



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Factores asociados a la selección de la vía del parto en cesareadas anteriores

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Gineco-Obstetricia

AUTOR

Raulins Kurt Ramirez Gutierrez

LIMA – PERÚ

2014

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	03
INTRODUCCION.....	05
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	06
1.1.- Planteamiento Del Problema.....	06
1.2.- Antecedentes Del Problema.....	06
1.3.- Marco Teórico.....	07
1.4.- Hipótesis.....	10
1.5.- Objetivos.....	10
1.5.1.- Objetivo General.....	10
1.5.2.- Objetivos Específicos.....	10
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
2.1.- Tipo De Estudio.....	11
2.2.- Diseño De Investigación.....	11
2.3.- Universo.....	11
2.4.- Muestra.....	11
2.5.- Criterios De Inclusión.....	11
2.6.- Criterios De Exclusión.....	11
2.7.- Descripción De Variables.....	12
2.7.1.- Variable Independiente.....	12
2.7.2.- Variable Dependiente.....	12
2.7.3.- Variables Intervinientes.....	13
2.8.- Recolección De Datos.....	13
2.8.1.- Técnica.....	13
2.8.2.- Instrumento.....	13
2.9.- Procesamiento Y Análisis De Datos.....	13
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	14
3.1.- Resultados.....	14
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	22
4.1.- Discusión Y Comentarios.....	22
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	23
5.1.- Conclusiones.....	23
5.2.- Recomendaciones.....	23
CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA.....	24
6.1.- Bibliografía.....	24
CAPÍTULO VII: ANEXOS.....	26
7.1.- Ficha De Recolección De Datos.....	26

RESUMEN

Objetivos: Determinar los factores asociados al parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea previa en el Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo de 2010-2013.

Material y métodos: La muestra estuvo constituida por 539 gestantes con antecedente de cesárea previa que acudieron al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, en el período antes mencionado. Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, elaborada para los fines de la investigación se ordenaron y procesaron, valiéndonos del programa SPSS 21.0 para Windows 2007.

Resultados: En cuanto al motivo de cesárea del primer embarazo encontramos una mayor frecuencia de feto en podálico en un 23.4% de los casos, así como feto en transverso (11.8%); parto disfuncional (11.3%); y preeclampsia severa en un 9.5% de los casos. En relación al sexo del recién nacido del parto cesárea encontramos una mayor frecuencia de neonatos del sexo masculino en un 50.5%; y en un segundo parto se encuentra una mayor frecuencia de neonatos del sexo femenino en un 54.5% de los casos. En el segundo parto observamos una mayor frecuencia de partos vaginales en un 85.2% de los casos. En relación a las complicaciones del segundo embarazo encontramos una mayor frecuencia de corioamnionitis en un 5.8% de los casos.

Conclusiones: La vía del parto después de una cesárea no estuvo condicionada por el motivo de la cesárea previa, mas si por enfermedad médica u obstétrica del segundo embarazo (Área bajo la curva<0.05) La vía vaginal en pacientes con cesárea previa se comportó con menor número de complicaciones para la madre y el feto.

Palabras clave: factores, cesareada anterior, vía de parto.

ABSTRACT

Objectives: To determine the factors associated with vaginal delivery in pregnant women with a history of a previous cesarean section in the Department of Obstetrics High Risk Mother Child National Teaching Hospital San Bartolomé in the period of 2010-2013.

Methods: The sample consisted of 539 pregnant women with a history of previous cesarean section who attended the National Teaching Hospital Child Mother St. Bartholomew, in the aforementioned period. The data obtained during the investigation, through data collection sheet, prepared for the purposes of the investigation were ordered and processed, availing the program SPSS 21.0 for Windows 2007.

Results: On the occasion of the first pregnancy cesarean found a higher frequency of breech fetus in 23.4% of cases and transverse fetus (11.8%); dysfunctional labor (11.3%); and severe preeclampsia in 9.5% of cases. In relation to sex newborn cesarean delivery found a higher frequency of male infants in 50.5%; and a second delivery is a higher frequency of female infants in 54.5% of cases. In the second litter we observed a higher frequency of vaginal delivery in 85.2% of cases. Regarding the second pregnancy complications are more frequent chorioamnionitis in 5.8% of cases.

Conclusions: The route of delivery after cesarean was not conditioned on the grounds of prior cesarean, but if for medical or obstetric illness second pregnancy (area under the curve <0.05) The vaginal route in patients with previous cesarean behaved fewer complications for mother and fetus.

Keywords: factors, previous cesareada, route of delivery.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe una tendencia a reemplazar el arte obstétrico por el abuso liberal de la cesárea. En Latinoamérica 12 de 19 países estudiados tienen tasas de cesáreas que varían de 16.8 % a 40 %. Estos 12 países representan el 81 % de todos los nacimientos de la región; así 850 000 cesáreas innecesarias se realizan cada año en América latina (1). La frase célebre “una cesárea, siempre cesárea”, en la actualidad considerada una exageración, fue planteada en una época en que los obstetras utilizaban incisiones verticales clásicas (2).

El parto vaginal en pacientes con cesárea previa es una condición ampliamente debatida desde hace muchos años, presentando controversias en su manejo como es la vía de culminación del embarazo y sus ventajas tanto para la madre como para el feto. Es por lo anterior que actualmente se postula la frase “una vez cesárea siempre controversia”. El principal argumento que se tenía para contraindicar el parto vaginal en las pacientes con cesárea previa, lo constituía el temor a la ruptura uterina. Existen publicaciones desde fines de los 70s que reportan partos vaginales en forma segura en el 83 % de las pacientes con cesárea anterior. El Instituto nacional de salud en EE.UU, en 1980 por la conferencia de consenso concluye que el parto vaginal después de una cesárea transversal baja es seguro y aceptable (2).

