



RESUMEN

OBJETIVO: Determinar prevalencia y factores predictores del parto vaginal pos cesárea en las embarazadas que acuden al departamento de Gineco-obstetricia del hospital “Vicente Corral Moscoso”.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio de tipo transversal en pacientes embarazadas con cesárea anterior entre los 19 y 35 años ingresados en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso” en período comprendido de Diciembre de 2010 a Mayo de 2011 , obteniéndose una muestra de 346 pacientes con antecedentes de una cesárea.

RESULTADOS. 47.4% tuvieron parto y 52.6% se ejecutó nuevamente la cesárea. La principal indicación de cesárea iterativa en el embarazo actual fue por negación de la paciente a continuar con prueba de trabajo de parto (43.4%). El estado nutricional normal aumenta la probabilidad de éxito de parto normal luego de una cesárea anterior. Al poseer al menos 1 parto vaginal previo aumenta la probabilidad en 1.94 veces de tener con éxito un parto vaginal luego de una cesárea anterior.

CONCLUSIÓN. El parto vaginal en paciente con cesárea anterior se considera seguro y a menudo exitoso en grupos seleccionados de mujeres, con menor morbimortalidad que la cesárea electiva repetida.

PALABRAS CLAVE: EPIDEMIOLOGÍA, PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA, CESÁREA TRABAJO DE PARTO, GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA



SUMMARY

OBJECTIVE: To determine prevalence and prediction factors of vaginal delivery post-cesarean section in pregnant women who goes to the department of gin-obstetrics at the hospital “Vicente Corral Moscoso.”

MATERIAL AND METHODS. Study of transverse type in pregnant patients with previous cesarean section between 19 and 35 years old admitted in the department of gin-obstetrics at the Hospital Vicente Corral Moscoso in the time period of *December, 2010 to May, 2011*. A sample has been obtained from 346 patients with previous history of a cesarean section.

RESULTS. 47.4% had childbirth and 52.6% had to have a cesarean section executed again. The main indicator of iterative cesarean in the current pregnancy was for the patient avoiding to continue with childbirth labor test (43.4%). The normal nutritional state increases the probability of success at normal childbirth after a previous cesarean section. When there is at least 1 previous vaginal delivery, it increases the probability in 1.94 times of having a successful vaginal delivery after a previous cesarean section.

CONCLUSION. The vaginal delivery in patient with previous cesarean section is considered safe and often successful in selected groups of women, with smaller morbid-mortality that the repeated chosen cesarean section.

KEY WORDS: EPIDEMIOLOGY, PREVIOUS CAESAREAN OPERATION, C-SECTION, VAGINAL DELIVERY POST-CESAREAN SECTION, CHILDBIRTH LABOR TEST.



INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPITULO I.....	10
MARCO TEÓRICO.....	10
CAPITULO II.....	14
DISEÑO METODOLÓGICO.....	14
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVOS	16
TIPO DE ESTUDIO	16
UNIVERSO Y MUESTRA.....	18
PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE UN PARTO VAGINAL POS CESAREA.	19
MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.	20
CAPITULO III.....	21
ANALISIS Y RESULTADOS	21
DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50
ANEXOS.....	53



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

**“PREVALENCIA Y FACTORES PREDICTORES DE PARTO VAGINAL
POSSESAREA. CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2010.”**

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

AUTORA: DRA. MARINA RODRÍGUEZ DELEG.

DIRECTOR: DR. DIEGO VÁSQUEZ C.

ASESOR: DR. JORGE MEJÍA.

**CUENCA-ECUADOR.
NOVIEMBRE 2011**



DEDICATORIA

A mis hijos Esteban y Santiago que son una verdadera bendición en mi vida, por su amor incondicional a pesar de las horas robadas y por ser la razón que me motivo a seguir luchando.

LA AUTORA



AGRADECIMIENTO

A la Dra. Martha Robalino, Directora de posgrado de Ginecología, que con su apoyo, amistad y acertados consejos supo conducirnos hacia la meta.

Al Dr. Diego Vásquez, Director de Tesis, por el apoyo al llevar adelante este trabajo de investigación.

Al Dr. Jorge Mejía, Asesor estadístico, por la dedicación en la elaboración del presente trabajo.

A las pacientes que participaron en el estudio que confiaron en nosotros y que son la razón de nuestro trabajo.

A los compañeros posgradistas de ginecología, anestesiología y pediatría por su amistad, cariño y por el amor al trabajo que desempeñan se constituyeron en un pilar fundamental en la culminación del presente estudio

Al personal de enfermería, auxiliar y personal de servicios generales que con su carisma y disponibilidad fueron fundamentales en todo momento.

LA AUTORA



RESPONSABILIDAD

**Todos los criterios y opiniones vertidas en esta
Tesis son de exclusiva responsabilidad de la autora.**

Dra. Marina Rodríguez D.

INTRODUCCIÓN

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; además, nuevos estudios internacionales hacen referencia acerca de que la vía de parto por cesárea de repetición está incrementándose y alcanza 23% en EE UU, en el año 2002. Así mismo, la posibilidad de parto vaginal después de cesárea aumentó de 19% en 1989 a 27% en 1996, disminuyendo luego a 13% en el 2002 (1). En Latinoamérica, 12 de 19 países estudiados tienen tasas de cesáreas mayores al 15% con rangos que varían de 16.8% a 40% (4).

El incremento de cesáreas ha sido atribuido a la menor frecuencia de parto por vía vaginal, al uso generalizado de la monitorización electrónica en la vigilancia fetal, a la premisa de Cragin “una vez cesárea, siempre cesárea”, pero principalmente por la renuencia de los ginecoobstetras de monitorizar obstétricamente el trabajo de parto en una cesárea anterior (5).

De manera general, la decisión de utilizar como procedimiento una cesárea o parto vaginal en cesárea previa depende de diversos factores, los cuales influyen en la posibilidad de presentar complicaciones. En el caso de cesárea iterativa, se observa complicaciones relacionadas a hemorragia, anestesia, infecciones, herida operatoria y daño de órganos aledaños (2). Las complicaciones obstétricas más frecuentes son la placenta previa y placenta acreta (1)

En el caso de la elección de vía vaginal después de cesárea, este procedimiento resulta exitoso en 60 a 80%, favoreciendo además con hospitalizaciones maternas cortas, menor pérdida sanguínea, menos infecciones y eventos tromboembólicos (3). La rotura uterina es la complicación más temida en la prueba de trabajo de parto vaginal, que



ocurre en menos de 1% y depende del tipo de incisión previa e intervalo intergenésico (6).

Se ha recomendado una prueba de trabajo de parto cuando hay cesárea previa para aminorar la tasa global de estas operaciones. El colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (AGOG) recomienda someter a todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal, salvo que existan ciertas circunstancias: que persista la indicación anterior, que la cesárea fuese corporal o desconocida, que el feto pese 4000 gramos o más, que no se pueda monitorizar el parto y la falta de anestesiólogo o un neonatólogo (9).

El propósito del estudio es determinar la vía de evacuación más frecuente en las pacientes con una cesárea anterior, estableciendo el tipo de complicaciones que ocurren en estos casos; así como la indicación de cesárea en el embarazo anterior y en el embarazo actual.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

“PREVALENCIA Y FACTORES PREDICTORES DE PARTO VAGINAL POSCESAREA. CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2010.”

Sin duda alguna, la cesárea es uno de los avances más grandes en la atención del parto. Ella permitió y permite aún salvar muchas vidas, tanto de la madre como del feto, que sin su empleo no lo hubiéramos podido hacer. Baudelocque, la definió como “una operación por la cual se abre una vía para el nacimiento del niño” (1). En la actualidad se define como el nacimiento del feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y una en el útero (histerotomía) (2).

El parto vaginal pos cesárea se define como el parto por vía vaginal que se realiza luego de haber tenido cesárea previa. (3)(22)

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 trombo embolicas. Además de un periodo de recuperación y un costo mayor que el parto vaginal. (3)

La práctica del parto vaginal post cesárea aparece en 1980 en EEUU. En 1990 debido al alto índice de cesáreas el departamento de salud establece los siguientes objetivos; disminuir la tasa de cesáreas a 12% y aumentar los partos vaginales después de cesárea a 35% o mas (12) (20).

En la actualidad existen criterios más flexibles en la selección de los casos de cesárea anterior para parto vaginal. Sólo en caso de incisión longitudinal



en el cuerpo uterino existe consenso en la contraindicación absoluta del parto por la vía vaginal (11) (24).

Un nomograma publicado recientemente para la predicción de parto vaginal post cesárea exitoso incluye a factores maternos como la edad, el índice de masa corporal, la etnia y los partos vaginales previos (10). El análisis multivariado realizado en este estudio indica que los factores de riesgo durante el parto, incluyendo la corioamnionitis y la inducción del trabajo de parto se asocian con falla del parto vaginal pos cesárea, y que la mayor edad materna y la menor paridad también son predictores de falla del parto vaginal post cesárea (13) (23).

