



RESUMEN

Objetivo. Determinar la morbilidad materna y fetal en embarazadas a término de hasta 35 años de edad con parto vaginal poscesárea que acudieron al departamento de Gineco-obstetricia del hospital “Vicente Corral Moscoso”.

Material y Métodos. El universo de estudio lo conformaron todas las embarazadas a término de hasta 35 años con cesárea anterior en fase activa de labor de parto, que acudieron al departamento de gineco-obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso, durante los meses Noviembre del 2010 a Abril de 2011. La muestra estudiada fue 288 embarazadas más 20% dando un total 346 pacientes.

Resultados. Encontramos: Un 46.5% de éxito del parto vaginal poscesárea, En lo referente a morbilidad materna: 0.6% de hemorragia postparto y desgarro perineal y 1.2% hipotonía uterina. En cuanto a la morbilidad fetal: 1.9% distress respiratorio y 8.6% sufrimiento fetal agudo.

PALABRAS CLAVE: PARTO VAGINAL POSCESÁREA, HEMORRAGIA POSTPARTO, DESGARRO PERINEAL, HIPOTONÍA UTERINA, DISTRESS RESPIRATORIO, SUFRIMIENTO FETAL AGUDO.

DeCS: PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA-EFECTOS ADVERSOS; HEMORRAGIA POSTPARTO-EPIDEMIOLOGÍA; HIPOTONÍA MUSCULAR-EPIDEMIOLOGÍA; SÍNDROME DISNEICO RESPIRATORIO DEL RECIÉN NACIDO-EPIDEMIOLOGÍA; SUFRIMIENTO FETAL-EPIDEMIOLOGÍA; HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO; CUENCA-ECUADOR



SUMMARY

Objective. To determine the maternal and fetal morbidity in embarrassed upon maturity of up to 35 years of age with poscesárea birth vaginal that went to the department of Gineco-obstetrics of the hospital “Vicente Moscoso Corral”.

Material and Methods. The study universe upon maturity conformed all the pregnant women of up to 35 years to Cesarean previous in active phase of birth work, that went to the department of gineco-obstetrics of the hospital Vicente Moscoso Corral, during the months November of the 2010 to April of 2011. The studied sample was 288 embarrassed more 20% giving to a total 346 patients.

Results. We find: 46,5% of success of the poscesárea vaginal childbirth, With respect to maternal morbidity: 0,6% of postpartal hemorrhage and uterine perineal tear and 1,2% hipotonía. As far as the fetal morbidity: 1,9% distress respiratory and 8,6% acute fetal suffering.

KEYWORDS: VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN SECTION, POSTPARTUM HEMORRHAGE, PERINEAL TEAR, UTERINE HYPOTONIA, RESPIRATORY DISTRESS, ACUTE FETAL DISTRESS.

DeCS: VAGINAL BIRTH AFTER ADVERSE CESAREAN- EFFECTS; HEMORRHAGE POSPARTO-EPIDEMIOLOGÍA; HIPOTONÍA MUSCULAR-EPIDEMIOLOGÍA; RESPIRATORY DYSPNEIC SYNDROME OF JUST THE NACIDO-EPIDEMIOLOGÍA; SUFFERING FETAL-EPIDEMIOLOGÍA; REGIONAL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO; CUENCA-ECUADOR.

INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
CAPÍTULO I	9
1. INTRODUCCIÓN	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	15
CAPÍTULO II	16
1. MARCO TEÓRICO.....	16
1.2 LA CESAREA: UNA TENDENCIA QUE AUMENTA	19
1.3 MONITORIZACIÓN FETAL INTRAPARTO.....	20
CAPÍTULO III	23
1. HIPÓTESIS	23
2. OBJETIVOS	23
2.1 GENERAL	23
2.2 ESPECÍFICOS	23
CAPÍTULO IV	24
1. DISEÑO METODOLÓGICO	24
1.1 TIPO DE ESTUDIO.	24
1.2 UNIVERSO.....	24
1.3 MUESTRA.....	24
1.4 VARIABLES.	24
1.5 MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	25
1.6 PROCEDIMIENTO	26
1.6.1 NORMATIVA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL POS- CESAREA	26
1.6.1.1 ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	26
1.6.1.2 EMBARAZO ACTUAL	26
1.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	27
CAPÍTULO V	28
1. RESULTADOS	28
CAPÍTULO VI	34



1. DISCUSIÓN	34
2. CONCLUSIONES.....	37
3. RECOMENDACIONES	38
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
5. ANEXOS	41
5.1 MATRIZ DE DISEÑO DE LAS VARIABLES.....	41
5.2 FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS	42
5.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO	44



Yo, María Augusta Arias, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

María Augusta Arias, certifica que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**“MORBILIDAD MATERNA Y FETAL EN PARTO VAGINAL
POSSESAREA. CENTRO OBSTETRICO DEL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2010.”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

AUTORA: DRA. MARÍA AUGUSTA ARIAS CHUCHUCA.

DIRECTOR: DR. DIEGO VÁSQUEZ

ASESOR: DR. JORGE MEJÍA

Cuenca - Ecuador

2012



DEDICATORIA

A mi chiquita, mi hija Doménica Maite la luz de mi vida, por ser el factor principal que me impulso a seguir adelante y esforzarme cada día más a ser una buena madre y profesional.

A mis padres, hermanos y sobrinos de los que siempre tuve un apoyo incondicional en las metas que me propuse, que siempre confiaron en mí y estuvieron en los momentos buenos y malos.

Las mujeres que colaboraron en este estudio, gracias por ayudar a que se realicen estas investigaciones.

Dra. María Augusta Arias C.



AGRADECIMIENTO

A la Dra. Martha Robalino. Porque gracias a su ética y amor a la profesión, sin tener egoísmos nos enseñó mucho, por ser perseverante en las cosas que se propuso y ante todo ser una amiga incondicional.

Dr. Diego Vásquez y Dr. Jorge Mejía. Porque gracias a sus conocimientos y paciencia me pudieron guiar en esta investigación.

A mis lectores de tesis Dr. Jorge Narváez y Dra. Mercy Orellana. Por la orientación que me dieron para la culminación de mi tesis.

A la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, y al Hospital “Vicente Corral Moscoso” que siempre están preocupados en la formación de buenos profesionales de la salud.

Dra. María Augusta Arias C.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

En 1916 Craigin escribe la famosa frase "una vez cesárea, siempre cesárea". En esa época la cesárea era corporal o "clásica" incisión longitudinal del útero, que se extendía de forma vertical en el segmento uterino inferior a la región del fondo uterino. El uso de la incisión longitudinal comenzó a declinar después de la incisión uterina transversa baja fue iniciado por Kerr en la década de 1920. Afortunadamente, el riesgo de rotura uterina durante el parto después de una cesárea transversal baja es aproximadamente 10 veces menor que durante el parto después de una cesárea clásica. En 1963, Douglas documenta el riesgo de rotura uterina durante el trabajo de parto con cesárea anterior.