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tasa global de cesáreas en los Estados Unidos se ha elevado dramáticamente, de 5 % de todos los partos en 1970 hasta más de 26 % en 2002 (3). La mayor parte de este aumento se produjo en los años 1970 y comienzos de 1980. El esfuerzo para reducir el número de cesáreas, aunque inicialmente exitoso, no logró alcanzar los objetivos trazados en 2000 por la U.S. Public Health Service. Estos objetivos incluyeron alcanzar una tasa global de cesáreas de 15 %, y una tasa de parto vaginal después de una cesárea de 35 % de todos los partos para el año 2000. (4)

El Perú no está exento del aumento de la tasa de cesáreas, aunque no tenemos un sistema de registro integrado, las cifras varían de acuerdo a la realidad hospitalaria. El IMP, el mayor centro de referencia dentro de la red del Ministerio de Salud, en el 2005 reportó una tasa global de cesáreas de 39.7% (7), mientras el Hospital San Bartolomé en ese mismo año reportó una tasa global de cesáreas de 27.9 %. En nuestro medio el parto vaginal después de una cesárea ha sido poco evaluado, las estadísticas van desde 15,5% hasta 47,0%, con poca incidencia de complicaciones, lo que habla a favor de seguir manteniendo esta conducta (5); y los motivos de la mayor tasa de cesárea incluiría, el ambiente médico legal, monitoreo electrónico fetal, menor entrenamiento de partos instrumentados; similar a lo que ocurre en los Estados Unidos (5, 6)

1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Al estudiar los factores asociados con parto vaginal después de cesárea previa en un hospital maternidad de Río de Janeiro, E. d'Orsi et al, en un estudio caso-control de mujeres con cesárea previa que tuvieron parto vaginal (141 casos) o una cesárea repetida (304 controles) encontró las siguientes características asociadas con mayor probabilidad de parto vaginal: Una cesárea previa, dilatación cervical por encima de 3 cm., edad gestacional menor a 37 semanas, antecedente de al menos un parto vaginal previo y nivel de educación primario.(8)

Acosta M. et al en un estudio en el Instituto Materno Perinatal – Lima, Evaluó la incidencia de partos vaginales en madres con cesárea anterior, con el fin de ver la repercusión en la morbimortalidad materno perinatal, de 2141 madres con cesárea anterior, 1489 (69,4%) terminaron por vía vaginal y 652 (30,6%) por cesárea. En la muestra de 300/1489 partos vaginales, se observó que el 98% terminaron en parto eutócico y el 2% en parto instrumentado (vaccum); 96% fueron anteriormente cesareadas una vez, 3% tuvieron dos cesáreas previas y 1% fueron tres veces; cesareadas. Las complicaciones reportadas fueron del 0,7% (atonía uterina), siendo ausentes las roturas uterinas y dehiscencia de cicatriz. Finalmente, se observó en los neonatos una incidencia de asfixia severa de 3,3 % (5)

L. J. Van Bogaert en un estudio realizado en Sudáfrica, para investigar los patrones de labor en partos vaginales después de cesárea previa versus la cesárea repetida por fracaso de prueba de parto vaginal en cesareada anterior, encontró que la indicación de la cesárea primaria en términos de recurrente y no recurrente no afectó el subsiguiente modo de parto y el parto disfuncional ocurrió en la mayoría de cesáreas primarias y cesáreas repetidas de emergencia pero no como una condición recurrente en las mismas parturientas. (9)

Landon M. y Cols condujeron un estudio observacional prospectivo de 4 años en 19 centros para comparar resultados maternos y perinatales entre mujeres que siguieron prueba de trabajo de parto después de cesárea (TOL) y mujeres que siguieron cesárea electiva repetida sin labor (ERC). De 45 988 mujeres 17 898 tuvieron TOL (38.9%). Rotura uterina ocurrió en 124 mujeres que siguieron TOL (0,7%). Casos de encefalopatía hipóxica-isquémica ocurrió en infantes de madres que tuvieron TOL y no ocurrió en aquellas que fueron sometidas a ERC ($p < 0.001$). Siete de los casos de Encefalopatía hipóxica-isquémica asociados a rotura uterina (riesgo absoluto, 0.46 por 1000 mujeres a término que siguieron TOL) incluyendo dos muertes neonatales. (23)

Macones G. y cols., en un estudio multicéntrico en 17 centros y una población de 25005 mujeres de las cuales un 57,7% tuvo un VBAC, la incidencia de rotura uterina fue de 0,98% en este grupo; no se evidenció casos de rotura uterina en las pacientes que tuvieron cesárea electiva repetida. Además el antecedente de parto vaginal previo fue asociado con un bajo riesgo de rotura uterina (OR ajustado =0.40, 95% IC 0.20-0.81). (24)

1.3.- MARCO TEÓRICO

Parto vaginal después de Cesárea previa (VBAC): El parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa, de las siglas en inglés “*Vaginal Birth after cesarean*”, es una parte importante del esfuerzo para reducir el número de partos por cesárea. La tasa esperada para parto después de cesárea es del 75% al 82% con una relativamente baja tasa de complicaciones (0.8%), incluyendo una tasa de mortalidad perinatal relacionada con ruptura uterina del 0.024%.

Las recomendaciones del American College of Obstetricians and Gynecologists (2009) para seleccionar las candidatas para el VBAC, son las siguientes:(10)

Una o dos cesáreas segmentarias previas.

Pelvis clínicamente adecuada.

Ninguna otra cicatriz uterina, anomalías o ruptura previa.

Médico disponible de inmediato a lo largo de todo el trabajo de parto, capaz de monitorear el trabajo de parto y de realizar una cesárea de emergencia.

Disponibilidad de anestesia y personal para una cesárea de emergencia.

Además de lo anterior hay que tener en cuenta que el progreso del trabajo de parto es evaluado por el partograma y se debe actuar acorde a los resultados del mismo, puesto que la incidencia de ruptura uterina es mayor cuando se ha pasado en tiempo la línea de acción según la curva de Friedman, esto puede llevar a un aceptable pero poco incremento de las tasas de cesárea pero con beneficios notorios como la disminución de la incidencia de ruptura uterina y la morbilidad materno fetal.

El monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal es de las medidas más importantes debido a que los cambios de la misma pueden ser el signo más precoz de inminencia de rotura uterina (78%) (11)

La revisión digital del segmento uterino a nivel de la cicatriz previa es recomendada por algunos con miras a detectar alguna solución de continuidad y revelar la integridad de la misma posterior al parto. Los datos aportados por diferentes trabajos sugieren que la revisión transcervical de la cicatriz uterina de cesárea anterior, debe ser realizada solamente en los pacientes sintomáticos (dolor suprapúbico persistente, retención placentaria, sangrado excesivo durante trabajo de parto) o cuando los factores de riesgo están presentes (trabajo prolongado, expulsivo prolongados, extracción instrumental) (12-14). Demostrando que la revisión de la cicatriz de cesárea de rutina no se justificaría.

Contraindicaciones absolutas de prueba de trabajo de parto: Solo el 15.6% de las pacientes con cesárea previa tienen contraindicaciones relativas o absolutas para realizar trabajo de parto por vía natural. (15) Las contraindicaciones absolutas incluyen: Incisión uterina clásica previa, Incisión uterina en forma de T, rotura uterina previa, complicaciones quirúrgicas en el momento del primer nacimiento abdominal (Ej.: Laceraciones cervicales extensas), cirugía uterina previa con ingreso a la cavidad del órgano, desproporción céfalo-pélvica obvia. Se consideran contraindicaciones relativas, dos o más cesáreas previas, cicatriz uterina de tipo desconocido, embarazos gemelares o macrosomía fetal diagnosticada previamente por ecografía.

Tasas de éxito de parto vaginal después de cesárea previa: El éxito de parto vaginal en pacientes con cesárea previa puede variar de acuerdo a la indicación con que se realizó la cesárea inicial. Los rangos varían entre 50% y 85% (16), observándose las mayores tasas de éxito en cesáreas previas por casos de sufrimiento fetal agudo, embarazo gemelar, presentación podálica. La tasa de cesárea repetida por falta en el progreso del trabajo de parto o labor disfuncional (33% a 78), es considerada como causa previa recurrente, lo que daría tasas más bajas que las demás que serían consideradas dentro de las no recurrentes.

Otras variables pueden influir de manera significativa en el resultado bien sea el éxito (Parto vaginal) o no éxito (Parto por cesárea), según el estudio realizado por Pickhardt en 1.992 tomando 312 pacientes en el cual encontró como variables estadísticamente significativas el peso estimado fetal por ecografía, la edad gestacional, la indicación de la cesárea previa, el número de partos vaginales previos, el número de cesáreas previas y en los casos donde se realizó inducción del trabajo de parto, los cambios cervicales presentes como la dilatación y el borramiento cervical así como la estación de la presentación fetal (Puntaje de Bishop). Estas variables como evaluadores pronósticos del resultado final del

embarazo tienen un excelente valor predictivo positivo en cuanto al éxito del mismo (94.5%), sin embargo el valor predictivo negativo fue sólo del 33.3% y aquellas pacientes que los indicadores pronósticos para parto por vía vaginal no eran favorables un 66,6% tuvieron un parto vaginal normal. Otras variables analizadas como la raza, edad, talla y peso materno, gravidez, paridad y ruptura prematura de membranas no fueron estadísticamente significativas. (17,18)

Se han propuesto sistemas de puntaje que predicen el éxito o fracaso del parto vaginal después de la cesárea previa, es así que en 2007 Flamm y cols. (19) habían presentado un estudio de 5.022 pacientes con antecedente de cesárea sometidas a prueba de trabajo de parto. Concluyen que la modalidad de parto vaginal fue afectada significativamente por 5 variables que se incorporaron al sistema de puntaje: edad materna menor de 40 años, presencia de parto vaginal previo, razón para la primera cesárea, borramiento y dilatación cervical al ingreso. Un aumento del puntaje se correlacionó con mayor probabilidad de parto vaginal posterior o cesárea. Es así como el puntaje 0 a 2 significa 49% parto vaginal, y puntaje 8 a 10, 95% parto vaginal.

El uso de la ultrasonografía, evaluando el grosor del segmento uterino inferior ha mostrado cierta utilidad en estudios prospectivos recientes (20), encontrando que la incidencia de ruptura uterina es inversamente proporcional al grosor del segmento uterino mediante examen ecográfico, con un punto de corte de 3.5 mm, dando así valores predictivos positivos de 11.8% y valores predictivos negativos de 99.3%, sin embargo se considera que faltan más estudios al respecto.

Complicaciones maternas y perinatales del parto vaginal con cesárea previa: Desde mucho tiempo la complicación más temida por los obstetras al ofrecer parto vaginal con cesárea previa es la ruptura uterina. Las definiciones de los diferentes tipos de ruptura uterina a saber son: (2, 6,21)

DEHISCENCIA: Corresponde a una "ventana", la solución de continuidad uterina no compromete el peritoneo y no hay vaciamiento de su contenido.

RUPTURA INCOMPLETA: Abertura de la cicatriz con expulsión del contenido uterino sin compromiso del peritoneo.

RUPTURA COMPLETA: Hay expulsión del producto y ruptura del peritoneo.

La rotura uterina ocurre en 0,1%(2) de todos los embarazos de término y se puede asociar a una dehiscencia de cicatriz uterina previa, un parto espontáneo rápido, estimulación excesiva con oxitocina, multiparidad, desproporción céfalo pélvica o una presentación transversa no reconocida. Las manifestaciones pueden incluir: 1. Dolor abdominal severo, frecuentemente irradiado al hombro debido a irritación diafragmática por la sangre dentro de la cavidad abdominal; dolor en la zona de la cicatriz; 2. Hipotensión materna hasta Shock y muerte materna. 3. Bradicardia fetal hasta muerte fetal.