Grobman y col en 2007 publicaron un modelo que podía ser utilizado para predecir el parto vaginal post cesárea en embarazos a término. Entre las características asociadas al éxito del parto se observaron edad temprana de la mujer, IMC menor a 25, historia de parto vaginal previo (4) (14).

En el año 2000 se publicó un meta-análisis comparativo de 15 estudios entre la prueba de trabajo de parto y la cesárea electiva con 45.244 pacientes con antecedentes de una cesárea. El 72.3% obtuvo con éxito un parto vaginal. El 62.3% de las pacientes tenía entre 26 y 35 años y el 23.3% de 20 a 35 años (19).

En cuanto al periodo intergenesico el 50.9% fue mayor de 48 meses y solo el 8.6% de 18 a 24 meses. Es importante considerar la relación del periodo intergenesico y la rotura uterina, ya que mientras mayor es el periodo intergenesico menor es la probabilidad de rotura uterina (19).

Por otro lado Wilson y col. En un estudio retrospectivo del 1997 a 2000 señalaron que el intervalo de cesárea previa y el parto vaginal menor de 19 meses estuvo asociado a disminución del éxito del parto vaginal post cesárea (18).

En el análisis multicéntrico de Landon y col. sobre la prueba de trabajo de parto entre 1999-2002, de 14 529 pacientes con cesárea previa sometidas a



la prueba de trabajo de parto 73,6 % tuvieron parto vaginal exitoso. En aquellas con parto vaginal previo tuvieron éxito en el 86,6 % frente al 60,9 % sin parto anterior. Los factores predictivos adversos fueron cesárea por distocia, necesidad de inducción del trabajo de parto e índice de masa corporal ≥ 30 (18).

Juhasz y col. obtienen un éxito de parto vaginal en el 77,2 % y entre los factores desfavorables también incluyen las obesas, en las cuales el éxito de parto vaginal se redujo al 50%: Señalan que aquellas con aumento > 40 lb la probabilidad de vía vaginal fue 40% (19).

Al evaluar la paridad en relación a la vía de finalización del embarazo actual, la bibliografía permanece controvertida. Se considera que un parto anterior aumenta la

probabilidad de parto vaginal posterior a una cesárea (15).

En un meta-análisis de estudios de cohorte de parto vaginal después de cesárea, que incluyó un total de 31 estudios, publicados entre 1982 y 1989 en 11,417 mujeres se observó que la tasa de éxito varió con la indicación de la cesárea previa. Fue mayor del 80% cuando la cesárea previa fue realizada por presentación pélvica y en mujeres con antecedente de un parto vaginal previo a la cesárea; y del 67% cuando la indicación fue falla en la progresión del trabajo de parto, desproporción cefalopélvica o distocia (15).

En cualquier caso el aumento de los partos por cesárea en todo el mundo se sitúa en el centro de una polémica que implica a ginecólogos, obstetras, matronas, madres etc. (16). El incremento de los partos múltiples, de las madres mayores –lo que multiplica el riesgo de desarrollar diabetes o hipertensión gestacional–, y la presión de muchas mujeres que reclaman anestesia cuando se acerca el momento de dar a luz, son algunos de los factores que podrían explicar esta tendencia (17). Una encuesta llevada a cabo en Estados Unidos por el ‘National Childbirth Trust’, asegura que es el temor de los médicos a que la madre no sea capaz de dar a luz naturalmente e incluso el miedo a ser demandados si algo sale mal, lo que



está detrás de esta tendencia creciente. A su juicio, el aumento de las demandas judiciales coincide con el aumento de lo que él llama la 'medicina defensiva' (7).

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 (11). Existen además estudios que se plantean que si no hay recurrencia de la patología inicial o una nueva indicación de cirugía, se puede optar por parto vaginal también cuando la paciente es portadora de una cesárea previa (18).

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

JUSTIFICACIÓN

Ahondar en el estudio de la capacidad para seleccionar las mujeres con mayor potencial de éxito de un trabajo de parto permitirá a la mujer y a su recién nacido disfrutar de muchos beneficios evitando resultados indeseables.

Uno de los propósitos de proyectos de desarrollo humano mundial es reducir la tasa global de cesárea a un 15% ya que en las últimas décadas ha tenido un incremento alarmante. En los EEUU, se estima que unos 4 millones de nacimientos que corresponden a un 25%, se dan por la vía abdominal (5).

Hoy en día la principal indicación de cesárea, es la cesárea por cesárea anterior (34%), seguido por las distocias (28%), el Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) el 14%, presentación pélvica (9%) y otras causas el 10%. De todas las causas mencionadas, la que mayor posibilidad de modificarse tiene es la cesárea anterior, en los casos en que sean factibles (5).

Otro justificativo para la realización de esta acción es que la morbilidad y mortalidad materna y fetal disminuyen con el parto, como lo es también, la infección de la cavidad pélvica, el riesgo de hemorragia y de infección de la herida es mayor en la realización de una cesárea. Según el estudio de Castelazo Ayala (6) 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.

El Ministerio de Salud Publica de nuestro país, a incorporado dentro de sus normas y protocolos la atención del parto post-cesárea en todas las usuarias de sus hospitales, a donde acuden pacientes con una cesárea anterior, citándose la mayor complicación que es la rotura uterina entre 0.6-0.8 %.(7)



Se pueden también suceder complicaciones como lesiones de uréter, de intestino, vejiga en el caso de la cesárea. Otro aspecto interesante es el menor número de días de estancia hospitalaria para las pacientes post-parto (21). El debate ya ha llegado a los círculos médicos y hay quien asegura que los beneficios de un parto vaginal superan con mucho los riesgos de una segunda cesárea (infecciones, hemorragias, trombos sanguíneos en el caso de la madre, y trastornos respiratorios e incluso muerte para el feto) (8).

Las tasas elevadas de cesáreas con sus consiguientes perjuicios en la práctica obstétrica actual pueden ser modificadas mediante la recomendación de parto en toda cesárea previa en que se cumplen requisitos determinados.

De este hecho deriva la importancia del tema y como finalidad tratar de disminuir el porcentaje de cesáreas en el principal hospital de la provincia, tomando en cuenta que la principal causa de cesárea es la cesárea anterior.

Una vez obtenidos los resultados se comunicara de estos al personal medico y principales autoridades de salud. Las beneficiarias serán todas las mujeres embarazadas que acuden a este hospital, en las cuales se intentara llevar a cabo el parto vaginal luego de una cesárea.

Su factibilidad está en que el hospital Vicente Corral Moscoso cuenta con los recursos humanos (obstetras y anestesiólogos) y logísticos las 24 horas del día de todo el año y constituye un estudio de actualidad por este tipo de investigación que aun no se realiza en esta casa de salud.



OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar prevalencia y factores predictores del parto vaginal pos cesárea en las embarazadas que acuden al departamento de Gineco-obstetricia del hospital “Vicente Corral Moscoso”.

ESPECIFICOS

- Determinar si los factores biológicos como edad, IMC, periodo intergenésico, parto vaginal previo están asociados al éxito de un parto vaginal pos cesárea.
- Identificar si los factores sociales como estado civil, ocupación, nivel de instrucción permiten llevar al éxito un parto vaginal pos cesárea.
- Establecer criterios para la selección adecuada de las pacientes que pueden tener parto vaginal luego de una cesárea con el menor riesgo posible.

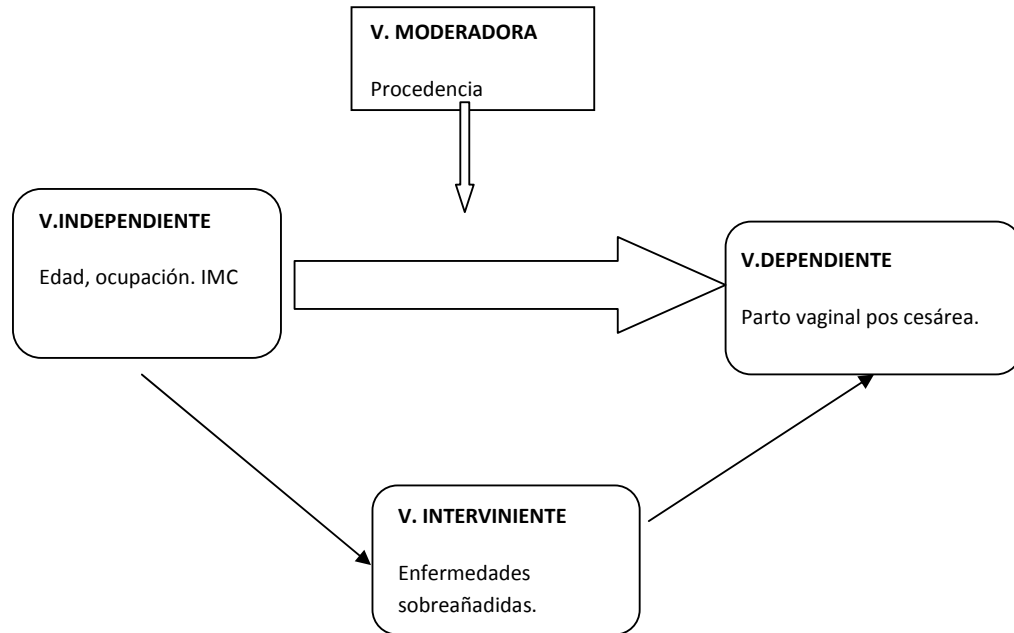
TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se trata de un estudio de tipo transversal que se realizara en las embarazadas con cesárea anterior entre los 19 y 35 años del departamento de gineco-obstetricia, del hospital “Vicente Corral Moscoso”. Diciembre de 2010 – Mayo de 2011.

