. Acosta M, Cruz V, Calero A. Parto Vaginal posterior a cesárea. *Ginecología y Obstetricia Perú*. 1995. 41: 70-5.
12. Torres N. Parto vaginal en cesareada anterior en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 1995-1997. Tesis Bachiller en Medicina. UPOCH 1999.
13. Távara L. Epidemiología de la cesárea en el Perú. Trabajo presentado al XI Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia. Lima 1994: 53-9.
14. Flamm BL, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a prospective multicenter study. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 927-32.
15. Paul R. Cesarean birth: how to reduce the rate. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1903-11.
16. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. Swiss Working Group of Obstetric and Gynecologic Institutions. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 332-7.
17. Cowan RK, Kinch RA, Ellis B, Anderson R. Trial of labor following cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 933-6.
18. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 466-70.
19. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it? I. Maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:1365–71.
20. Chauhan SP, Martin JN Jr, Henrichs CE, Morrison JC, Magann EF. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075

patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 408–17.

21. Liberato F, Sánchez S. Parto vaginal versus cesárea en cesareada anterior: evaluación de la morbilidad materno perinatal. Hospital Nacional Dos de Mayo. Trabajo presentado al XIII Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia. Lima 2000: 53.
22. Vásquez G, Bautista F, Ramírez J. Estudio de parto vaginal en paciente cesareada anterior en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Diciembre 2001. Trabajo presentado al XIV Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia. Lima 2002: 21.
23. Grobman WA, Peaceman AM, Socol ML. Cost-effectiveness of elective cesarean delivery after one prior low transverse cesarean. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 745 – 51.
24. Blanchette H, Blanchette M, McCabe J, Vincent S. Is vaginal birth after cesarean safe? Experience at a community hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1478-84.
25. Leung AS, Farmer RM, Leung EK, Medearis AL, Paul RH. Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery: a case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1358-63.
26. Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1187-97.
27. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001; 345: 3-8.

28. American College of Obstetrician and Gynecologist. Practice Bulletin. Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 203-12.
29. Flamm B, Geiger A. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 907-10.
30. Gonen R, Tamir A, Degani S. Variables associated with successful vaginal birth after one cesarean section: a proposed vaginal birth after cesarean section score. *Am J Perinatol* 2004; 21: 447-53.
31. Alcántara R, Alcántara R II, Inguil W, Costa R, Zavaleta F. Operación cesárea: frecuencia, indicaciones y morbimortalidad materna y perinatal. Estudio prospectivo. *Ginecología y Obstetricia. Perú.* 1995. 41: 63-9.
32. Gregory KD, Henry OA, Gellens AJ, Hobel CJ, Platt LD. Repeat cesareans: how many are elective? *Obstet Gynecol* 1994; 84: 574-8.
33. Porreco RP, Thorp JA. The cesarean birth epidemic: Trends, causes and solutions. *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 175: 369-74.
34. Stafford RS. The impact of noclinical factors on repeat cesarean section. *JAMA* 1991; 265: 59-63.
35. Stafford RS. Alternative strategies for controlling rising cesarean section rates. *JAMA* 1990; 263: 683-7.
36. Miller DA, Diaz FG, Paul RH. Vaginal birth after cesarean: a 10-year experience. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 255-8.
37. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW et al. Maternal and Perinatal Outcomes Associated with a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery. *N Engl J Med* 2004; 351: 2581-9.

38. Yui L, Bazul N. Manejo de la gestante con una cesárea previa. *Ginecología y Obstetricia Perú*. 1995. 41: 76-82.
39. King DE, Lahiri K. Socioeconomic factors and the odds of vaginal birth after cesarean delivery. *JAMA* 1994; 272: 524-9.
40. De Mott R, Sandmire H. The green bay cesarean section study: II. The physician factor as a determinant of cesarean birth rates. *Am J Obstet Gynecol*. 1990; 162: 1593-602.
41. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Effect of previous vaginal delivery on the risk of uterine rupture during a subsequent trial of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1184-6.
42. Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, Zelop CM, Cohen A, Lieberman E. Trial of labor after cesarean delivery: the effect of previous vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 938-41.
43. Macones GA, Hausman N, Edelstein R, Stamilio DM, Marder SJ. Predicting outcomes of trials of labor in women attempting vaginal birth cesarean delivery: a comparison of multivariate methods with neural networks. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 409-13.
44. Gómez L, De La Vega G, Bautista F. Parto vaginal en cesárea anterior dos veces en el Hospital San Bartolomé. *Ginecología y Obstetricia*. Perú. Julio 2001. 47 (3).
45. Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, Zelop CM, Cohen A, Lieberman E. Rate of uterine rupture in women with one or two prior cesarean deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 872-6.

46. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 175-7.
47. Esposito MA, Menihan CA, Malee MP. Association of interpregnancy interval with uterine scar failure in labor: a case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1180-3.
48. Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier RJ. Interdelivery interval and uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1199-202.
49. Caballero B, Canaza R. Resultados materno perinatales de pacientes con parto vaginal con antecedente de cesárea previa menor de 24 meses en el IEMP: años 1995-2001. Trabajo de investigación para optar el título de especialista en Gineco Obstetricia. Lima – Perú. 2004.
50. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:882-6.
51. Goetzl L, Shipp TD, Cohen A, Zelop CM, Repke JT, Lieberman E. Oxytocin dose and the risk of uterine rupture in trial of labor after cesarean. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 381-4.
52. Bujold E, Hammoud AO, Hendler I, Berman S, Blackwell SC, Duperron L et al. Trial of labor in patients with a cesarean section: Does maternal age influence the outcome? *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 1113-8.
53. Zelop CM, Shipp TD, Cohen A, Repke JT, Lieberman E. Trial of labor after 40 weeks' gestation in women with prior cesarean. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 391-3.

54. Flamm BL, Goings JR. Vaginal birth after cesarean section: is suspected fetal macrosomia a contraindication? *Obstet Gynecol* 1989; 74: 694-7.
55. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Outcomes of a trial of labor following previous cesarean delivery among women with fetuses weighing > 4000 g. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 903-5.
56. Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, Peipert JF, Macones G. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 824-30.

X. ANEXOS

DEFINICIÓN DE TERMINOS:

CESAREA PREVIA: Gestante que acude con el antecedente de tener una cesárea.

PARTO VAGINAL: Vía natural del nacimiento del ser humano.

TRABAJO DE PARTO: Son periodos secuenciales que empieza con contracciones uterinas seguido de dilatación luego expulsión del producto y seguido de expulsión placentaria. Períodos: Dilatación, Expulsivo, Alumbramiento.

EDAD GESTACIONAL: Tiempo transcurrido del embarazo medido en semanas en relación al primer día de la última regla y/o ecografía o altura uterina.

TIEMPO DESDE LA ULTIMA CESAREA: Tiempo transcurrido desde la cesárea hasta el inicio de este trabajo de parto, medido en meses.

DEHISCENCIA DE CICATRIZ UTERINA: Abertura de la cicatriz previa, con integridad del peritoneo visceral suprayacente (serosa uterina); sin expulsión del contenido uterino.

ATONIA UTERINA: Se caracteriza por útero muy blando por sobre el ombligo que, como respuesta al masaje se contrae, pero rápidamente se relaja con reaparición de la metrorragia.

ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO: Presencia de restos placentarios o cotiledones y/o fragmentos de membranas ovulares adheridos a la pared uterina, más de un 20%.

USO DE OXITOCINA: Agente uterotónico aceptado por la FDA para la inducción del trabajo de parto.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION: Estancia hospitalaria de la madre o el recién nacido después del parto hasta su alta.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

N° REGISTRO:.....

PACIENTE: -----

N° DE HC:-----

FECHA DE RECOLECCION DE DATOS:-----

DATOS:

1. Edad Materna:años Peso materno: Kg
2. N° de embarazos:
3. Paridad:
4. CPN: **1 (SI) 2 (NO)** N° CPN:
5. Edad Gestacional:
6. Periodo internatal:
7. Tiempo desde la última cesárea:
 1. Menos de 24 meses
 2. 24 a 48 24 meses
 3. Más de 48 meses
8. Parto Vaginal:
 1. Previo
 2. Posterior
 3. Previo y posterior
 4. Ninguno
9. Indicación de la Cesárea previa:
 1. S.F.A. 5. Distocia de dilatación
 2. Embarazo gemelar 6. Otras distocia de presentación
 3. Presentación pelviana 7. Otros:.....
 4. H.I.E. 8. Desconocidos.
9. Trabajo de Parto:
 - Dilatación:
 - Expulsivo:
 - Alumbramiento:

10. Uso de oxitócico: 1.(si) 2 (no)
11. Tiempo de hospitalización de la madre:
12. Complicaciones del Trabajo de Parto: 1 (si) 2 (no)
1. Dehiscencia de cicatriz
 2. Rotura uterina incompleta
 3. Rotura uterina completa
 4. Atonia uterina
 5. Alumbramiento incompleto
 6. Retención placentaria
 7. Acretismo placentario
 8. Otros:
13. Complicaciones del puerperio:
- 1 (si) :
- 2 (no)
14. Peso del R.N:
1. menos de 2,500
 2. 2500 a 4000
 3. Más de 4000
15. Apgar al minuto:
16. Apgar a los 5 minutos:
17. Sexo: 1 (M) 2 (F)
18. Tiempo de hospitalización del R.N:
19. Morbilidad Neonatal:
-
 -
 -