Sin embargo, al existir el antecedente de una cesárea, la incidencia de rotura uterina casi llega al 1%. En el año 2000 se publica un meta-análisis comparativo entre prueba de

trabajo de parto (TOL) y cesárea electiva (ERC) de 15 estudios, con 45.244 pacientes, con antecedente de una cesárea. (22) El 72,3% de las sometidas a prueba de trabajo de parto, obtenía con éxito un parto vaginal. El número de roturas uterinas fue pequeño: 0,4% (90 de 22.982) para las con prueba de trabajo de parto, versus 0,2% (26 de 16.134) en aquellas en que se realizaba cesárea electiva. Al comparar respecto a muerte materna, se encontraron 3 en 27.504 TOL, 0 en 17.740 ERC. Diferencia no significativa (OR 1,52; 95% IC; 0,36-6,38). Respecto a la mortalidad fetal y neonatal, de 23.286 TOL se produjeron 136 muertes fetales (0,6%). Y en 16.239 ERC, 56 muertes fetales (0,3%). Diferencia estadísticamente significativa (OR 1,75; 95% IC; 1,30-2,34). Apgar a 5 minutos menor a 7, más frecuente en prueba de trabajo de parto (OR; 2,24; 95% IC: 1,10-4,71)

1.4.- HIPÓTESIS

La edad materna, número de partos vaginales previos, tiempo de la cesárea previa, indicación de la cesárea previa, la dilatación cervical al momento de la admisión, edad gestacional, estado de las membranas son factores asociados que determinan la posibilidad de parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea previa en el servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo 2010-2013.

1.5.- OBJETIVOS

1.5.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados al parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea previa en el Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo de 2010-2013.

1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la tasa de partos vaginales y de cesáreas en gestantes con antecedente de una cesárea previa.

Comparar los factores asociados al parto vaginal con el grupo control (cesárea iterativa)

Determinar si la indicación de la primera cesárea influye en el éxito del parto vaginal después de una cesárea previa

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1.- TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es descriptivo, observacional.

2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de Casos y Controles.

Casos: Gestantes con antecedente de una cesárea previa que tuvieron parto vaginal en el Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé entre el 2010-2013

Controles: Gestantes con antecedente de una cesárea previa que fueron sometidas a cesárea repetida o iterativa en el Servicio de Obstetricia de Alto riesgo del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé entre el 2010-2013

2.3.- UNIVERSO

Corresponde a las gestantes con antecedente de una cesárea previa que ingresaron al Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de 2010-2013.

2.4.- MUESTRA

Tamaño muestral: Se calculó el tamaño de la muestra usando el programa informático EPIDAT 3.0 para un OR esperado de 3,52 según investigación previa (8), con un nivel de confianza de 95%, potencia de 80% y relación caso –control 1:1, obteniéndose 46 casos y 46 controles como mínimo.

2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Serán incluidas todas las pacientes que tuvieron atención de parto (Vaginal o Cesárea Iterativa) en el Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, con las siguientes características:

Una cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja.

Feto único.

Presentación Cefálica.

2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Serán excluidas las pacientes con:

Antecedente de cesárea corporal clásica.

Antecedente de incisión uterina en "T" invertida.

Cirugía uterina previa.

Dos o más cesáreas previas.

Presentación podálica.

Embarazo gemelar.

Macrosomía fetal (peso \geq 4000 g.) con diagnóstico ecográfico previo.

Polihidramnios.

Dehiscencia o ruptura uterina en embarazos anteriores.

Anomalías congénitas uterinas.

Cualquier patología que cause obstrucción mecánica directa en la progresión del trabajo de parto.

Patología materna o fetal actual que contraindique un trabajo de parto.

2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Independiente.

Edad materna

Número de partos vaginales previos

Tiempo de la cesárea previa

Indicación de la cesárea previa

Dilatación cervical al momento de la admisión

Edad gestacional

Estado de las membranas

Uso de oxitocina

Dependiente.

Parto vaginal después de cesárea previa

Cesárea iterativa (electiva o de emergencia)

Intervinientes.

Grado de instrucción

Ocupación

2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS

2.8.1.- TÉCNICA

Fuente primaria: Datos obtenidos del libro de registro de partos e historias clínicas de las pacientes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia de Alto Riesgo.

Técnica de recolección de información: Llenado de un formato de recolección de datos. En primer lugar se ubicará en el libro de registro de partos los casos de gestantes con antecedente de una cesárea previa que ingresaron de emergencia o consultorio externo y que tuvieron atención de parto en el periodo de estudio, posteriormente se revisará la historia clínica de la paciente para el llenado de la ficha de recolección de datos a partir de la hoja de ingreso de emergencia o consultorio, hoja de monitoreo obstétrico, el Partograma, y el reporte de parto o reporte operatorio según sea el caso si acabo en parto vaginal o cesárea.

2.8.2.- INSTRUMENTO

Toda la información obtenida en base a las variables planteadas fue recopilada en una Ficha de Recolección de Datos de elaboración propia (ver anexo).

2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenaron y procesaron en una computadora personal, valiéndonos de los programas Microsoft Excel v.2007, SPSS v.18.0 y Epidat v.3.1. Se estudiaron las variables obtenidas en la consolidación y se procesaron estadísticamente. Se observaron y analizaron los resultados y la posible aparición de relaciones entre ellos utilizando el método Chi cuadrado y prueba exacta de Fisher para variables cualitativas y el test de Student para variables cuantitativas ($P < 0.05$).

CAPÍTULO III

RESULTADOS

El presente estudio se estudiaron un total de 539 gestantes con cesárea previa que acudieron al Hospital San Bartolomé, en el período antes mencionado.