**ANEXO****a. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.**

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha.	Tiempo en años.	Años cumplidos	20-25 años. 26-30 años. 31-35 años.
Condición de Embarazo	Estado gestacional de una paciente	La gestación	Semanas de gestación.	37 SG 38 SG 39 SG 40 SG
Estado civil	Grado de vinculo entre dos personas determinado por ley	Las diferentes formas de vinculo social entre dos personas	Testimonio verbal de la paciente	Soltera, Casada, Viuda, Divorciada, Unión libre
Parto vaginal post-cesárea	Parto por la vía vaginal luego de una cesárea previa	Factibilidad de realizar parto pos cesáreas	Terminación del embarazo por parto o cesárea.	Parto... Cesárea....
Ocupación	Actividad que realiza la paciente	Actividad cotidiana	Tipo de actividad	QQDD. Profesionales. Agricultora Estudiante
Peso de la embarazada según tabla de Rosso-Mardones.	Relación entre peso y talla de la paciente.	Peso en kilos y talla en centímetros al cuadrado.	Kilogramos y Centímetros	<18.5 Bajo peso 18.5-24.99 Normal >25 Sobrepeso >30 Obesidad
Periodo intergenésico	Periodo de tiempo entre los partos	Tiempo en meses	Meses entre el ultimo parto y el actual	24 meses y mas.

MATRIZ DE DISEÑO DE LAS VARIABLES



UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de estudio lo conforman todas las mujeres con embarazo a término en fase activa de labor de parto que hayan tenido una cesárea previa y que tengan entre 19 y 35 años de edad, que acuden al departamento de gineco-obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso, durante los meses Diciembre del 2010 a Mayo de 2011.

La presente muestra se calculo tomando en cuenta los siguientes criterios:

1. Población 400 pacientes con diagnostico de cesárea por cesárea anterior.
2. Prevalencia esperada del parto pos cesárea es del 60%.
3. La precisión o error el 3%.
4. Nivel de confianza 95%.
5. Con estos datos la muestra a estudiar es de 288 pacientes + el 20% que es un total de 345 pacientes. Mediante la utilización del software estadístico para datos tabulados Statcal, subprograma del Epiinfo para Windows.



Los resultados obtenidos se analizaron en el programa SPSS versión 18 en español, con un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5%, una potencia estadística del 80%.

PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE UN PARTO VAGINAL POS CESAREA.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

- Que tenga solo una cesárea anterior.
- Ninguna otra cicatriz uterina con acceso a cavidad.
- Que la cirugía anterior no haya tenido complicaciones.
- Que incisión anterior haya sido segmentaria baja.
- Presencia de partos vaginales.

EMBARAZO ACTUAL.

- Que tenga mínimo dos años de la cesárea anterior.
- No debe existir patología sobreañadida: diabetes, hipertensión etc.
- Ausencia de sobre distensión uterina: macrosomia, poli hidramnios 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.

ATENCION DE LA LABOR DE PARTO.

- Firma del consentimiento informado.
- Apoyo psicológico a la paciente.
- Dilatación de 4 cm o mas.
- Relación céfalo -pélvica adecuada.

- Vigilancia estrecha de los signos vitales de la madre, control del LCF, y uso correcto del partograma (si la línea real cruza la línea de alerta, suspender labor de parto).
- Actuar con alerta quirúrgica o expectación armada: rasura, vía canalizada con catlon 16 o 18.
- Realizar episiotomía.
- Evitar la compresión abdominal.
- Estar preparado para realizar una cesárea de emergencia.

APOYO LOGISTICO.

- Contar con obstetra calificado.
- Tener quirófano adecuado para una cesárea rápida.
- Anestesiólogo a tiempo completo.
- Contar con dos paquetes globulares.
- Infraestructura adecuada para el control del parto y realización de una cesárea urgente si fuera preciso.

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

El trabajo se realizó en el centro obstétrico del departamento de obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso. Para la obtención de los datos se utilizó un formulario establecido a todas las pacientes que participen en el estudio (Anexo 1).

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Los datos obtenidos se procesaron en computadora, mediante el programa Excel y SPSS versión 18 en español y realizaron las pruebas de significancia con un nivel de confiabilidad del 95% para obtener los resultados finales de la presente investigación.

CAPITULO III

ANALISIS Y RESULTADOS

RESULTADOS DESCRIPTIVOS

1. EDAD

Tabla 1. Distribución de 346 mujeres embarazadas según edad con cesárea anterior. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

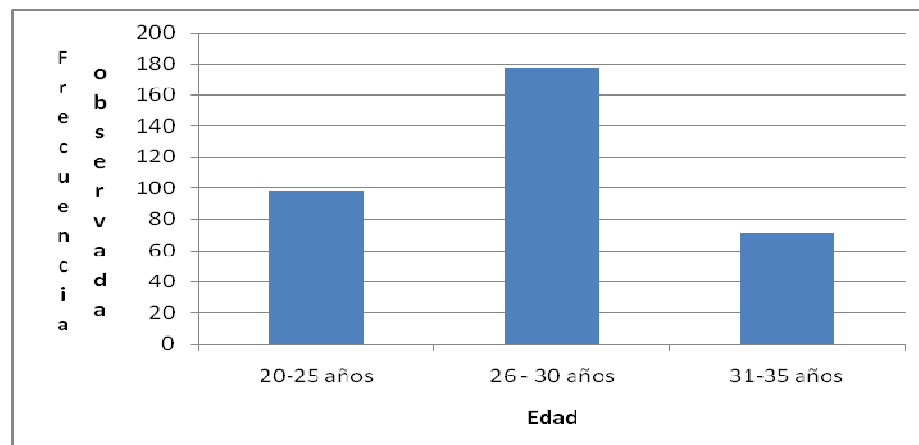
Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-25 años	98	28,3
26 - 30 años	177	51,2
31-35 años	71	20,5
Total	346	100,0

\bar{X} = 27.45 años; DS: 3.63 años

Fuente: Formularios de recolección de datos

Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Gráfico 1. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según edad. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”



Fuente: Datos de tabla 1

Realizado por: Dra. Marina Rodríguez



La tabla 1 indica la distribución de la población en estudio según edad, el grupo de mayor prevalencia fue el de 26 a 30 años de edad con el 51.2% (n=177) de los casos, un 28.3% (n=98) de la población en estudio presentó edades entre 20 y 25 años y por último el 20.5% (n=71) presentó edades entre los 31 y 35 años de edad, se puede concluir diciendo que en más de la mitad de la población fueron pacientes jóvenes. La media de edad se ubicó en 27.45 años con un DS de 3.63 años.

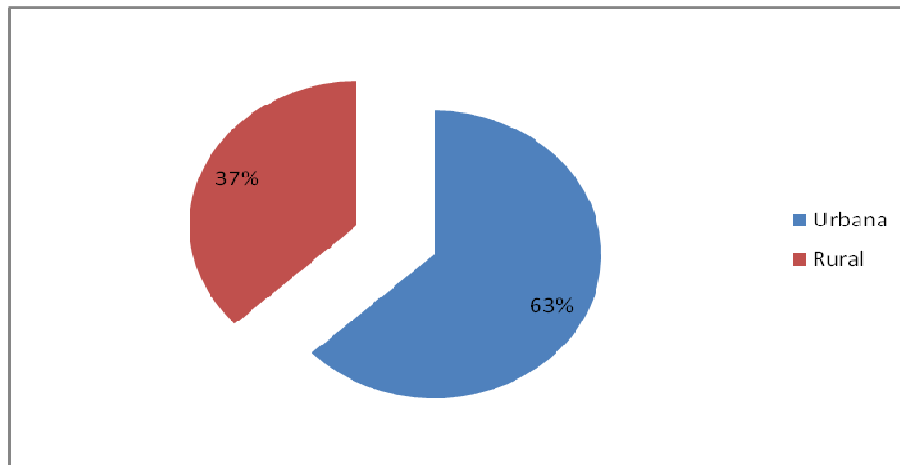
2. PROCEDENCIA

Tabla 2. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según procedencia. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	218	63,0
Rural	128	37,0
Total	346	100,0

Fuente: Formularios de recolección de datos
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Gráfico 2. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según procedencia. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”



Fuente: Datos de tabla 2
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

La tabla 2 nos indica la distribución de la población según procedencia, el 63% (n=218) procede del área urbana, mientras que el 37% (n=128) lo hace desde el área rural.