Entre los años 1960 y 1980, varios estudios concluyeron que el parto vaginal después de cesárea era una opción razonable obstétrica. (1)

El riesgo más temido al someter a trabajo de parto a una paciente con antecedente de una cesárea es la rotura uterina. La cual se ha definido como un defecto que implica el grueso entero de la pared uterina, incluyendo el peritoneo sobrepuesto, con la salida del contenido intrauterino hacia la cavidad abominó- pélvica, que requiere intervención operatoria. (2)

Una de las principales controversias en la Obstetricia, es el manejo de una paciente con antecedente de cesárea ante una nueva gestación. Múltiples estudios realizados desde comienzos del siglo pasado dan a conocer ventajas y desventajas que tienen ambas vías de parto.

El parto vaginal posterior a una cesárea, se ha incrementado en los últimos 20 años. Los riesgos, beneficios y seguridad de este procedimiento han cobrado interés en la última década. El éxito de este



se encuentra entre un 60% y un 80%. El menor tiempo de hospitalización, la disminución en la incidencia de sangrados postparto e infecciones puerperales, son algunas de las justificaciones que apoyan la decisión del obstetra de recomendar un parto vaginal en aquella paciente con antecedente de cesárea. (3)

No obstante, la costumbre de realizar de forma rutinaria una segunda cesárea electiva en pacientes con este antecedente, se mantiene vigente a pesar de los buenos resultados reportados en la bibliografía internacional. (4)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto vaginal poscesárea tiene menos complicaciones en la madre y recién nacido.

En el año 2000 en el departamento de Obstetricia y ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad de Michigan EEUU. Se realizaron búsquedas en bases de datos MEDLINE y EMBASE desde 1989 hasta 1999, se incluyeron ensayos controlados de todos de países desarrollados, en los que el grupo de control había sido elegible para una prueba de trabajo, se publica un metaanálisis comparativo entre prueba de trabajo de parto (TOL) y cesárea electiva (ERC) de 15 estudios, con 45.244 pacientes, con antecedente de una cesárea. El 72,3% (22.982) de las sometidas a prueba de trabajo de parto, obtenía con éxito un parto vaginal. El número de roturas uterinas fue 0,4% (90) para las mujeres embarazadas con prueba de trabajo de parto, *versus* 0,2% (26) en aquellas en que se realizaba cesárea electiva. Al comparar complicaciones: La morbilidad febril es menos frecuente en TOL (Odds Ratio 0,70; 95% IC; 0,64-0,77). Riesgo de transfusión sanguínea menos probable en TOL (Odds Ratio 0,57; 95% IC; 0,42-0,76). Histerectomía mayor riesgo en ERC (Odds Ratio 4,26; 95% IC; 0,006-295,19). (5)

En Costa Rica se analizaron 306 historias clínicas de pacientes gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG) del 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2007, Al 51,3% (157) de las pacientes se le programó una cesárea electiva durante su control prenatal o se le realizó este procedimiento al momento del inicio de su labor de parto. El 48,7% (149) de las pacientes restantes se sometió a una prueba de parto al momento de su ingreso al hospital. De este grupo, el 59,1% (88) tuvieron un parto vaginal exitoso y al 40,9% (61) se le realizó una cesárea intraparto. El porcentaje de complicaciones maternas fue significativamente mayor en el grupo de pacientes a las que se les realizó cesárea intraparto, del total de complicaciones, la más frecuente entre los grupos fue sangrado transquirúrgico, con un total de 15 casos (53,6%),

seguido de sangrado intraparto, con 6 casos (21,4%) y sangrado postparto con 5 casos (17,9%). No se reportó ningún caso de acretismo placentario en los grupos. Ruptura uterina ocurrió en el 1,3% (2); ninguna madre o producto falleció como consecuencia de esta complicación. No obstante, la necesidad de reanimación neonatal fue significativamente mayor el 2.5% (4) en los productos de madres a las que se les realizó una cesárea electiva. (6)

En el Servicio de Obstetricia, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Perú, se realizó un estudio en 1591 pacientes con antecedente de cesárea atendidas entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2009. Se obtuvo los datos del Sistema Informático Perinatal. La tasa de partos vaginales en pacientes con antecedente de cesárea fue 19% (302) y 81% (1289) de pacientes fue sometida a nueva cesárea. Se presentaron 18 casos de endometritis y 3 de infección de herida operatoria en el grupo de cesareadas a repetición, en contraste con dos casos de endometritis y ningún caso de infección de herida operatoria en el grupo de parto vaginal, Hubo un caso de Ápgar bajo y ninguna muerte neonatal. (7)

El parto por cesárea repetida electiva se asocia con un aumento del riesgo de complicaciones como la hemorragia, la necesidad de transfusión de sangre, infección, daño a la vejiga y al intestino y coágulos en las venas de las piernas (trombosis venosa profunda). Como los números de partos por cesáreas para cada mujer aumentan, también aumenta la dificultad de realizar intervención quirúrgica debido a las adherencias y el riesgo del daño a la vejiga o el intestino en el momento de una nueva intervención quirúrgica. También puede haber dificultades en la concepción de otro embarazo o placenta previa. Ocasionalmente, la placenta puede desarrollarse en la pared muscular del útero (placenta acreta/placenta percreta). Esto causa dificultades con el alumbramiento de la placenta después del parto y, a veces, puede causar hemorragia excesiva. Los recién nacidos por cesárea pueden presentar algunas dificultades con la respiración (la llamada taquipnea transitoria del recién nacido) y pueden necesitar pasar algún tiempo en una unidad especial de atención de neonatos. Esto es



generalmente sólo de corta duración y la mayoría de los recién nacidos se recuperan plenamente. (8)

En el Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray en Trujillo, desde mayo del 1999 hasta abril del 2000, Romero y Herrera estudiaron 1355 partos, de las cuales 195 tenían antecedente de cesárea anterior, de este grupo se seleccionó 97 embarazadas, de ellas el 46.4% (45) terminaron en parto vaginal y el 53.6% (52) se sometieron nuevamente a cesárea, es importante recalcar que ninguna de las pacientes que intentaron parto tuvieron complicaciones. (9)

La morbilidad materna y fetal disminuyen con el parto vaginal, como lo es también, la infección de la cavidad pélvica, el riesgo de hemorragia y de infección de la herida que es mayor en la realización de una cesárea, según el estudio de Castelazo Ayala en la maternidad Germán Urquidi de la ciudad de Cochabamba desde el año 1986 a 1990, se pudo evidenciar que el riesgo de dehiscencia de la Histerorrafia anterior es mínima, además que en lo económico los costos de una cesárea triplican al de un parto vaginal.(10)