TABLA N°01			
RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS DE LAS PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA			
		N	%
MOTIVO DE LA CESÁREA DEL PRIMER EMBARAZO	FETO PODÁLICO	126	23.4 %
	ICP	42	7.8 %
	FETO TRANSVERSO	61	11.3 %
	DCP+RPM	17	3.2 %
	DISFACIA FASCICULAR	1	.2 %
	EMBARAZO GEMELAR	2	.4 %
	ICP+SFA	8	1.5 %
	ESTRECHEZ PÉLVICA	8	1.5 %
	ESTRECHEZ PÉLVICA	8	1.5 %
	MACROSOMIA FETAL	23	4.3 %
	DCP	34	6.3 %
	SFA+RPM	1	.2 %
	LES	2	.4 %
	PARTO DISFUNCIONAL	48	8.9 %
	PRESENTACION CARA	2	.4 %
	RPM	2	.4 %
	OLIGOAMNIOS	33	6.1 %
	MACROSOMIA FETAL+PREECLAMPSIA	12	2.2 %
	TRABAJO PARTO PROLONGADO	58	10.8 %
	PREECLAMPSIA SEVERA	51	9.5 %
SEXO DEL RECIEN NACIDO DEL EMBARAZO CON PARTO CESÁREA	MASCULINO	272	50.5 %
	FEMENINO	267	49.5 %
ENFERMEDAD MÉDICA U OBSTETRICA	ITU	85	15.8 %
	HIPEREMESIS GRAVÍDICA	1	.2 %
	NINGUNO	263	48.8 %
	ASMA	12	2.2 %
	TUMOR OVARICO DERECHO	10	1.9 %
	NEUROCISTICERCOSIS	3	.6 %
	RPM	10	1.9 %
	HIPOTIROIDISMO	2	.4 %
	PLACENTA PREVIA	2	.4 %
	HTA	2	.4 %
	ITU+RPM	31	5.8 %
	OLIGOAMNIOS SEVERA	2	.4 %
	MIOMATOSIS UTERINA	35	6.5 %
	ABORTO INCOMPLETO	16	3.0 %
	ANEMIA+IMINENCIA DE RUPTURA UTERINA	19	3.5 %
	AMENAZA DE ABORTO	11	2.0 %
	ABORTO	11	2.0 %
	PREECLAMPSIA SEVERA	13	2.4 %
	RPM+DPP+HIPERTIROIDISMO	11	2.0 %
	TERMINO DE LA GESTACIÓN DEL SEGUNDO EMBARAZO	VAGINAL	459
CESÁREA		80	14.8 %
SEXO DEL RECIEN NACIDO DEL SEGUNDO EMBARAZO	MASCULINO	245	45.5 %
	FEMENINO	294	54.5 %
COMPLICACIONES EN LA SEGUNDA GESTACIÓN	CORIOAMNIONITIS+RN FALLECIDO	1	.2 %
	FETO FALLECIDO	1	.2 %
	NINGUNO	506	93.9 %
	CORIONAMIOMITIS	31	5.8 %
COMPLICACIÓN	SI	33	6.1 %
	NO	506	93.9 %
VÁLIDOS		539	100.0 %

Fuente: ficha de recolección de datos

En cuanto al motivo de cesárea del primer embarazo encontramos una mayor frecuencia de feto en podálico en un 23.4% de los casos, así como feto en transverso (11.3%); parto disfuncional (8.9%); y preeclampsia severa en un 9.5% de los casos.

En relación al sexo del recién nacido del parto cesárea encontramos una mayor frecuencia de neonatos del sexo masculino en un 50.5%; y en un segundo parto se encuentra una

mayor frecuencia de neonatos del sexo femenino en un 54.5% de los casos. En el segundo parto observamos una mayor frecuencia de partos vaginales en un 85.2% de los casos.

En relación a las complicaciones del segundo embarazo encontramos una mayor frecuencia de corioamnionitis en un 5.8% de los casos.

TABLA N°02					
ASOCIACION DEL TERMINO DEL PARTO DEL SEGUNDO EMBARAZO CON EL MOTIVO DE CESÁREA, ENFERMEDADES MEDICAS DEL SEGUNDO EMBARAZO Y CON LAS COMPLICACIONES					
		INICIO DE TRABAJO DE PARTO			
		VAGINAL		CESÁREA	
		N	%	N	%
MOTIVO DE LA CESÁREA DEL PRIMER EMBARAZO	FETO PODÁLICO	105	22.9%	21	26.3%
	ICP	13	2.8%	29	36.3%
	FETO TRANSVERSO	61	13.3%	0	.0%
	DCP+RPM	17	3.7%	0	.0%
	DISFACIA FASCICULAR	1	.2%	0	.0%
	EMBARAZO GEMELAR	2	.4%	0	.0%
	ICP+SFA	8	1.7%	0	.0%
	ESTRECHEZ PÉLVICA	8	1.7%	0	.0%
	ESTRECHEZ PÉLVICA	8	1.7%	0	.0%
	MACROSOMIA FETAL	21	4.6%	2	2.5%
	DCP	34	7.4%	0	.0%
	SFA+RPM	1	.2%	0	.0%
	LES	2	.4%	0	.0%
	PARTO DISFUNCIONAL	46	10.0%	2	2.5%
	PRESENTACION CARA	2	.4%	0	.0%
	RPM	2	.4%	0	.0%
	OLIGOAMNIOS	31	6.8%	2	2.5%
	MACROSOMIA FETAL+PREECLAMPSIA	12	2.6%	0	.0%
	TRABAJO PARTO PROLONGADO	56	12.2%	2	2.5%
	PREECLAMPSIA SEVERA	29	6.3%	22	27.5%
ENFERMEDAD MEDICA U OBSTETRICA	ITU	85	18.5%	0	.0%
	HIPEREMESIS GRAVÍDICA	1	.2%	0	.0%
	NINGUNO	263	57.3%	0	.0%
	ASMA	12	2.6%	0	.0%
	TUMOR OVARICO DERECHO	0	.0%	10	12.5%
	NEUROCISTICERCOSIS	0	.0%	3	3.8%
	RPM	10	2.2%	0	.0%
	HIPOTIROIDISMO	2	.4%	0	.0%
	PLACENTA PREVIA	0	.0%	2	2.5%
	HTA	2	.4%	0	.0%
	ITU+RPM	0	.0%	31	38.8%
	OLIGOAMNIOS SEVERA	0	.0%	2	2.5%
	MIOMATOSIS UTERINA	16	3.5%	19	23.8%
	ABORTO INCOMPLETO	16	3.5%	0	.0%
	ANEMIA+IMINENCIA DE RUPTURA UTERINA	19	4.1%	0	.0%
	AMENAZA DE ABORTO	11	2.4%	0	.0%
	ABORTO	11	2.4%	0	.0%
	PREECLAMPSIA SEVERA	0	.0%	13	16.3%
RPM+DPP+HIPERTIROIDISMO	11	2.4%	0	.0%	
COMPLICACIÓN	SI	15	3.3%	18	22.5%
	NO	444	96.7%	62	77.5%

Fuente: ficha de recolección de datos

En relación al motivo de la cesárea del primer embarazo, que culminaron en parto vaginal en el segundo embarazo encontramos que hubo una mayor frecuencia de feto en podálico (22.9%); feto en transverso (13.3%) y parto disfuncional (10%); y el segundo embarazo el motivo de cesárea más frecuente fue la preeclampsia incompatibilidad céfalo pélvica (36.3%), preeclampsia severa (27.5%), y feto en podálico (26.3%).