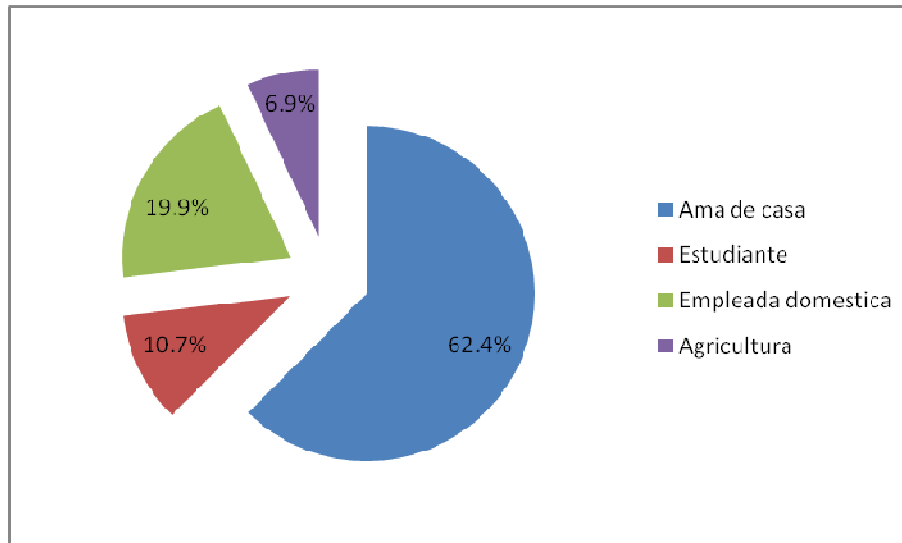
3. OCUPACIÓN

Tabla 3. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según ocupación. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	216	62,4
Estudiante	37	10,7
Empleada domestica	69	19,9
Agricultura	24	6,9
Total	346	100,0

Fuente: Formularios de recolección de datos
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Gráfico 3. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según ocupación. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”



Fuente: Datos de tabla 3
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

En cuanto a la ocupación de la población en estudio, se encontró que el mayor porcentaje es representado por las amas de casa con el 62.4% (n=216), también se encontró que el 19.9%(69) realizan actividades domésticas remuneradas, un 10.7% (n=37) fue estudiante y por ultimo un 6.9% (n=24) se dedica a actividades relacionadas con la agricultura.

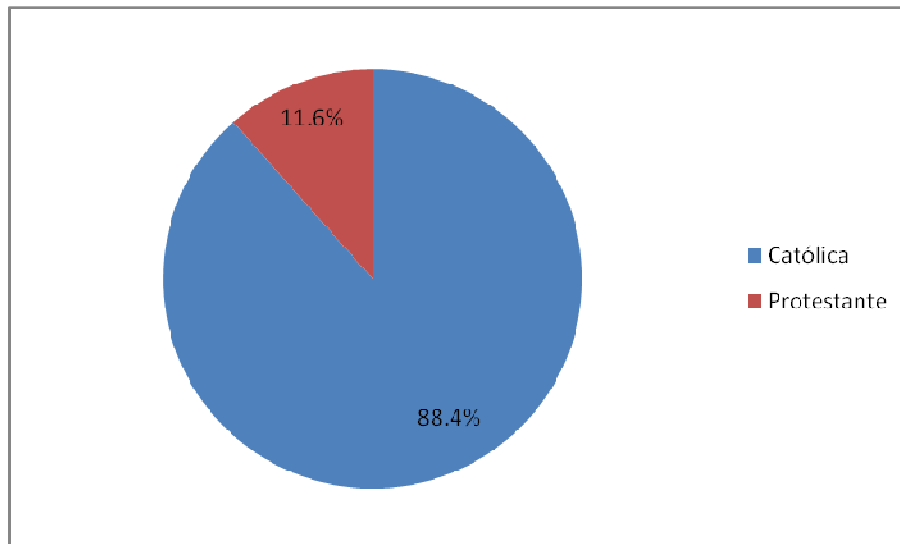
4. RELIGION

Tabla 4. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según religión. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal poscesarea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	306	88,4
Protestante	40	11,6
Total	346	100,0

Fuente: Formularios de recolección de datos
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Gráfico 4. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según religión. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal poscesarea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”



Fuente: Datos de tabla 4
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

La tabla 4 nos indica que en el 88.4% (n=306) de los casos practica la religión católica y el 11.6% (40) fue protestante.

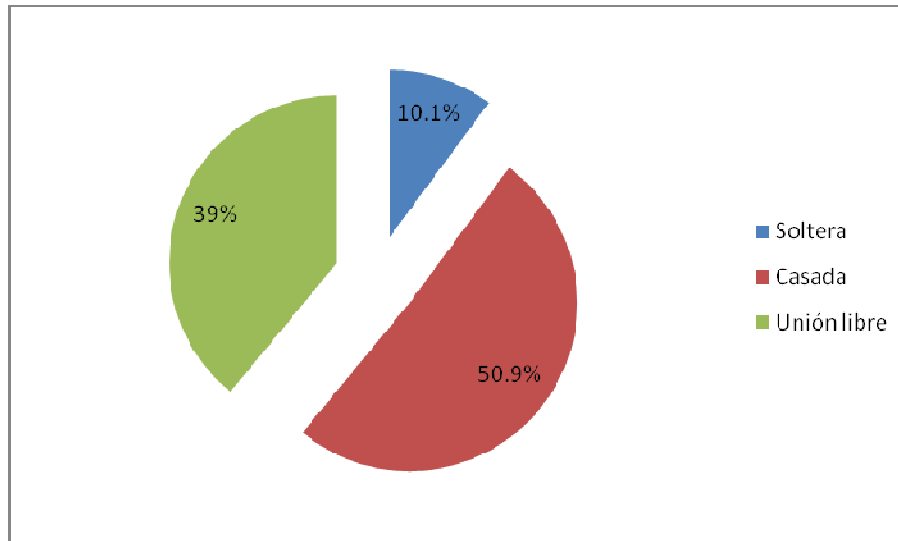
5. ESTADO CIVIL

Tabla 5. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según estado civil. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	35	10,1
Casada	176	50,9
Unión libre	135	39,0
Total	346	100,0

Fuente: Formularios de recolección de datos
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Tabla 5. Distribución de 340 mujeres embarazadas con cesárea anterior según estado civil. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”



Fuente: Datos de tabla 5
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

La tabla 5 nos indica que el 50.9% (n=176) de la población fue casada, el 39% (n=135) presentó estado civil unión libre y un 10.1% (n=35) fue soltera.

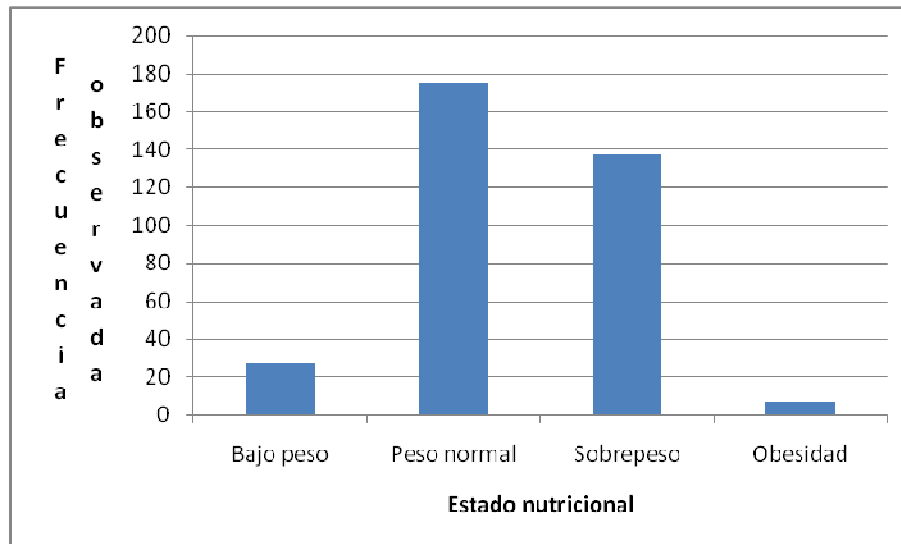
6. ESTADO NUTRICIONAL

Tabla 6. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según estado nutricional. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	27	7,8
Peso normal	175	50,6
Sobrepeso	137	39,6
Obesidad	7	2,0
Total	346	100,0

Fuente: Formularios de recolección de datos
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Gráfico 6. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según estado nutricional. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”



Fuente: Datos de tabla 6
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

La tabla 6 nos indica que más de la mitad de los casos es decir el 50.6% (n=175) presentó peso normal, siguiendo en frecuencia se encuentra que el 39.6% (n=137) de la población presentó sobrepeso, un 7.8% (n=27) presentó Bajo peso y el 2% (n=7) obesidad. Se puede concluir que un poco menos de la mitad de la población presenta alteraciones nutricionales a ambos extremos de la normalidad.