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de 672 mujeres con antecedentes de un embarazo de feto único y parto por cesárea en la semana 37 de gestación. Los datos fueron extraídos de la Base de Datos del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Colorado, en Denver, entre el 1 de octubre de 2005 y 1 de julio de 2008. Las mujeres se agruparon de acuerdo con su intención de parto por cesárea electiva o parto vaginal (grupo PVPC: parto vaginal post cesárea), exitoso o fallido. El resultado principal fue el ingreso del recién nacido en la unidad de terapia intensiva y la implementación de medidas para la morbilidad respiratoria. Los recién nacidos de parto por cesárea tuvieron mayores tasas de admisión en la unidad de terapia intensiva comparados con los niños del grupo PVPC 9,3% (62) comparado con 4.9% (32) y tasas más elevadas de suplemento de oxígeno en la sala de reanimación obstétrica (41,5% n=278 comparado con 23,2% n= 155) y posterior a la internación en la sala de terapia intensiva (5.8% n=39 comparado con 2,4% n=16). Los recién nacidos de PVPC requirieron reanimación con oxígeno por lo menos en la sala de reanimación,

mientras que los recién nacidos después de PVPC fallido requirieron atención en la sala de reanimación obstétrica en un grado mayor. (11)

Según la evidencia: En el FORO APS se encontró el comentario de un trabajo discutido en ateneo bibliográfico, sobre la frecuencia de ruptura uterina en embarazadas con cesárea anterior que se sometían a trabajo de parto. Del resumen de este trabajo se desprende que la incidencia de rotura uterina en el grupo que realizaba trabajo de parto fue de 3,8/1000. En el grupo cesárea electiva, fue de 1,1/1000, con diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto, el riesgo adicional de rotura uterina en el grupo que realizaba trabajo de parto con respecto al grupo cesárea, o riesgo atribuible al trabajo de parto, fue del 2,7/1000 (IC95% 0,7 a 4,7). De estos números se desprende que habría que indicarle cesárea a 370 (IC95% 213 a 1370) mujeres con cesárea previa, para prevenir una rotura uterina a causa del trabajo de parto. El riesgo perinatal adicional por rotura uterina fue de 1,4/10000 (diferencia no significativa), y el riesgo adicional para histerectomía, de 3,4/10000 (tampoco fue significativa).

Como factores predictores de rotura uterina se destacan: la frecuencia cardíaca fetal (sensibilidad de 55-87%), el dolor y hemorragia

De este estudio se puede concluir que, si bien una mujer con cesárea previa que intenta un parto vaginal a posteriori tiene mayor riesgo de sufrir una rotura uterina, este riesgo adicional es menor a lo que se suponía. También, contrariamente a lo que se creía, el riesgo de rotura uterina después de una cesárea tampoco se reduce a cero si en el próximo embarazo se le practica electivamente otra cesárea. Si bien los datos no son concluyentes, pareciera que la oxitocina sí aumenta el riesgo de rotura. (12)



3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Teniendo como objetivo conocer la morbilidad materna y fetal, hemos realizado esta investigación, con 346 embarazadas de hasta 35 años en labor de parto y con cesárea anterior, creemos que por realizarse en el Hospital Regional Docente “Vicente Corral Moscoso” Institución de referencia de diversas unidades operativas, va a generar datos reales de la morbilidad de nuestras maternas y sus recién nacidos.

Los resultados de esta investigación se podrán emitir a los diferentes hospitales y centros de salud, dando a conocer los beneficios o riesgos del parto vaginal poscesárea. Y así disminuir el porcentaje de cesáreas, tomando en cuenta que la principal causa de cesárea es la cesárea anterior. Y por último podremos dar oportunidad a nuestras maternas a término con cesárea anterior a tener un parto vaginal feliz.

CAPÍTULO II

1. MARCO TEÓRICO

El parto vaginal poscesárea se define como el parto por vía vaginal que se realiza luego de haber tenido cesárea previa. (13)

El más grande impulso para los favorecedores del parto vaginal después de cesárea provino de la introducción de la incisión transversa baja por Kerr en 1926, quien argumentaba que la mayor solidez de la incisión uterina inferior una vez cicatrizada, permitía un trabajo de parto seguro en embarazos posteriores (14)

Se han descrito algunos factores que favorecen la probabilidad de parto vaginal poscesárea, entre ellos se encuentran: Un parto vaginal previo, el cuello uterino borrado al momento de la admisión, no tener la misma causa que ocasionó la cesárea anterior, mujeres blancas, entre otros. En 1997, Flamm propuso un puntaje con el objetivo de predecir la probabilidad de parto vaginal después de una cesárea. El puntaje es obtenido a partir de un modelo de regresión logística que determina 5 variables a tener en cuenta: La edad materna menor a 40 años, el antecedente de parto vaginal previo, la causa de la primera cesárea, el borramiento y la dilatación al momento de la admisión. El autor encuentra que el aumento en el puntaje se asocia linealmente con el aumento de probabilidad de parto vaginal, y este varía entre un 49% para puntajes de 0-3, y hasta un 97% para puntajes de 8-10. (15)

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda someter a todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal, salvo que exista alguna de las siguientes circunstancias. (5)

1. Que persista la indicación anterior.
2. Que la cesárea fuese clásica o desconocida.
3. Que el feto pese 4.000 gramos o más.

4. Que haya alguna contraindicación para el parto vaginal.
5. Que no se pueda monitorizar el parto y,
6. La falta de un anestesiólogo y un neonatólogo

En los últimos años existe una tendencia mundial al aumento en el número de cesáreas. En la actualidad la frecuencia oscila entre el 20 y 25% en los servicios públicos y alcanza hasta el 50% en los servicios privados. La cesárea tiene una mayor morbi-mortalidad materna, dado por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembolicas. Además de un periodo de recuperación y un costo mayor que el parto vaginal. (16)

Debemos insistir en la tendencia a disminuir la tasa de cesárea, pero sin sacrificar los criterios aceptados como seguros en la obstetricia moderna. Para lograr la posibilidad de un parto vaginal en embarazadas con antecedentes de una cesárea, el obstetra tendrá que llevar a cabo un análisis individual de cada paciente. Esto deberá incluir el tipo de cesárea efectuada, el diagnóstico que motivó la cesárea y la evolución postoperatoria.

Durante la década de los 80 se efectuaron múltiples estudios que pretendían demostrar que el parto vaginal es posible después de cesárea, y la conclusión fue que efectivamente el riesgo era mínimo y el parto después de cesárea podía llevarse a cabo siempre y cuando la cicatriz uterina fuera transversa baja. (5)

El problema está relacionado con un posible desgarró en la zona de la cicatriz de la primera sutura, una complicación grave que puede ser mortal tanto para la madre como para su hijo. Aunque el riesgo global no es muy grande (la estadística sitúa la mortalidad del feto en tan sólo 1 de cada 1.000 partos post-cesárea), el peligro de estos partos sí es superior al de los partos vaginales 'normales'. En cualquier caso, un parto vaginal siempre será mejor que una cesárea, «una intervención, no lo olvidemos, que requiere abrir todo el abdomen y cortar toda la musculatura de esa zona». (17)



La rotura uterina ocurre en 0,1% de todas las embarazadas a término y se puede asociar a una dehiscencia de cicatriz uterina previa, un parto espontáneo rápido, estimulación excesiva con oxitócina, multiparidad, desproporción céfalo-pélvica o una presentación transversa no reconocida. Sin embargo al existir el antecedente de una cesárea, aumenta a un 1%.