TABLA N°03

MEDIAS DE LA EDAD MATERNA DEL PRIMER Y SEGUNDO EMBARAZO SEGÚN EL TIPO DE PARTO DEL SEGUNDO EMBARAZO

TIPO DE PARTO DEL SEGUNDO EMBARAZO		EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	EDAD DEL SEGUNDO EMBARAZO
VAGINAL	MEDIA	26.6601	30.8061
	N	459	459
	DESV. TÍP.	5.34099	5.46880
	MÍNIMO	16.00	19.00
	MÁXIMO	36.00	41.00
	% DEL TOTAL	85.2%	85.2%
CESÁREA	MEDIA	26.3250	30.4250
	N	80	80
	DESV. TÍP.	6.22322	5.15279
	MÍNIMO	16.00	19.00
	MÁXIMO	35.00	44.00
	% DEL TOTAL	14.8%	14.8%
TOTAL	MEDIA	26.6104	30.7495
	N	539	539
	DESV. TÍP.	5.47590	5.42012
	MÍNIMO	16.00	19.00
	MÁXIMO	36.00	44.00
	% DEL TOTAL	100.0%	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

En relación a las medias de la edad del primer y segundo embarazo según el tipo de parto del segundo embarazo, encontramos que la media de la edad del primer embarazo fue de 26.6+/-5.4 años; y del segundo embarazo fue de 30.7+/-5.4 años; no encontrándose una diferencia estadísticamente significativa de las edades en relación al tipo de parto del segundo embarazo.

TABLA N°04			
MEDIAS DE LA EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE LA FINALIZACION DEL EMBARAZO DEL PRIMER Y SEGUNDO EMBARAZO SEGÚN EL TIPO DE PARTO DEL SEGUNDO EMBARAZO			
TIPO DE PARTO DEL SEGUNDO EMBARAZO		EDAD GESTACIONAL	EDAD GESTACIÓN AL DEL SEGUNDO EMBARAZO
VAGINAL	MEDIA	38.2200	38.5185
	N	459	459
	DESV. TÍP.	1.75508	2.27315
	MÍNIMO	32.00	27.00
	MÁXIMO	41.00	41.00
	% DEL TOTAL DE N	85.2%	85.2%
CESÁREA	MEDIA	36.7125	37.7500
	N	80	80
	DESV. TÍP.	3.00293	1.44520
	MÍNIMO	30.00	34.00
	MÁXIMO	39.00	40.00
	% DEL TOTAL DE N	14.8%	14.8%
TOTAL	MEDIA	37.9963	38.4045
	N	539	539
	DESV. TÍP.	2.05771	2.18640
	MÍNIMO	30.00	27.00
	MÁXIMO	41.00	41.00
	% DEL TOTAL DE N	100.0%	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

En cuanto a las medias de la edad gestacional del primer y segundo embarazo según el tipo de parto del segundo embarazo, encontramos que la media de la edad gestacional del primer embarazo fue de 37.9+/-2.05 semanas; y del segundo embarazo fue de 38.4+/-2.1 semanas; no encontrándose una diferencia estadísticamente significativa de las edades en relación al tipo de parto del segundo embarazo.

TABLA N°05			
MEDIAS DEL PESO DEL RECIEN NACIDO DEL PRIMER Y SEGUNDO EMBARAZO SEGÚN EL TIPO DE PARTO DEL SEGUNDO EMBARAZO			
TIPO DE PARTO DEL SEGUNDO EMBARAZO		PESORN	PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL SEGUNDO EMBARAZO
VAGINAL	MEDIA	3260.1416	2990.8061
	N	459	459
	DESV. TÍP.	550.17874	336.84852
	MÍNIMO	1475.00	1090.00
	MÁXIMO	4800.00	3655.00
	% DEL TOTAL	85.2%	85.2%
CESÁREA	MEDIA	2957.1250	2993.5000
	N	80	80
	DESV. TÍP.	1032.88210	208.57473
	MÍNIMO	890.00	2505.00
	MÁXIMO	4500.00	3210.00
	% DEL TOTAL	14.8%	14.8%
TOTAL	MEDIA	3215.1670	2991.2059
	N	539	539
	DESV. TÍP.	652.66274	320.91040
	MÍNIMO	890.00	1090.00
	MÁXIMO	4800.00	3655.00
	% DEL TOTAL	100.0%	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

En cuanto a las medias del peso del recién nacido en el primer y segundo embarazo según el tipo de parto del segundo embarazo, encontramos que la media del peso al nacer del primer embarazo fue de 3215+/-652 gramos; y del segundo embarazo fue de 2991+/-320 gramos; no encontrándose una diferencia estadísticamente significativa de los pesos de los recién nacidos en relación al tipo de parto del segundo embarazo.