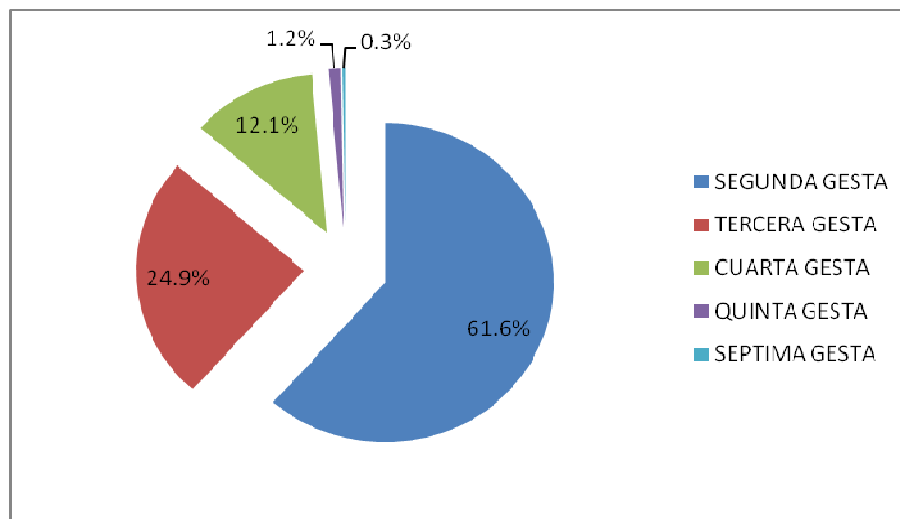
7. NUMERO DE GESTAS ANTERIORES

Tabla7. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según número de gestas. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Numero de gestas	Frecuencia	Porcentaje
SEGUNDA GESTA	213	61,6
TERCERA GESTA	86	24,9
CUARTA GESTA	42	12,1
QUINTA GESTA	4	1,2
SEPTIMA GESTA	1	,3
Total	346	100,0

Fuente: Formularios de recolección de datos
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Gráfico7. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según número de gestas. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”



Fuente: Datos de tabla 7
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Dentro de los antecedentes obstétricos de las pacientes en la tabla 7 se indica que el 61.6% (n=213) de la población se encontró en la segunda gesta, un 24.9% (n=86) en su tercera gesta, el 12.1% en su cuarta gesta, el 1.2% en su quinta gesta y el 0.3% en su séptima gesta.

8. CAUSA DE CESAREA ANTERIOR

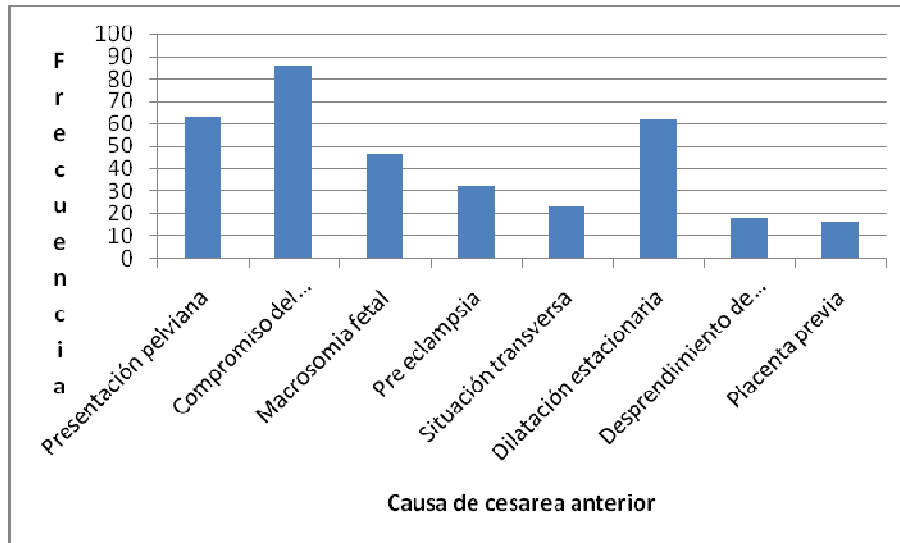
Tabla 8. Distribución de 346 mujeres embarazadas según causa de cesárea anterior. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea.

Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Causa de cesárea anterior	Frecuencia	Porcentaje
Presentación pelviana	63	18,2
Compromiso del bienestar fetal	86	24,9
Macrosomia fetal	46	13,3
Pre eclampsia	32	9,2
Situación transversa	23	6,6
Dilatación estacionaria	62	17,9
Desprendimiento de placenta	18	5,2
Placenta previa	16	4,6
Total	346	100,0

Fuente: Formularios de recolección de datos
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Gráfico 8. Distribución de 346 mujeres embarazadas según causa de cesárea anterior. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”



Fuente: Datos de tabla 8
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Las causas de cesárea anterior son múltiples, la de mayor relevancia porcentual fue el compromiso del bienestar fetal, esta situación se hizo presente en el 24.9% (n=86) de la población, la presentación pelviana se presentó en el 18.2% (n=63) de los casos, el 17.9% (n=62) de cesáreas anteriores fue por dilatación estacionaria, el 13.3% (n=46) de la población presentó una cesárea anterior por macrosomía fetal, con un porcentaje menor al 10% cada una se encontraron las siguientes pre eclampsia, situación transversa, desprendimiento de placenta y placenta previa.

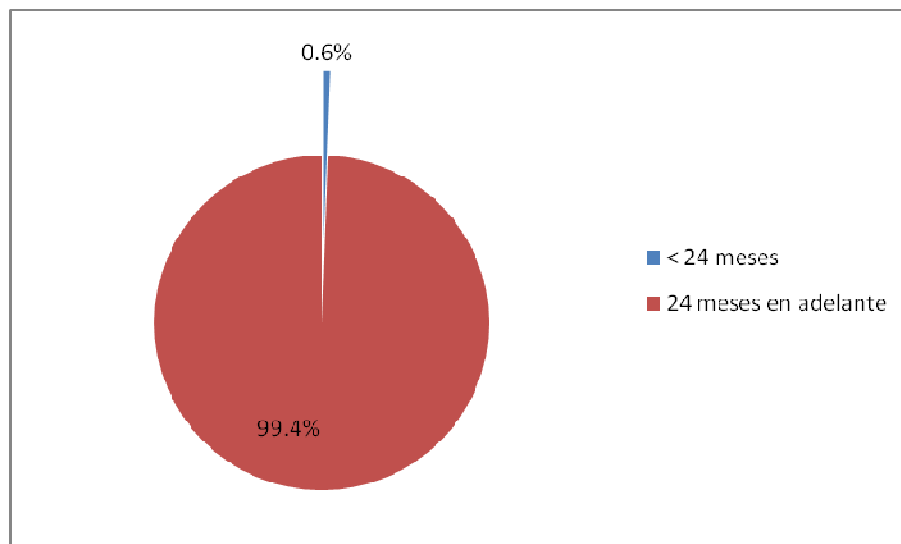
9. PERIODO INTERGENESICO

Tabla 9. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según periodo intergenesico. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Periodo intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
< 24 meses	2	,6
24 meses en adelante	344	99,4
Total	346	100,0

Fuente: Formularios de recolección de datos
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Gráfico 9. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según periodo intergenesico. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”



Fuente: Datos de tabla 9
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

El 99.4% (n=344) de las mujeres incluidas en este estudio presentaron periodo intergenésico de 24 meses o superior, mientras que el 0.6% (n=2) presentó periodo intergenésico menor de 24 meses.



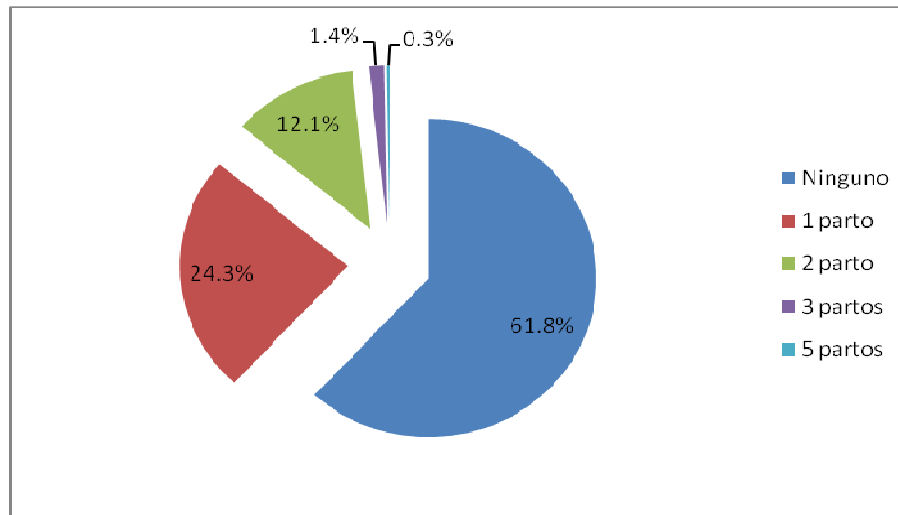
10. PARTOS ANTERIORES

Tabla 10. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según paridad. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Partos anteriores	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	214	61,8
1	84	24,3
2	42	12,1
3	5	1,4
5	1	,3
Total	346	100,0

Fuente: Formularios de recolección de datos
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Gráfico 10. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según paridad. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”



Fuente: Datos de tabla 10
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

La tabla 10 nos indica que el 61.8% (n=214) de la población no presentó ningún parto anterior, un 24.3% (n=84) presentó 1 parto anterior, el 12.1% (n=42) presentó 2 partos anteriores, el 1.4% (n=5) presentó 3 partos anteriores y el 0.3% (n=1) presentó 5 partos anteriores.