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

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

En la década de los 80 en EE.UU, el NICHD (Instituto Nacional de Salud Infantil y desarrollo humano) concluye que el parto vaginal poscesárea es una opción apropiada para disminuir las cesáreas. Consecuentemente se observó un aumento desde 3,4% de partos vaginales después de una cesárea, hasta un 28,6%, alcanzado en 1993. Sin embargo, en los años recientes, se ha producido una controversia renovada sobre la seguridad relativa de una prueba de trabajo de parto en estas pacientes, llevando a una declinación rápida el número de las mujeres que experimentan parto vaginal. Bajando a 16,4% en el 2001 (disminución del 42%). (5)

Algunos estudios, refieren que el parto vaginal poscesárea incrementa los riesgos de sufrir incontinencia urinaria y disfunción sexual. Datos de más de 700 mujeres obtenidos entre 1995 y 2001 y presentados durante el congreso anual de la Sociedad Americana de Uroginecología advertían el año pasado que el riesgo es un 20% mayor entre estas mujeres que entre las que recurren a una segunda cesárea. (18)



1.2 LA CESAREA: UNA TENDENCIA QUE AUMENTA

LA OMS establece una tasa del 10-15% como cifra 'normal' de cesáreas aunque los expertos advierten que es difícil llegar a un número ideal, teniendo en cuenta las enormes diferencias que hay entre pacientes y centros hospitalarios. En España, según datos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, el número de cesáreas se mantiene estable alrededor del 20% desde hace seis años. Aunque las cifras no son fáciles de obtener y se calcula que en los centros privados este porcentaje puede aumentar hasta el 30-40%. En el Reino Unido la cifra se ha triplicado en los últimos 25 años y uno de cada cinco partos se realiza por este método. Mientras que en los Estados Unidos el número de estas intervenciones se ha incrementado hasta el 24% , según las estadísticas hechas públicas recientemente por el Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias. Otros datos publicados por el 'British Medical Journal', añadían que, sólo en América Latina, se practican 850.000 cesáreas innecesarias al año. (10)

A este respecto la presidenta del Colegio Americano de Obstetrices, Mary Ann Shah, se mostraba especialmente crítica en un artículo publicado por la web de esta institución. «El miedo a los litigios no justifica por sí sólo una excesiva influencia en las decisiones de las mujeres, éstas necesitan una información sin prejuicios y personalizada, y unos cuidados éticos y profesionales a la hora de dar a luz». La reflexión de Shah va más allá y se pregunta cuáles son los motivos que explican el aumento de las cesáreas hasta el 24 % en los Estados Unidos, algo que ella atribuye esta tendencia a la actual cultura dominante en los Estados Unidos. « ¿Es que acaso nos hemos convertido en una nación tan obsesionada con el control, que estamos dispuestos a renunciar a la humanidad por la tecnología?

Ante esta situación, los especialistas señalan que no se trata de una alternativa a los partos vaginales, sino que es una intervención quirúrgica, 'un recurso para tratar una situación patológica' que implica ciertos riesgos. La realidad es que este campo es uno de los más controvertidos de la obstetricia y no hay un acuerdo generalizado, aunque la tendencia apunta la



necesidad de reducir el porcentaje de cesáreas y aumentar partos vaginales sin que se produzcan más complicaciones.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pidió recientemente colaboración a 24 hospitales nacionales para recabar las cifras exactas del número de cesáreas que se llevan a cabo en España anualmente con la intención de acercarse lo más posible a los parámetros recogidos por la OMS. También el Colegio de Enfermeras y Matronas norteamericanas han manifestado su preocupación por lo que considera «un preocupante cambio de prioridades». Según esta institución, el aumento de estas intervenciones se debe a un proceso de ‘medicalización’ de un proceso natural como el parto. En la actualidad, un gran número de embarazos se catalogan de ‘no normales’ por causas mínimas, y son las propias madres, según denuncia esta organización, «las que reclaman anestesia o cesárea pensando que así será más fácil parir».

La liberalización de la decisión quirúrgica en obstetricia (la cesárea) ha planteado en la última década una serie de cuestionamientos que cubren desde la preocupación para el bienestar materno fetal hasta la investigación de sus costos. Todos los estudios que se han realizado coinciden al observar que con el parto vaginal se advierte una franca disminución del riesgo materno y fetal. (19)

1.3 MONITORIZACIÓN FETAL INTRAPARTO

Al inicio del siglo XIX, en Europa, empezó a escucharse el latido fetal como diagnóstico de vida intrauterina. Inicialmente, se escuchaba el latido fetal poniendo la oreja en el abdomen de la mujer y, más tarde, fueron apareciendo las primeras formas de estetoscopios, pero no fue hasta 1876 cuando se utilizó el estetoscopio de Pinard. A lo largo del siglo XIX fue creciendo el interés por identificar la existencia no sólo de latido, sino también de patrones de frecuencia cardíaca compatibles con el bienestar fetal. Los criterios de la frecuencia cardíaca fetal normal se introdujeron a finales del siglo XIX, y, a principios del siglo XX, la auscultación fetal era una



práctica establecida en Europa. En 1960, se introdujeron los electrodos fetales y, ese mismo año, en Alemania se empezó a utilizar el pH de la calota fetal. En 1964, se definió el efecto Doppler y la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal experimentó un importante desarrollo; cuatro años más tarde, apareció el primer monitor electrónico fetal que utilizaba este principio. (20)

Los cambios socioeconómicos y los avances médicos durante los siglos XIX y XX transformaron los cuidados durante el parto, y éstos se centraron en la detección de la hipoxia fetal.

Actualmente, la monitorización electrónica se utiliza para evaluar el bienestar fetal durante el trabajo el parto y disminuir las tasas de morbilidad fetal y materna. (21)

La monitorización electrónica fetal continua se introdujo en las salas de partos, a partir de los años cincuenta, a que, como se ha explicado, se buscaba una mejora de los resultados perinatales. (20)

Para auscultar el latido fetal pueden utilizarse diferentes métodos, como el estetoscopio de Pinard, el Sonicaid y la monitorización electrónica.

Los trabajos encontrados coinciden en señalar que la monitorización fetal continua en gestantes durante el parto está asociada a un aumento significativo de la tasa de cesáreas y de partos instrumentados. Por otra parte, no se ha demostrado una disminución en las admisiones neonatales ni en los resultados del test de Apgar. (21)

El objetivo principal de la monitorización fetal intraparto es identificar la acidosis hipóxica fetal, a fin de corregirla o evitarla antes de que se produzcan efectos irreversibles. Sin embargo, se ha demostrado que muchas de las lesiones cerebrales se producen antes del parto. A pesar de ello, la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal ha de ser capaz de detectar a los fetos en situación de riesgo, por lo que constituye una pieza clave en el control de la salud fetal. (22)



Mientras el nacimiento por cesárea ha disminuido la incidencia de asfixia perinatal, trauma al nacer y síndrome de aspiración de meconio, ha aumentado la del síndrome de dificultad respiratoria asociado con taquipnea transitoria del recién nacido, deficiencia de surfactante e hipertensión pulmonar. (23)

CAPÍTULO III

1. HIPÓTESIS

La morbilidad materna y fetal es mínima en las embarazadas a término de hasta 35 años de edad con parto vaginal poscesárea.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Determinar la morbilidad materna y fetal en embarazadas a término de hasta 35 años de edad con parto vaginal poscesárea que acudieron al departamento de Gineco-obstetricia del hospital “Vicente Corral Moscoso”.