TABLA N°06

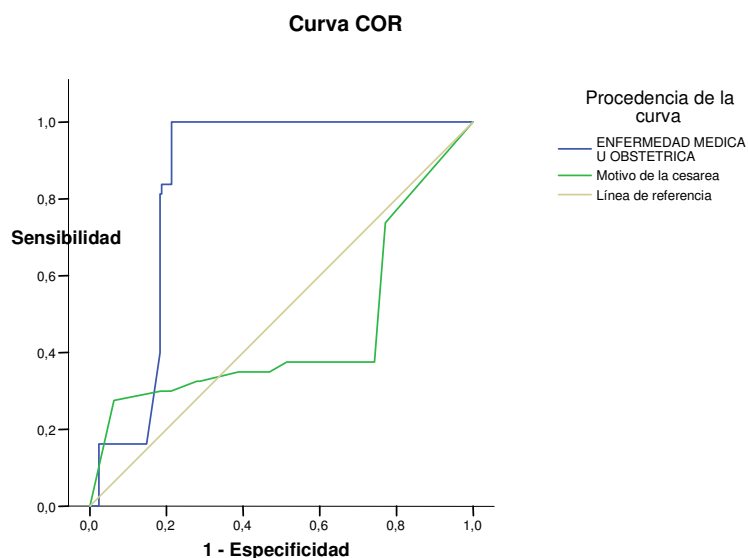
**ASOCIACION DE LAS COMPLICACIONES DEL SEGUNDO EMBARAZO EN
RELACION AL TIPO DE PARTO DEL SEGUNDO EMBARAZO**

			TIPO DE PARTO DEL SEGUNDO EMBARAZO		TOTAL	P
			VAGINAL	CESÁREA		
COMPLICACIÓN	SI	N	15	18	33	P<0.05
		%	3.3 %	22.5 %	6.1 %	
	NO	N	444	62	506	
		%	96.7 %	77.5 %	93.9 %	
TOTAL		N	459	80	539	
		%	100.0 %	100.0 %	100.0 %	

Fuente: ficha de recolección de datos

En cuanto a la asociación de las complicaciones del segundo embarazo en relación al tipo de parto del segundo embarazo encontramos que las pacientes que tuvieron parto cesárea en el segundo embarazo tuvieron mayor frecuencia de complicaciones (22.5% vs 3.3%); siendo esta diferencia estadísticamente significativa (P<0.05).

GRAFICO N°01
AREA BAJO LA CURVA PARA EL ESTUDIO DE LAS VARIABLES
PREDICTORAS DE PARTO CESÁREA EN EL SEGUNDO EMBARAZO



Los segmentos diagonales son producidos por los empates.

ESTADISTICOS DEL ÁREA BAJO LA CURVA					
VARIABLES RESULTADO DE CONTRASTE	ÁREA	ERROR TÍP.(A)	P	INTERVALO DE CONFIANZA ASINTÓTICO AL 95%	
				LÍMITE SUPERIOR	LÍMITE INFERIO R
ENFERMEDAD MEDICA U OBSTETRICA	.842	.017	.000	.809	.874
MOTIVO DE LA CESÁREA	.454	.042	.193	.373	.536

En relación al estudio de las variables predictoras de parto cesárea en el segundo embarazo encontramos que la presencia de una enfermedad medico u obstétrica condiciona a un segundo parto cesárea con una asociación estadísticamente significativa ($P < 0.05$)

TABLA N° 07**PERIODO INTERGENESICO ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO EMBARAZO**

TIPO DE PARTO DEL SEGUNDO EMBARAZO	MEDIA	N	DESV. TÍP.	MÍNIMO	MÁXIMO	% DEL TOTAL
VAGINAL	4.0915	459	2.91815	1.00	12.00	85.2%
CESÁREA	4.6750	80	2.59881	1.00	13.00	14.8%
TOTAL	4.1781	539	2.87823	1.00	13.00	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

En cuanto al periodo intergenésico entre el primer y segundo embarazo tenemos que la media para el parto cesárea fue de 4.6+/-2.5 años y para el parto vaginal fue de 4.09+/-2.9 años.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En nuestro estudio hallamos que el motivo de cesárea del primer embarazo en mayor frecuencia fue la presentación podálica en un 23.4% de los casos, así como feto en transverso (11.3%); parto disfuncional (8.9%); y preeclampsia severa en un 9.5% de los casos. Además encontramos que en el segundo embarazo hubo una mayor frecuencia de parto vaginal asociada a feto podálico, feto en transverso y parto disfuncional los cuales fueron motivos de cesárea en el primer embarazo, por lo que nuestros datos son discordantes con lo reportado por d'Orsi E et al, quienes en un estudio caso-control de mujeres con cesárea previa que tuvieron parto vaginal (141 casos) o una cesárea repetida (304 controles) encontraron las siguientes características asociadas con mayor probabilidad de parto vaginal: Una cesárea previa, dilatación cervical por encima de 3 cm., edad gestacional menor a 37 semanas, antecedente de al menos un parto vaginal previo y nivel de educación primario⁽⁸⁾

En nuestro estudio hallamos que de 539 pacientes con cesárea previa los que culminaron la gestación por parto vaginal fueron 459 (85.2%) y por cesárea 80(14.8%). Como podemos observar la frecuencia de partos vaginales es mucho mayor a lo reportado por Acosta et al⁽⁵⁾ quienes evaluaron la incidencia de partos vaginales en madres con cesárea anterior, con el fin de objetivar la repercusión en la morbilidad materno perinatal. De 2141 madres con cesárea anterior, 1489 (69,4%) terminaron por vía vaginal y 652 (30,6%) por cesárea. En la muestra de 300/1489 partos vaginales, se observó que el 98% terminaron en parto eutócico y el 2% en parto instrumentado (vacuum); 96% fueron anteriormente cesareadas una vez, 3% tuvieron dos cesáreas previas y 1% fueron tres veces; cesareadas. Las complicaciones reportadas fueron del 0,7% (atonía uterina), siendo ausentes las roturas uterinas y dehiscencia de cicatriz. Finalmente, se observó en los neonatos una incidencia de asfixia severa de 3,3 %⁽⁵⁾.