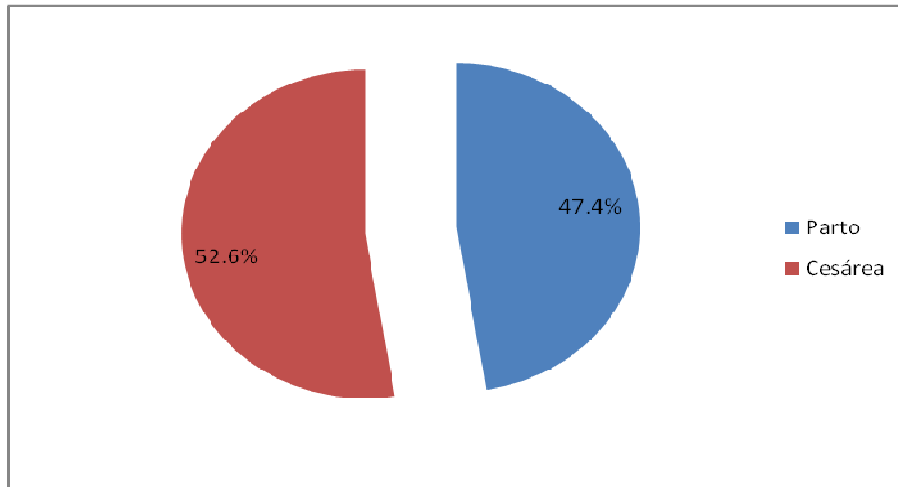
11. TERMINO DEL EMBARAZO ACTUAL

Tabla 11. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según término del embarazo actual. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Término de embarazo actual	Frecuencia	Porcentaje
Parto	164	47,4
Cesárea	182	52,6
Total	346	100,0

Fuente: Formularios de recolección de datos
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Gráfico 11. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según término del embarazo actual. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”



Fuente: Datos de tabla 11
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

El 47.4% (n=164) de los embarazos en mujeres con cesárea anterior terminaron en parto vaginal exitoso, el 52.6% (n=182) terminó en cesárea.

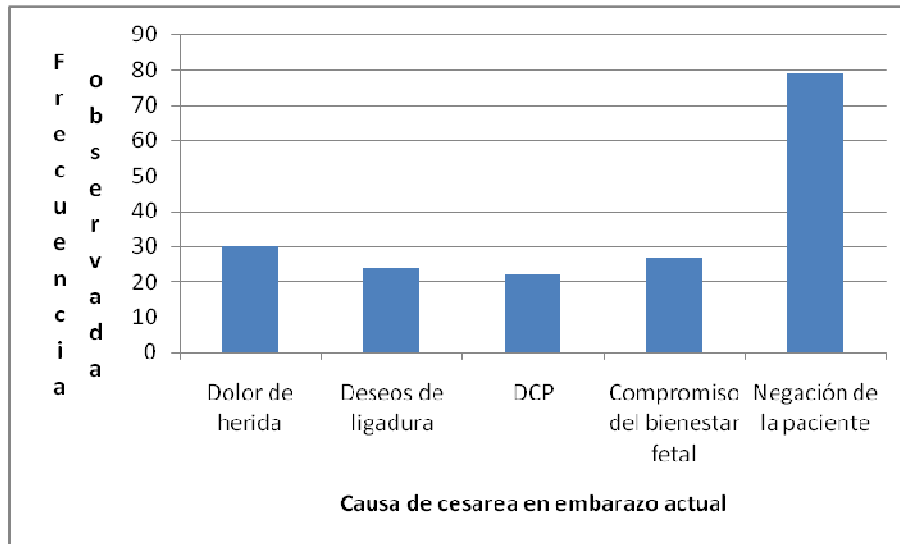
12. CAUSAS PARA EL TÉRMINO DE EMBARAZO ACTUAL EN CESAREA

Tabla 12. Distribución de 182 mujeres embarazadas según causa de término de embarazo actual en cesárea. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Causa de cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Dolor de herida	30	16,5
Deseos de ligadura	24	13,2
DCP	22	12,1
Compromiso del bienestar fetal	27	14,8
Negación de la paciente	79	43,4
Total	182	100,0

Fuente: Formularios de recolección de datos
Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Gráfico 12. Distribución de 182 mujeres embarazadas según causa de término de embarazo actual en cesárea. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”



Fuente: Datos de tabla 12

Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Del total de pacientes en las cuales el término del embarazo actual fue por cesárea se encontraron las siguientes causas de esta situación: en el 43.4% (n=79) existió negación de la paciente para el parto vaginal, en el 16.5% (n=30) la causa para cesárea fue dolor de herida, el 14.8% (n=27) fue por compromiso del bienestar fetal, en el 13.2% (n=24) de los casos fue por deseos de ligadura de la paciente y el 12.1% (n=22) por DCP.

DETERMINACIÓN DE FACTORES PREDICTORES

1. EDAD COMO FACTOR PREDICTIVO

Tabla 13. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según edad y terminación del embarazo. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Edad	Término del embarazo actual		OR	IC 95%	P
	Parto n/%	Cesárea n/%			
20-25 años	44/44.9%	54/55.1	0.87	0.53-1.43	0.55 NS
26-30 años	89/50.3	88/49.7	1.27	0.81-1.98	0.27 NS
31-35 años	31/43.7	40/56.3	0.83	0.47-1.44	0.47 NS

Chi cuadrado: 1.23 GL: 2 $p > 0.05$

Fuente: Formularios de recolección de datos

Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

La tabla 13 nos indica las relaciones entre los diferentes grupos de edad y el término del embarazo actual, en el grupo de 20 a 25 años la cesárea fue más frecuente que el parto vaginal, sin embargo no se encontró ni significancia ni asociación estadística, tampoco se encontró que este grupo de edad se comporte como factor predictor, pues OR: 0.87, con intervalos de confianza para un 95% de confianza no significativos.

En el grupo de 26 a 30 años de edad, a diferencia del grupo anterior, el parto vaginal fue más frecuente, sin embargo el tamaño del efecto de esta variable para factor predictor de parto vaginal pos cesárea no es significativo.

En el grupo de edad de 31 a 35 años se evidenció que nuevamente la cesárea es más frecuente que el parto, pero al igual que en los grupos anteriores no se encontró ni asociación ni significancia estadística en los resultados.



En general, al parecer la edad no debería ser considerado como factor predictor ni de riesgo para parto vaginal en pacientes con una cesárea anterior, sin embargo si analizamos las causas de cesárea actual se evidencia que en la mayoría de los casos es por negación de paciente, obviamente esto hace que las frecuencias de cesárea aumenten.

2. ESTADO NUTRICIONAL COMO FACTOR PREDICTOR

Tabla 14. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según estado nutricional y terminación del parto. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Estado nutricional	Término del embarazo actual		OR	IC 95%	P
	Parto n/%	Cesárea n/%			
Desnutrición	12/44.4	15/55.6	0.88	0.37-2.06	0.74 NS
Normal	94/53.7	81/46.3	1.67	1.07-2.62	0.01 S
Sobrepeso	57/41.6	80/58.4	0.68	0.43-1.07	0.08 NS
Obesidad	1/14.3	6/85.7	0.18	0.01-1.52	0.07 NS

Chi cuadrado: 7.817 GL: 3 p=0.05

Fuente: Formularios de recolección de datos

Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

En el grupo de pacientes que presentaron desnutrición se evidenció que la cesárea fue lo más prevalente para el término del embarazo, al asociarlo como factor predictor no se encontraron diferencias ni asociación estadísticamente significativas.

En el grupo con estado nutricional normal, se evidenció que la terminación del embarazo post cesárea es más frecuente por parto vaginal, existe una probabilidad aumentada en 1.67 veces de terminar en parto vaginal post cesárea en pacientes con estado nutricional normal.

En el grupo que presentó sobrepeso lo más prevalente fue encontrar cesárea, al relacionarla como factor predictor de parto no se evidenció significancia estadística, al igual que en el grupo anterior, aunque con frecuencias más bajas se evidenció las relaciones con el grupo de mujeres obesas.



En general la asociación entre el estado nutricional y la terminación del embarazo actual se encuentra en el límite de la significancia estadística, este resultado debe ser tomado con cautela. No así el resultado obtenido con las mujeres de estado nutricional normal, donde claramente se evidenció un factor predictor de parto vaginal significativo.

3. PERIODO INTERGENESICO COMO FACTOR PREDICTOR

Tabla 15. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según periodo intergenesico y terminación del parto. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Periodo inter genésico	Término del embarazo actual		OR	IC 95%	P
	Parto n/%	Cesárea n/%			
< 24 meses	2/100	0/0	Indefinido	Indefinido	0.13 NS
24 meses o superior	162/47.1	182/52.9	0	0-3.57	

Chi cuadrado: 2.23 GL: 1 p>0.05

Fuente: Formularios de recolección de datos

Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

La frecuencia de pacientes que presentaron periodo intergenésico < 24 meses fue mínima y no nos permite obtener conclusiones. Dentro del grupo de pacientes con 24 o más meses de periodo intergenésico se evidenció que porcentualmente es más frecuente que el embarazo termine en cesárea.