2.2 ESPECÍFICOS

- ❖ Determinar la frecuencia de: Retención placentaria, desgarros perineales, hipotonía uterina, hemorragia posparto y rupturas uterinas. en las embarazadas con parto vaginal poscesárea.
- ❖ Determinar la frecuencia de complicaciones fetales: SFA, distress respiratorio.

CAPÍTULO IV

1. DISEÑO METODOLÓGICO

1.1 TIPO DE ESTUDIO. Se trata de un estudio descriptivo de tipo longitudinal que se realizó en embarazadas a término de hasta 35 años de edad con parto vaginal poscesárea del departamento de gineco-obstetricia, del Hospital Vicente Corral Moscoso. Septiembre de 2010 – Abril de 2011.

1.2 UNIVERSO. El universo de estudio lo conformaron todas las embarazadas a término de hasta 35 años de edad con parto vaginal poscesárea que acudieron al departamento de gineco-obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso, durante los meses Noviembre del 2010 a Abril de 2011.

1.3 MUESTRA. Para el cálculo de muestra se tomó en cuenta lo siguientes criterios:

1. Población 400 embarazadas con diagnóstico de Cesárea Anterior.
2. La prevalencia esperada del parto poscesárea es del 60%.
3. La precisión o error .5%.
4. El nivel de confianza a 95%.
5. Con estos datos la muestra estudiada fue 288 pacientes más 20% dando un total 346 pacientes mediante la utilización de software para tabulación STATCALC subprograma de epiinfo para Windows.

1.4 VARIABLES. Por el tipo de estudio se consideraran únicamente variables dependientes que describen resultados. Se incluyen las siguientes variables: Ruptura Uterina, hipotonía uterina, desgarro perineal, hemorragia postparto, retención placentaria, SFA y. Distress respiratorio

1.5 MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Parto vaginal post-cesárea	Parto por la vía vaginal luego de una cesárea previa	Factibilidad de parto vaginal en pacientes con cesárea anterior	Número de partos y cesáreas	Parto Cesárea
Actividad uterina	Contracciones producidas por el músculo uterino	Monitorización electrónica cada hora por 10 minutos.	<2 en 10 min. >5 en 10 min	Hipodinamia Hiperdinamia
Retención Placentaria	Alumbramiento placentario que no ocurre luego de 30 min postparto	Falta de expulsión de la placenta	Retención de placenta o Retención de fragmentos placentarios	SI NO
Ruptura uterina	Perdida de la solución de continuidad del útero	Pérdida parcial o total de la solución de continuidad del útero	Tacto transvaginal post-parto	Si No
Vigilancia de latido cardíaco fetal	Numero de latidos fetales en 10 minutos cada hora	Vigilancia de LCF con monitor electrónico.	<120 x min. 120-160x min. >160 x min.	Bradycardia. Normal. Taquicardia

1.6 PROCEDIMIENTO

- ❖ El trabajo se realizó en el centro obstétrico del departamento de obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso durante septiembre de 2010 – abril 2011
- ❖ Para la obtención de los datos se receptaron en un formulario establecido a todas las pacientes que participaron en el estudio
- ❖ Las variables de estudio fueron tomadas del formulario de recolección de la información. Anexo 5.2 ver anexos
- ❖ La información recopilada fue ingresada en el programa informático SPSS para su procesamiento, versión 18 en español, con un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5%, una potencia estadística del 80%.

1.6.1 NORMATIVA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL POS-CESAREA

1.6.1.1 ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS (11)

- Que tenga solo una cesárea anterior.
- Ausencia de cirugías uterinas posteriores a la cesárea: miomectomia.
- Que la cirugía anterior no haya tenido complicaciones.
- Que incisión anterior haya sido segmentaria baja.
- Presencia de partos vaginales.

1.6.1.2 EMBARAZO ACTUAL (11)

- Que tenga mínimo dos años de la cesárea anterior.
- No debe existir patología sobreañadida: diabetes, hipertensión etc.
- Ausencia de sobredistención uterina: Macrosomía, polihidramnios, etc.
- Implantación normal de la placenta.
- Relación céfalo -pélvica adecuada.



- Que no sea producto “valioso”.
- Mujer menor de 40 años.
- Que no exista Óbito fetal.
- Que conste protocolo de cesárea anterior.

1.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

- Para el procesamiento de la información se utilizó únicamente estadística descriptiva
- El diseño del estudio exigió únicamente análisis univariante con estadística descriptiva

CAPÍTULO V

1. RESULTADOS

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE 346 EMBARAZADAS CON CESÁREA ANTERIOR
SEGÚN TERMINO DE EMBARAZO ACTUAL,
HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”
NOVIEMBRE 2010 – ABRIL 2011

TERMINO DE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	Nº	%
PARTO	161	46,5
CESÁREA	185	53,5
TOTAL	346	100

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: Dra. María Augusta Arias

De las 346 embarazadas a termino con cesárea anterior el 46,5% (161) tuvieron un parto vaginal exitoso.

El 53,5% (185) de mujeres prefirieron un parto por vía abdominal.

TABLA 2

**DISTRIBUCIÓN DE 346 EMBARAZADAS CON CESÁREA ANTERIOR
SEGÚN FACTORES DEMOGRÁFICOS DE MAYOR FRECUENCIA,
HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”
NOVIEMBRE 2010 – ABRIL 2011**

VARIABLES SOCIO DEMOGRAFICAS DE MAYOR FRECUENCIA	Nº	%	OTRAS VARIABLES DEMOGRAFICAS		TOTAL	
			No.	%	No.	%
EDAD 26-30 años	185	53.5%	161	46.5%	346	100%
PROCEDENCIA Urbano	238	68.8%	108	31.2%	346	100%
OCUPACION QQDD	237	68.5%	109	31.5%	346	100%
RELIGION Católica	320	92.5%	26	7.5%	346	100%
ESTADO CIVIL Casada	198	57.2%	148	42.8%	346	100%

**Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: Dra. María Augusta Arias**

De las 346 embarazadas a termino con cesárea anterior que participaron en el estudio el 53.5% (185) tenían de 26 a30 años, y del 46.5% (161) embarazadas, el 24.9% (86) eran de 21 a 25 años, el 16.8% (58) estaban entre 31 a 35 años y el 4.9% (17) entre los 16 a 20 años.

La procedencia más frecuente de las 346 embarazadas a termino con cesárea anterior fue el área Urbana con un 68.8% (236), y el 31.2% (108) procedía del área rural.