Van Bogaert en un estudio realizado en Sudáfrica, para investigar los patrones de labor en partos vaginales después de cesárea previa versus la cesárea repetida por fracaso de prueba de parto vaginal en cesareada anterior, encontró que la indicación de la cesárea primaria en términos de recurrente y no recurrente no afectó el subsiguiente modo de parto y el parto disfuncional ocurrió en la mayoría de cesáreas primarias y cesáreas repetidas de emergencia pero no como una condición recurrente en las mismas parturientas⁽⁹⁾

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES

La vía del parto después de una cesárea no estuvo condicionada por el motivo de la cesárea previa, mas sí por enfermedad médica u obstétrica del segundo embarazo (Área bajo la curva <0.05)

La vía vaginal en pacientes con cesárea previa se comportó con menor número de complicaciones para la madre y el feto.

5.2.- RECOMENDACIONES

- ✓ Deben realizarse trabajos prospectivos longitudinales y multicéntricos respecto a la vía del parto después de una cesárea.
- ✓ Debe mejorarse la elaboración de las historias clínicas y deben ser recopilados todos los datos, en lo que respecta a la paciente después de una cesárea

CAPÍTULO VI

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Parto después de una cesárea. México: instituto mexicano de seguro social, 2013.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth After Previous Caesarean Birth: Green-Top Guideline No. 45. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007. Accedido 10 junio 2010; Available at:
3. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth: No. 155. J Obstet Gynaecol Can. 2005; 27: 164-74.
4. Scott Parto Vaginal Después de Cesárea: Un Planteamiento de Sentido Común © 2011 The American College of Obstetricians and Gynecologists (Obstet Gynecol 2011;118:342–50) www.greenjournal.org
5. Acosta M, Cruz V, Calero A. Parto vaginal posterior a Cesárea. Ginecología y Obstetricia (Perú) 2005; 41(1):70-5.
6. Echeverri C, Cifuentes R. Parto natural después de cesárea. En: ginecología y Obstetricia basadas en las evidencias. Bogotá-Colombia: Distribuna Ltda.; 2002:421-433.
7. Instituto materno perinatal. Reporte estadístico, informe anual 2005. Of. De estadística e informática.
8. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Barbosa G, Angulo- Tuesta A, Gama A et al. Factors associated with vaginal birth after cesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 97:132-7.
9. Bogaert L. Mode of delivery after one cesarean section. Int j Gynecol Obstet 2004; 87: 9-13.
10. ACOG. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington, DC: ACOG; July 2009. Practice Bulletin No 5
11. Gotoh H, Masuzaki H, Yoshida A, et al. Predicting incomplete uterine rupture with natural sonography during the last second trimester in women with prior cesarean. Obstet Gynecol 2000; 95:596.
12. Silberstein T, Wiznitzer A, Katz M, Friger M, Mazor M. Routine revision of uterine scar after cesarean section: has it ever been necessary? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2008; 78(1): 29-32.
13. Perrotin F, Marret H, Fignon A, Body G, Lansac J. Scarred uterus: is routine exploration of the cesarean scar after vaginal birth always necessary? Paris: J Gynecol Obstet Biol Reprod 2009; 28(3): 253-62.

14. Kaplan B, Royburt M, Peled y, Hirsch M, Hod M, Ovadia Y, Neri A. Routine revision of uterine scar after prior cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 73(6): 473-5.
15. KD Gregory, OA Henry, AJ Gellens, CJ Hobel, LD Platt. Repeat cesareans: How many are elective. *Obstet Gynecol* 2004; 84:574-578.
16. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 89:319-31.
17. Pickhardt M, Martin J, Meydrech E, et al. Vaginal birth after cesarean delivery: Are there useful and valid predictors of success or failure. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 166:1811-9.
18. Jakobi P, Weissman A, Peretz B A, et al. Evaluation of prognostic factors for vaginal delivery after cesarean section. *J Reprod Med.* 2003; 38:729-33.
19. Flamm B., Geiger A: Vaginal birth after cesarean delivery. An admission scoring system. *Obstet Gynecol* 2007; 90: 907-10.
20. Rozenberg P, Goffinet F, Phillippe H J, et al. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects of scarred uterus. *Lancet* 2006; 347:281-4.
21. Piridjian G. Trabajo de parto con Cesárea previa. *Clin Obstet Ginecol.* 2002; 3: 429-38
22. Ellen L, Mozurkewich E, Hutton E: Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor. A meta-analysis of the literature from 1989 to 2009. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1187-97.
23. Landon M, Hauth J, Leveno K, Spong C, Leindecker S et al. Maternal and Perinatal Outcomes Associated with a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery. *N Engl J Med* 2004; 351(25): 2582-9.
24. Macones G, Peipert J, Nelson D, Odibo A, Stevens E, Stamilio D et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: A multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005, 193: 1656- 62.
25. Belizan JM, Althabe F. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: Ecological study. *BMJ* 2009; 319: 1397-400
26. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J Wenstrom K. *Willians Obstetricia.* 21ª Ed España: Edit Médica Panamericana; 2002.
27. Hamilton B, Martin J, Sutton PD. Births: Preliminary data for 2002. *Natl Vital Stat Rep* 2003; 51: 1-20
28. Public Health Service. *Healthy People 2000: National health promotion and disease prevention objectives. Full report with commentary.* Washington, DC: Government Printing office, 2000. 378

CAPÍTULO VII

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre:

HC:

Edad:

Grado de instrucción:

Analfabeto Primaria Secundaria Superior

Ocupación: _____

Fórmula Obstétrica: G _____ P _____

Partos vaginales: SI () 1 2 ó más NO ()

Tiempo de la cesárea previa:

< 2 años ≥ 2 años

Indicación de la cesárea previa:

Labor disfuncional

Sufrimiento fetal agudo

Presentación pelviana / transversa

Preeclampsia severa

Otra: _____

Edad Gestacional al momento del parto: ____ UR Ecografía

Dilatación cervical al ingreso:

< 4 cm ≥ 4 cm

Estado de las membranas al momento del parto:

Íntegras Rotas < 12 hrs. Rotas ≥ 12 hrs.

Uso de Oxitocina: SI () NO ()

Estimulación Inducción

Vía de parto del embarazo en estudio:

P. Vaginal Cesárea electiva Cesárea de emergencia

Indicación de la Cesárea iterativa: _____

Complicaciones del Embarazo: _____