No se encontraron diferencias significativas entre ambas variables, por lo tanto el periodo intergenesico no debe ser considerado como factor predictor ni de riesgo para parto post cesárea.

4. PARTO VAGINAL PREVIO COMO FACTOR PREDICTOR

Tabla 16. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según parto vaginal previo y terminación del parto. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Partos vaginales	Término del embarazo actual		OR	IC 95%	P
	Parto n/%	Cesárea n/%			
Ninguno	88/41.1	126/58.9	0.51	0.32-0.82	0.00 S
1 parto	44/52.4	40/47.6	1.30	0.77-2.19	0.29 NS
2 partos	28/66.7	14/33.3	2.47	1.20-5.16	0.00 S
3 partos	3./60	2./40	1.68	0.23-14.52	0.56 NS
5 partos	1/100	0/100	Indefinido	Indefinido	0.29 NS

Chi cuadrado: 11.901 GL:4 $p < 0.05$

Fuente: Formularios de recolección de datos

Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

Únicamente en las pacientes que no presentaron ningún parto previo fue mas frecuente que el embarazo termine por cesárea. En pacientes que han tenido al menos 1 parto vaginal lo más frecuente es observar que el embarazo termine en parto vaginal exitoso.

Los resultados significativos estadísticamente fueron los siguientes: la nuliparidad disminuye la probabilidad de parto vaginal postcesarea, el poseer 2 partos vaginales aumenta la probabilidad de parto.

El número de partos vaginales se asocia con la terminación del parto.

Si realizamos la dicotomización entre tener al menos 1 parto vaginal y la nuliparidad se encontró que: al menos tener un parto vaginal aumenta la probabilidad de parto vaginal poscesárea ante la nuliparidad. OR: 1.94 (1.22-3.09) $p=0.00$

5. ESTADO CIVIL Y ÉXITO DE PARTO VAGINAL

Tabla 17. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según estado civil y éxito de parto vaginal. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Estado civil	Término del embarazo actual		OR	IC 95%	P
	Parto n/%	Cesárea n/%			
Soltera	17/48.6	18/51.4	1.05	0.50-2.24	0.88 NS
Casada	77/43.8	99/56.3	0.74	0.48-1.16	0.16 NS
Unión libre	70/51.9	65/48.1	1.34	0.85-2.12	0.18 NS

Chi cuadrado:2.03 GL: 2 p>0.05

Fuente: Formularios de recolección de datos

Realizado por: Dra. Marina Rodríguez

En lo referente al estado civil como factor predictor de parto vaginal se concluye que ningún estado civil puede ser considerado como predictor de parto vaginal, además el estado civil no se relaciona ni asocia estadísticamente a terminación del embarazo por parto o cesárea.

6. OCUPACION Y ÉXITO DE PARTO VAGINAL

Tabla 18. Distribución de 346 mujeres embarazadas con cesárea anterior según ocupación y éxito de parto vaginal. Prevalencia y Factores predictores de parto vaginal pos cesárea. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.”

Ocupación	Término del embarazo actual		OR	IC 95%	P
	Parto n/%	Cesárea n/%			
Ama de casa	110/50.9	106/49.1	1.46	0.92-2.32	0.09 NS
Estudiante	16/43.2	21/56.8	0.83	0.39-1.73	0.59 NS
Empleada doméstica	30/43.5	39/56.5	0.82	0.47-1.44	0.46 NS
Agricultura	8/33.3	16/66.7	0.53	0.20-1.37	0.15 NS

Chi cuadrado:3.66 GL: 3 p>0.05

Fuente: Formularios de recolección de datos

Realizado por: Dra. Marina Rodríguez



En las pacientes que presentaron como ocupación ama de casa el término del embarazo fue en su mayoría vía parto vaginal, en las estudiantes esta situación se invierte al igual que en pacientes que fueron empleadas domésticas y que laboran en agricultura donde lo más frecuente fue encontrar que el embarazo terminó en cesárea.

No se encontró asociación entre la ocupación y el término del embarazo de ningún tipo.

El tamaño del efecto de las diferentes ocupaciones no fue significativo para el éxito de un parto vaginal luego de una cesárea anterior.

DISCUSIÓN

1. La práctica de parto vaginal pos cesárea aparece tempranamente en 1980 en EEUU en pacientes con antecedentes de incisión segmentaria baja, en respuesta a la alta tasa de cesáreas por tanto el Departamento de salud y Servicio Humanos establece los siguientes objetivos para el año 2000: disminuir la tasa de primera cesárea a 12% o menos y aumentar el parto vaginal pos cesárea a 35% o más (24).

La prevalencia del parto vaginal pos cesárea en el estudio fue del 47.4% (tabla 11), la prueba de trabajo de parto fallo en el 52.6% y tuvieron que ser reintervenidas. Esta disminución se puede explicar por factores tales como la negación de la paciente a continuar con la prueba de trabajo de parto (43.4%) y la consiguiente decisión de la paciente de ir a cesárea de repetición por comodidad o temor; seguida por la presencia de dolor a nivel de la herida quirúrgica (16.5%) y compromiso del bienestar fetal (14.8%) como se puede observar en la tabla 18. Este dato es similar a lo encontrado en la literatura, aunque con un mayor porcentaje de partos vaginales después de cesárea comparado con Estados Unidos, que presentó 8,5% en el 2007 (25).

2. En cuanto al periodo intergenesico el 2% fue menor de 24 meses y el restante fue mayor o igual a 24 meses, observándose un éxito del 100% de parto vaginal en aquellas con periodo intergenesico menor de 24 meses, este valor no seria significativo por el tamaño de la muestra. En las pacientes con periodo intergenesico mayor de 24 meses lo mas frecuente fue que el parto termine en cesárea. Lo cual no concuerda con estudios retrospectivos que indican que el intervalo de cesárea previa y parto vaginal menor de 19 meses estuvo asociado con disminución del éxito del parto vaginal después de una cesárea (29) (30).
3. Se selecciono variables demográficas que podrían influir en la decisión materna de la vía de parto. Así, se obtuvo únicamente diferencia significativa en lo que respecta a paridad. En relación a paridad, existió

una mayor tendencia al parto vaginal después de cesárea, si existía la experiencia de un parto vaginal previo (Tabla 16). Esto va acorde con lo revisado, que menciona que el factor más importante en pacientes con una cesárea previa para optar por intento de parto vaginal pos cesárea es el antecedente de un parto vaginal previo (26).

4. La importancia de la nutrición materna en la evolución del embarazo ha sido ampliamente demostrada, aunque la mayor parte de los esfuerzos en los países en vía de desarrollo se han orientado a analizar fundamentalmente la relación con el déficit de peso materno. La creciente epidemia de obesidad obliga a analizar también la parte superior de la distribución ponderal, donde se presentan diversos problemas asociados al exceso de peso (27)(28). Ello se demuestra en el presente estudio que confirma el impacto negativo tanto del bajo peso como del sobrepeso materno en la evolución parto (Tabla 14).
5. El resto de variables no tuvo diferencia significativa. No se encontró asociación entre la ocupación y el término del embarazo (Tabla 18).
6. Por otro lado, no se encontró evidencia de que la escolaridad influyera en la vía de parto. Sin embargo, se esperaría que un mayor grado de instrucción permitiera a las gestantes una mejor comprensión de los riesgos y beneficios de someterse al parto vaginal. Contrario a esto, en nuestro estudio aquellas con mayor escolaridad optaron por una nueva cesárea (Tabla 18).

Tampoco se encontró asociación de la edad y estado civil como predictores de parto vaginal pos cesárea.

CONCLUSIONES

- Se estudiaron 346 mujeres en periodo de gestación que presentasen cesárea anterior, de las cuales el grupo de mayor prevalencia de edad fue el comprendido entre 26 y 30 años (51.2%). La media de edad se ubicó en 27.45 años con un DS de 3.63 años.
- Procedieron del área urbana el 63%, en el 62.4% de los casos son amas de casa, la mayoría es decir el 88.4% son católicas y casadas (50.9%).
- El estado nutricional prevalente fue el Normal con un 50.6%, sin embargo se encontró un 39.6% de sobrepeso.
- En el 61.6% de los casos se presentaron pacientes que cursaban su segunda gesta, un 24.9% cursaba su tercera gesta; en el 24.9% de los casos el compromiso del bienestar fetal fue la causa de la cesárea anterior; el 99.4% de las pacientes tuvieron un periodo inter genésico de 24 meses o más, en su mayoría es decir en el 61.8% de los casos las pacientes no habían tenido un parto vaginal exitoso, el 100% de las pacientes posee cesárea anterior, dentro de las pacientes que tuvieron partos previos el 24.3% tuvo 1 parto.
- El 52.6% del total de pacientes en estudio terminaron su embarazo por cesárea, mientras que el 47.4% lo hizo exitosamente por parto vaginal. La principal causa de cesárea en el embarazo actual fue por negación de la paciente (43.4%)
- La edad no se relaciona con el término del embarazo en parto vaginal, ningún grupo de edad alcanzo un tamaño del efecto significativo.
- El estado nutricional normal influye en la variable término del embarazo, y aumenta la probabilidad de éxito de parto normal luego



de una cesárea anterior, los demás estados nutricionales no deben ser considerados como factores predictores para un parto vaginal después de una cesárea anterior.