La ocupación más frecuente en las 346 embarazadas a termino con cesárea anterior fue quehaceres domésticos con el 68.5% (237). Del 31.5% (109) restantes tienen otras ocupaciones; así, el 8.6% (31) son estudiantes, el 6.6% (23) son empleadas domésticas, el 5.5% (19) son empleadas privadas, el 3.8% (13) se dedican a tares relacionadas con la agricultura, el 3.2% (11) es comerciante, se registraron otras ocupaciones sin embargo su frecuencia no supera la unidad porcentual.



De las 346 embarazadas a término con cesárea anterior el 92.5% (320) fueron católicas, el restante 7.5% (26) pertenecían a otras religiones de las cuales el 2.9% (10) son Protestantes, el 2% (7) son Cristianas, el 2% (7) son Testigo de Jehová y el 0.6% (2) es Evangélica.

La mayoría de embarazadas a término con cesárea anterior fueron casadas, que corresponden al 57.2% (98); del 42.8% (148) restante, el 32.9% (114) de la población pertenecían al grupo de unión libre, mientras que el 9% (31) fueron solteras, y; el 0.9% (3) restantes fueron divorciadas.

TABLA 3.

**DISTRIBUCIÓN DE 161 EMBARAZADAS A TERMINO CON PARTO
VAGINAL POSCESAREA SEGÚN MORBILIDAD MATERNA,
HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”
NOVIEMBRE 2010 – ABRIL 2011**

MORBILIDAD MATERNA	HEMORRAGIA POSTPARTO		HIPOTONIA UTERINA		DESGARRO PERINEAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	1	0,6	2	1,2	1	0,6
NO	160	99,4	159	98,8	160	99,4
TOTAL	161	100	161	100	161	100

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: Dra. María Augusta Arias

En las embarazadas a termino con parto vaginal poscesárea la hemorragia postparto y el desgarro perineal fue del 0.6%.

Se presentó hipotonía uterina en el 1,2% de las embarazadas con parto vaginal poscesárea.

No hubo retención placentaria, ni ruptura uterina

TABLA 4

**DISTRIBUCIÓN DE 161 RECIEN NACIDOS HIJOS DE EMBARAZADAS A TÉRMINO CON PARTO VAGINAL POSCESAREA SEGÚN FRECUENCIA DE COMPLICACIONES FETALES DISTRESS RESPIRATORIO, HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”
NOVIEMBRE 2010 – ABRIL 2011**

MORBILIDAD RECIEN NACIDO	DISTRESS RESPIRATORIO	
	Nº	%
SI	3	1,9
NO	158	98,1
TOTAL	161	100

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: Dra. María Augusta Arias

El 1.9% de niños/as nacidos por parto vaginal poscesárea, presentó distress respiratorio

TABLA 5

**DISTRIBUCIÓN DE 161 RECIEN NACIDOS HIJOS DE EMBARAZADAS
A TÉRMINO CON PARTO VAGINAL POSCESAREA SEGÚN
FRECUENCIA DE COMPLICACIONES FETALES-SUFRIMIENTO FETAL
AGUDO, HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”
NOVIEMBRE 2010 – ABRIL 2011**

MORBILIDAD RECIEN NACIDO	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	
	Nº	%
SI	13	8,6
NO	148	91,4
TOTAL	161	100

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: Dra. María Augusta Arias

Sufrimiento fetal agudo se presentó en un 8.6%, de niños/as nacidos por parto vaginal poscesárea



CAPÍTULO VI

1. DISCUSIÓN

El porcentaje de éxito del parto vaginal poscesárea reportado en la literatura internacional es de un 60 a 80 %. (5)

Según el estudio de Leal y Giacomini en 306 embarazadas, atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG), del 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2007 con antecedente de cesárea anterior el porcentaje de éxito de parto vaginal fue del 59.1%. (6)

En el estudio realizado por Sáenz y Santana en el Servicio de Obstetricia, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Perú, de las 1591 embarazadas con antecedente de cesárea anterior, el 81% terminó en cesárea de repetición y 19% en parto vaginal. (7)

En nuestro estudio el 53.5% (185), en cesárea, 161 mujeres (46.5%), término en parto vaginal, cabe señalar que algunas mujeres no querían intentar el parto normal, por deseos de ligadura tubarica, temor de una rotura uterina y alteración en el bienestar fetal, ya que desconocían los beneficios de intentar un parto vaginal tanto para ellas como para el recién nacido, a pesar de las indicaciones recibidas.

En cuanto a la morbilidad materna en mujeres que tuvieron parto vaginal poscesárea en el estudio de Leal y Giacomini, con 306 embarazadas atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG), del 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2007, se registraron un total de 28 complicaciones obstétricas (9,2%; IC 95% 6,3-13,1). Del total de complicaciones, la más frecuente entre los grupos fue sangrado transquirúrgico, con un total de 15 casos (53,6%; IC 95% 33,9-72,5), seguido de sangrado intraparto, con 6 casos (21,4%; IC 95% 8,3-41,0), sangrado postparto, con 5 casos (17,9 %; IC 95% 6,1-36,9), y rotura uterina 1.3%. El porcentaje de complicaciones fue significativamente mayor



en el grupo de mujeres a las que se les practicó cesárea intraparto. No se reportó ningún caso de acretismo placentario en los grupos. (6)

En el estudio descriptivo de Sáenz y Santana en el Servicio de Obstetricia, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Perú de las 1591 embarazadas con antecedente de cesárea anterior no se observaron casos de rotura uterina, muerte materna o histerectomía. Se encontró 18 casos de endometritis en el grupo de las pacientes cesareadas (1,4%) y en el grupo de pacientes con parto vaginal 4 casos (1,3%). En el grupo de cesárea de repetición, hubo 4 casos que necesitaron transfusión sanguínea y ninguna en el grupo de pacientes con parto vaginal después de cesárea. Dentro del grupo de mujeres cesareadas se encontró tres casos de infección de herida operatoria (0,2%) y en el grupo de parto vaginal ninguna. (7)

De acuerdo a las Normas del Ministerio de Salud Pública de nuestro País, la complicación más frecuente es la rotura uterina 0,6-0,8%. (13)

En el estudio prospectivo de Janser y Ochoa en embarazadas ingresadas en la Unidad de Labor y Parto del Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela de Honduras, en el período comprendido de Abril a Octubre de 1997, en 114 embarazadas con parto vaginal poscesárea se presentó dehiscencia de histerorrafia en 1.6% (2), sangrado postparto en 3.2% (4) y desgarro perineal en el 6.5%. (7). (22)

En nuestro estudio en 161 embarazadas con parto vaginal poscesárea, encontramos, Un caso hemorragia postparto y desgarro perineal que representa el 0,6%, 2 mujeres (1.2%), hicieron hipotonía uterina, no se presentaron casos de retención placentaria ni rotura uterina.

En relación a la frecuencia de morbilidad en los recién nacidos de madres de parto vaginal poscesárea, el estudio de Leal y Giacomini en 306 embarazadas atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG), del 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre



de 2007, no hubo distress respiratorio, y sufrimiento fetal agudo se presentó en el grupo de las mujeres con rotura uterina 1.3% (2). (6)

Según Galiano y Joaquín en un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, con una muestra de 96 pacientes en el Hospital Fernando Vélez Paiz en Managua, del 01 de junio del 2001- al 01 de junio del 2005. El 83.3 % (80) de los neonatos no tuvieron complicaciones y las pocas que se presentaron no tuvieron relación con el parto vaginal poscesárea ya que de igual se presenta en un parto vaginal sin cesárea previa. (24)

En nuestro estudio en 161 recién nacidos por parto vaginal poscesárea, 3 (1.9%), casos presentaron distress respiratorio Y sufrimiento fetal encontramos en 13 casos (8,6%).

Teóricamente se dice que los mecanismos que influyen en la primera respiración del recién nacido no están presentes cuando se realiza una cesárea, en el momento del parto la expansión y aireación normal del pulmón neonatal depende de la salida del líquido del pulmón, si bien este proceso inicia incluso antes del nacimiento varios factores relacionados con la labor de parto influyen durante esta transición. Se ha demostrado que la compresión del tórax a través del canal del parto durante el nacimiento ayuda en la eliminación de líquido del pulmón y facilita la respiración del recién nacido. Por tanto, los niños nacidos por cesárea no se ven beneficiados por este mecanismo, justificando los resultados obtenidos en este estudio. (6)

2. CONCLUSIONES

1. Se estudió una población de 346 embarazadas a término con cesárea anterior, el parto vaginal poscesárea exitoso fue del 46.5% (161), sin embargo el 53.5% (185), terminó en cesárea.
2. Las variables demográficas en las mujeres embarazadas con cesárea anterior se presentaron así: El 53.5% (185) de estuvo entre los 26 y 30 años. El 68.8% (238), procedió del área urbana. El 68.5% (237), se dedica a QQDD. El 92.5% (320), fueron católicas, y el 57.2% (198), estaban casadas
3. La morbilidad materna fue mínima: en las 161(46.5%) embarazadas con cesárea anterior que terminaron en parto, 4 presentaron complicaciones, una materna presentó hemorragia postparto (0.6%), una desgarro perineal (0.6%) y dos hicieron hipotonía uterina (1.2%)
4. Únicamente se encontró tres casos (1.9%), de distress respiratorio en los recién nacidos por parto vaginal poscesárea.
5. Sufrimiento fetal, encontramos en 29 casos (8,6%)

3. RECOMENDACIONES

1. Los estudios demuestran que. El parto vaginal poscesárea supera los riesgos de una segunda cesárea en cuanto a morbilidad materna, infecciones, hemorragias, lesión a órganos vecinos, también hemos corroborado que el parto vaginal facilita la respiración del recién nacido. Por lo que se debería consensuar a nivel nacional a todos los profesionales de salud, sobre los beneficios del parto vaginal poscesárea.
2. Dejar el temor de alguna complicación materna y/o fetal que hace que algunos profesionales opten por realizar cesárea a las embarazadas con antecedente de cesárea anterior.
3. Concientizar a la mujer desde el primer control prenatal y ofrecerle la posibilidad de tener un parto vaginal poscesárea adecuado.
4. Realizar talleres a nivel de los centros materno infantiles sobre parto vaginal poscesárea
5. Establecer una guía clínica para atención de parto vaginal poscesárea y así ofrecer la opción de un parto vaginal sin complicaciones.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

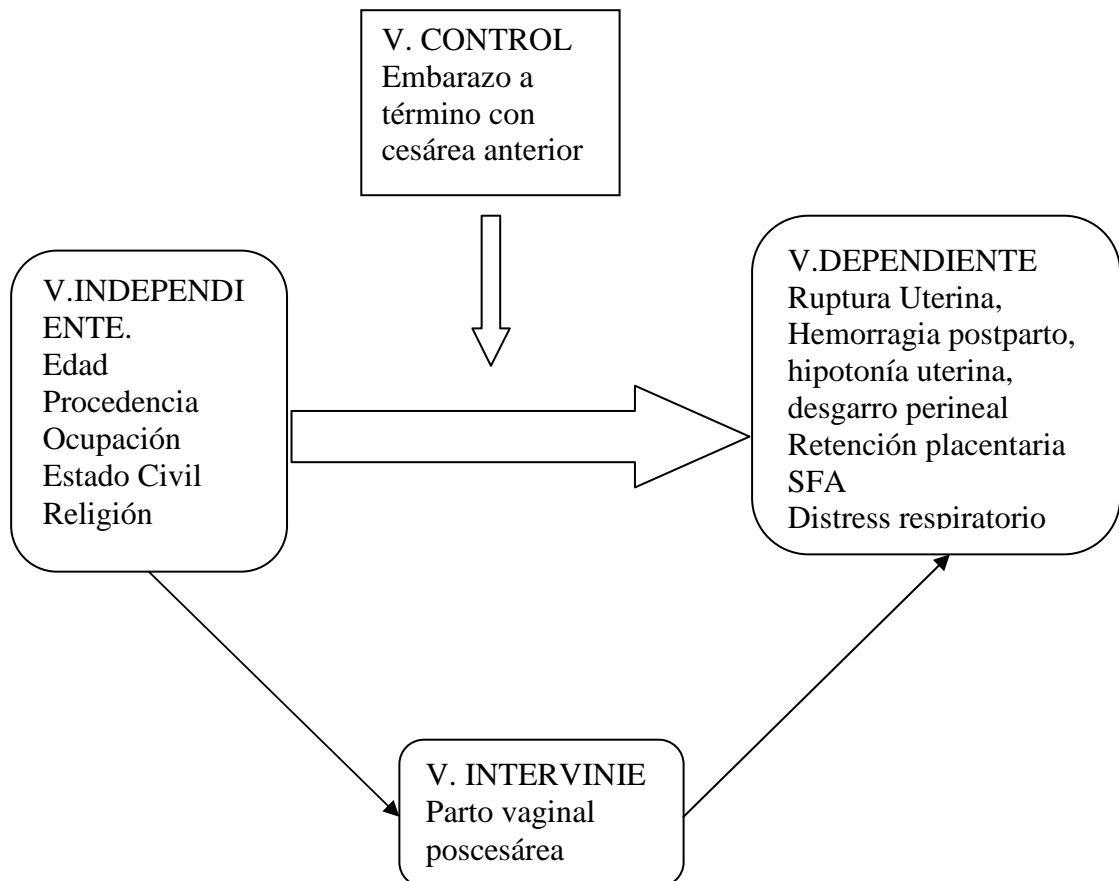
1. Cragin B: Conservatism in obstetrics. New York: Med J 1916; 104: 1-3.
2. Pridjian G: Labor after prior cesarean section. Clin Obstet Gynecol 1992; 3: 445-56
3. American College of Obstetricians and Gynecologists: Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin No. 54. Washington, DC.: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2004.
4. Coleman V, Erickson K, Schulkin J, Zinberg S, Sachs B. Vaginal birth after cesarean delivery: Practice patterns of Obstetrician-Gynecologists. Obstet Gynecol Survey. 2005; 60: 636-637.
5. Ricci P, Perucca E, Altamirano R. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. rotura uterina, una complicación posible, Revista chilena obstetricia ginecología 2003; 68(6): 523-528
6. Leal M, Giacomini L, Moya R, Resultados obstétricos y neonatales de pacientes secundigestas con antecedente de cesárea, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2010, volumen 52, 32.
7. Sáenz C. Santana S. Torres L, Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones materno neonatales, Revista peruana de Ginecología y obstetricia, 2010, 234.
8. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D, Cesárea repetida electiva planificada versus parto vaginal planificado en mujeres con un parto por cesárea previo, *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4.
9. Romero K, Herrera C. Parto Vaginal Poscesarea experiencia en Trujillo, Ginecología y Obstetricia, Perú, 48 38-41.
10. Sachs B. MD. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Parto vaginal después de cesárea: aspectos contemporáneos. Vol. 3. 2001.
11. B, Kamath D., James K. Lynch M, Parto post cesárea electiva: resultados en los recién nacidos, Obstet Gynecol 2009; 113: 1231-8.
12. Kopitowski K. Parto vaginal luego de una cesárea. Evidencia orientada al paciente. Evid. actual pract. ambul. 2005; 8: 26-27.
13. León W. Yépez E. Norma y Protocolo Materno. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2008. Página 102.
14. Díaz H, Cusati R, Carrillo H, Parto instrumental en cesárea anterior: importancia del intervalo interparto, Rev Obstet Ginecol Venez v.67 n.2 Caracas jun. 2007.
15. Cuero O. Clavijo C. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali, 2011