- No se encontró relación entre el periodo intergenesico y el parto vaginal después de una cesárea anterior.
- El poseer al menos 1 parto vaginal previo aumenta la probabilidad en 1.94 veces de tener con éxito un parto vaginal luego de una cesárea anterior.
- Dentro de las variables sociales: ni el estado civil, ni la ocupación influyen en el éxito de un parto vaginal luego de una cesárea.
- El parto vaginal en paciente con cesárea anterior se considera seguro y a menudo exitoso en grupos seleccionados de mujeres, con menor morbimortalidad que la cesárea electiva repetida.

RECOMENDACIONES

1. El esfuerzo de lograr un IMC normal debe hacerse en el período preconcepcional y no durante la gestación, donde una restricción calórica importante aumenta los riesgos de mortalidad perinatal. Las características nutricionales en cambio se pueden modificar con el fomento de una alimentación y estilos de vida saludables, los que deben promoverse a través de toda la vida, pero especialmente en el período reproductivo de la mujer, para contribuir a continuar mejorando los indicadores de salud materno infantil del país.
2. Sería interesante y de gran utilidad la realización de un protocolo de manejo para este tipo de pacientes en cada centro hospitalario, en el cual se permita dar una oportunidad de parto vaginal a aquellas gestantes que cumplan con las condiciones necesarias y que no presenten contraindicaciones; teniéndose en cuenta ventajas como menor estancia hospitalaria y menor gasto económico.
3. Debemos recordar que a pesar de la baja incidencia de complicaciones del parto vaginal pos cesárea, como la rotura uterina (0.4-0.7%) debemos estar atento y sobretodo sospecharla ya que puede resultar una catástrofe tanto para el feto como para la madre.
4. Realizar un asesoramiento cuidadoso y concienzudo de las pacientes con cesárea previa en cuanto a los riesgos y beneficios de una prueba de trabajo de parto.
5. La operación cesárea clásica o corporal debe ser definitivamente substituida por la baja segmentaria, ya que la primera representa el mayor número en la incidencia de rupturas del útero.



6. La cesárea baja correcta y eficientemente practicada no excluye la posibilidad de ruptura pero sí disminuye considerablemente su frecuencia.
7. La conducta de esperar y permitir el parto vaginal después de una operación cesárea de indicación no permanente es de aceptarse debiéndose obtener una apreciable mayoría de partos afortunados, desde luego con una correcta actuación obstétrica.
8. El riesgo que se corre obrando en esta forma ante la contingencia de ruptura del útero, no es mayor que el riesgo que representa la operación cesárea misma, de acuerdo con la incidencia de defunciones en uno y otro casos.
9. Instruir y enseñar a los médicos residentes en escuelas de medicina formadoras de especialistas en obstetricia y ginecología para no formarlos en la escuela facilista, es decir, cesarista.
10. Procurar una segunda opinión para decidir la cesárea debería ser obligatoria en los hospitales públicos, excepto en casos de emergencia como prolapso del cordón, hemorragias, sospecha de rotura uterina.
11. Mejorar el diagnóstico de sufrimiento fetal y distocias sobre todo el de desproporción cefalopélvica.
12. Disminuir el número de cesáreas por distocias.
13. Hacer una evaluación clínica de la pelvis.
14. Auditoría mensual de las cesáreas evitables.
15. Honorarios profesionales iguales para partos por vía vaginal y por cesárea.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Takuri CC, Matorras WR, Nieto DA, Ortega GA. Historia de La cesárea. Toko Gin Práct. 1997;56:189-193
2. VERGARA R. PARTO NATURAL POST-CESAREA. Hospital General Docente "27 de Noviembre". Consolación del Sur. Pinar del Río. Cuba. 2003.
3. Phelan JP, Clark SL, Diaz F, Paul RH. Vaginal Birth after cesarean. Am J Obstet-Gynecol, 1987; 157: 1510-5.
4. CIFUENTES R. Ginecología y Obstetricia. Basadas en las nuevas evidencias. Editorial Distribuna. 2da. Edición. 2009.
5. OCHOA R. Manejo de la paciente con una cesárea anterior. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad Autónoma de Honduras. 2005.
6. SACHS B. MD. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Parto vaginal después de cesárea: aspectos contemporáneos. Vol 3. 2001.
7. NORMA Y PROTOCOLO MATERNO. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. 2008.
8. HAREY D. COL. Información para las mujeres embarazadas con relación al nacimiento post-cesárea. Librería Cochrane plus. Numero 4. 2007.
9. NEUHAUS W, BAUERSCHMIDTZ G, GOEHRING U. The risk of rupture of the uterus: an analysis of 1086 births after previous cesarean section. J Obstet Gynacol 2001.
10. ORTIZ C, MARCOS N. Parto vaginal pos cesárea. Primeros casos en Cuba. Rev Cubana Obstet Ginecol 1998



11. QUILLIGAN EDWARD J. ET AL . Ginecología y Obstetricia. Editorial Ciencia y Técnica. S.A. México D.F.1990. Vol #3.
12. PINEDA. E.B. ET AL. Metodología de la Investigación. Organización Panamericana de la Salud. Segunda edicion.1994.
13. HERNANDEZ SAMPIRI ROBERTO ET. AL. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana. Tercera edición. 2003.
15. BEISCHER MACKAY. Obstetricia y Neonatología. . McGraw-Hill Interamericana. 2008.
16. BOTERO. Obstetricia y Ginecología VII edición. 1992
17. PUGA GARCIA FELICITAS CANDELARIA. Facultad de Enfermería y obstetricia de Celaya. Universidad de Guanajuato. México. Celaya. Gto. 2004.
18. MEDICINA. Vol 62. # 1. Buenos Aires. Argentina. 2002.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. The Use of Electronic Fetal Monitoring. The use of interpretation of cardiotopography in intrapartum fetal surveillance. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologist, 2001.
20. Thacker SB, Stroup DF, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labour. Cochrane Review. The Cochrane Library. 2007; Issue 3. Oxford: Update Software.
21. 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.



22. EDELSTEIN P Y 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.
23. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2007;109:806–12
24. RAMACHANDRAN P. Maternal nutrition effect on fetal growth and outcome of pregnancy. *Nutr Rev* 2002; 60: S26-34.
25. KAISER LL, ALLEN L. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc* 2002; 102: 1479-90.
26. Srinivas SK, Stamilio DM, Stevens EJ, Odibo AO, Peipert JF, Macones GA. Predicting failure of a vaginal birth attempt after cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2007;109(4):794-8.
27. KAISER LL, ALLEN L. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc* 2002; 102: 1479-90.
28. Romero K y col. Parto vaginal Pos cesárea. Experiencias en Trujillo. *Ginecol Obstet Peru* 2002; 48: 34-41.
29. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data for 2007. *National Vital Statistics Reports*. 2009;57(12):1-23
30. Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1187-97.



ANEXOS

ANEXO 1

FORMULARIO

Fecha:

1. DATOS DE FILIACION

1.1 NOMBRES Y APELLIDOS

1.2 EDAD _____ AÑOS

1.4 PROCEDENCIA _____

1.5 OCUPACION _____

1.6 RELIGION _____

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

1.8 IMC: bajo peso _____ normal _____ sobrepeso _____
obesidad.

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 Periodo intergenesico _____

3.3 Tipo de incisión en pared abdominal:
media _____ pfannenstiel _____

3.3.1 Tipo de Histerotomia

3.4 Lugar donde fue realizada la cesárea _____

4. EXAMEN OBSTETRICO AL INGRESO

4.1 altura de fondo uterino: _____

4.2 LCF _____ AU _____



4.3 Dilatación:_____ Borramiento_____
Plano_____

Estado de las membranas: Integras_____
Rotas_____

5. Resultados Perinatales:

5.1 APGAR : 1er minuto_____ 5 minutos_____

5.2 Morbilidad neonatal.

4.3 Morbilidad materna

6. Termino del embarazo.

6.1 Parto

6.2 Cesárea

6.2.1 Causa de la presente cesárea



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio es parte de un programa de investigación que lleva a cabo la Dra. Marina Rodríguez D. residente 3 de posgrado de ginecología y obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”. El objetivo del presente estudio es determinar la factibilidad del parto vaginal pos cesárea.

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, causa de la cesárea anterior etc.

La segunda parte es el registro de la terminación del embarazo si por parto o por cesárea y la causa de la cesárea actual. Estos registros serán llevadas a cabo en todo momento por el médico ginecólogo de turno.

Riesgos

En caso de existir alteración del bienestar fetal o se pone en riesgo 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 que desee, 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