16. Phelan JP, Clark SL, Diaz F, Paul RH. Vaginal Birth after cesarean. Am J Obstet-Gynecol, 1987; 157: 1510-5.
17. . Edelstein P. Col. Estudio comparativo entre pacientes portadoras de una y dos cicatrices uterinas en la maternidad nuestra Sra. de la Altagracia. Universidad Autónoma de Santo Domingo. 2004.
18. Harey D. COL. Información para las mujeres embarazadas con relación al nacimiento post-cesárea. Librería Cochrane plus. Número 4. 2007.
19. <http://www.mujerglobal.com/embarazo/la-cesarea-una-tendencia-que-aumenta/>
20. Vintzileos AM, Antsaklis A, Varvarigos I, Papas C, Sofatzis I, Montgomery JT. A randomized trial of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation. Obstet Gynecol. 1993; 81: 899-907.
21. . Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. The Use of Electronic Fetal Monitoring. The use of interpretation of cardiotopeography in intrapartum fetal surveillance. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologist, 2001.
22. Janser M. Ochoa R. Manejo de la paciente con una Cesárea Anterior. REV med post unah vol.4no.2 mayo-agosto, 1999.
23. Jonguitud A., Cesárea electiva: repercusión en la evolución respiratoria neonatal, Nivel de evidencia III, Ginecol Obstet Mex 2011;79(4):206-213.
24. Galiano E. Joaquín A. Complicaciones maternas y perinatales del parto vaginal poscesárea. Biblioteca virtual em saude. Managua; s.n; mar. 2006. 75 p.
25. Hernández S. Roberto ET. AL. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana. Tercera edición. 2003.
26. Ortiz J. Como elaborar una tesis de postgrado. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. 2002.

5. ANEXOS

5.1 MATRIZ DE DISEÑO DE LAS VARIABLES.





5.2 FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

1. DATOS DE FILIACIÓN

1.1 NOMBRES Y APELLIDOS _____

1.2 EDAD _____ AÑOS

1.4 PROCEDENCIA _____

1.5 RESIDENCIA _____

1.6 OCUPACION _____

1.7 RELIGION _____

1.8 ESTADO CIVIL SOLTERA _____ CASADA _____ VIUDA _____
UNION LIBRE _____ DIVORCIADA _____

1.9 INSTRUCCIÓN _____

2. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

2.1 GESTA _____ PARTOS _____ CESAREA _____ Hijos vivos _____

2.4 EMBARAZO _____ SEMANAS DE GESTACION _____

3. CESAREA ANTERIOR

3.1 Causa de la cesárea anterior _____

3.2 Tiempo transcurrido de la última cesárea _____

3.3 Tipo de incisión en pared abdominal.

3.4 Lugar donde fue realizada la cesárea _____

4. EXAMEN OSTETRICO AL INGRESO

4.1 AFU: _____, Latido Fetal: _____ Actividad Uterina:

4.2 Dilatación: _____ Borramiento _____ Plano

Estado de las membranas: Integras _____ Rotas _____

5. NO PUEDE INTENTAR PARTO VAGINAL POSTCESAREA

CAUSAS:



6. MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA:

Ingreso: LCF _____ AU _____

Observaciones:

7. RESULTADOS PERINATALES:

9.1 APGAR: 1er minuto _____ 5 minutos _____

9.2 Morbilidad neonatal.

9.2.1 Sufrimiento fetal Agudo SI _____ NO _____

9.2.2 Distress respiratorio SI _____ NO _____

9.3 Morbilidad materna

9.3.1 Desgarro perineal

9.3.2 Retención Placentaria

9.3.3 Hemorragia Postparto

9.3.4 Ruptura Uterina

10 Término del embarazo: parto _____ cesárea _____



5.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio es parte de un programa de investigación, que lleva a cabo la Doctora María Augusta Arias residente 3 de postgrado de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. El objetivo del presente estudio es determinar la factibilidad como opción del parto poscesarea y la monitorización electrónica fetal durante la labor de parto.

Explicación del estudio

La primera parte de la investigación consta de preguntas acerca de los datos de la madre tales edad, estado civil, edad gestacional, etc.

La segunda parte es el registro de la terminación del embarazo si por parto vaginal o por cesárea y determinar morbilidad materna y neonatal. Estos registros serán llevados a cabo en todo momento por el medico ginecólogo de turno.

Riesgos

En caso de existir alteración del bienestar fetal o riesgo para la salud de la madre se terminara el embarazo inmediatamente por cesárea.

Confidencialidad

Toda la información será utilizada por la investigadora. Solo aquellos que trabajan en este proyecto tendrán acceso a esta información. Una vez que los datos han sido registrados e ingresados a un computador, se identificarán por un código. Si alguno de los resultados en este estudio es publicado, no se incluirán nombres de los participantes.



Derechos de información

No está obligado a participar en este estudio, su participación debe ser voluntaria. No perderá nada si decide no participar. Además puede retirarse del estudio en cualquier momento, si así lo decide.

Al firmar esta hoja, usted certifica que ha leído este consentimiento y que todas sus preguntas han sido respondidas.

Yo.....

Estoy de acuerdo en participar en el estudio

Firma

-----/----/----

Fecha