



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

TESIS

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE:

OBSTETRIZ

TEMA:

**PARTO VAGINAL POSTERIOR A CÉSAREA ESTUDIO A REALIZARSE
EN PACIENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON AL ÁREA DE
GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL MARTIN
ICAZA DE BABAHOYO EN EL MES DE SEPTIEMBRE 2011 A JULIO 2012**

AUTORAS:

MARÍA LORENA GUILLEN DE JARAMILLO

YURIXI TERESA FUENTES PLÚAS

DIRECTOR DE TESIS:

DR. CÉSAR BERMEO NICOLA

BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR

2012

AUTORIA

La tesis fue guiada y orientada con los conocimientos técnicos y científicos de parte de nuestro director de tesis.

Además afirmamos y aseguramos que las doctrinas, ideas, conclusiones y recomendaciones plasmadas en esta tesis, son de única, total y exclusiva responsabilidad de las autoras.

.....
Sra. Lorena Guillén de Jaramillo

Co-AUTORA

.....
Sra. Yurixi Fuentes Pluas

Co-AUTORA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

.....

**DR. CÉSAR NOBOA AQUINO
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

.....

**OBST. JOE ORDOÑEZ SÁNCHEZ
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**

.....

**DR. CÉSAR BERMEO NICOLA
DIRECTOR DE TESIS**

.....

**AB. ISRAEL MALDONADO CONTRERAS
SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

.....
PRESIDENTE

.....
PRIMER VOCAL

.....
SEGUNDO VOCAL

.....
AB. ISRAEL MALDONADO CONTRERAS
SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEDICATORIA

Dedico este triunfo a Dios, mi fortaleza para vivir cada día, a mis queridos padres Lorena y César. Gracias mamá por el amor que me has brindado, por tus consejos, por haberme educado y soportar mis errores. A mi hermosa abuela, quien con su inteligencia y amor supo guiarme por el buen camino. A mi tía Lastenia por ser mi gran amiga, y estar conmigo en todo momento, gracias por tu apoyo incondicional. A mi hermana Lesly por confiar en mí y en mis capacidades. A mi esposo Carlos por su amor, su confianza, su comprensión y por haber compartido conmigo todos los altibajos durante mis estudios universitarios y a mi precioso hijo Douglas Alejandro, la felicidad más grande que tengo en mi vida y mi razón para seguir adelante, TE AMO mi Príncipe. A mis tías, primos y familia en general, que me apoyaron en todo momento, para que siga luchando en mis metas, a mis compañeros y amigos, gracias por estar conmigo siempre.

LORENA GUILLÉN DE JARAMILLO

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios por haberme dado salud y sabiduría para lograr mis objetivos. A mis padres por el amor, los buenos consejos que siempre me inculcaron y por su enorme sacrificio para que mi carrera llegara a un feliz término. A mi esposo por su cariño, su entrega y por haber compartido junto a mí muchos momentos difíciles durante mi carrera. A mi hijita Rafaela, mi razón de ser, el amor de mi vida y la mayor motivación para seguir adelante. A mis hermanos, y demás familiares que alentaron siempre en mi formación profesional y espiritual, a mis amigos y a todos aquellos que me brindaron su apoyo y amistad durante este difícil camino.

YURIXI FUENTES PLUAS

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento sincero a Dios por permitirnos finalizar esta etapa de nuestras vidas con la satisfacción de haber alcanzado un objetivo, por dotarnos de sabiduría y fortaleza para poder superar las adversidades presentadas en el camino y por regalarnos la ilusión de un porvenir exitoso como profesionales.

A la Universidad Técnica de Babahoyo, y en especial a los catedráticos de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Obstetricia, quienes aportaron con conocimientos el sustrato necesario para modelar nuestro perfil profesional.

A los miembros del tribunal de tesis, revisión y sustentación por sus valiosas aportaciones y sugerencias en el trabajo realizado.

Al personal del Hospital Provincial Martín Icaza quienes colaboraron para la realización de la presente investigación.

A nuestros padres y familiares en general, por el apoyo brindado en cada una de nuestras etapas como estudiantes, por la disciplina inculcada para el estudio y por el amor con el cual nos estimularon a continuar, a pesar de lo extenuante de la jornada realizada.

A nuestros compañeros de estudio, por su apoyo y amistad sin limitaciones.

A nuestra patria, porque en buscar el bienestar de nuestro pueblo hallamos la necesidad de superación, lo que nos incentivó a esforzarnos.

Gracias
LAS AUTORAS

RESUMEN

En los últimos años ha sido contradictorio la atención del parto vaginal en mujeres con antecedentes de cesárea previa, ya que en 1916 Cragin señaló “una vez cesárea siempre cesárea”, porque en esa época se aplicaba la técnica de cesárea clásica, la cual llevaba un elevado riesgo de rotura uterina y de una alta mortalidad materno-fetal, debido a que la incisión se realizaba en forma vertical, lo cual debilitaba de manera muy severa a las fibras musculares uterinas y lo hacía proclive a la rotura uterina durante el trabajo de parto posterior a una cesárea.

El gran impulso para los favorecedores del parto vaginal después de cesárea previa provino de la introducción de la incisión transversa baja por Kerr en 1926, esta incisión uterina una vez cicatrizada, permitía un trabajo de parto seguro en embarazos posteriores.

El objetivo de esta investigación es demostrar que el parto vaginal posterior a cesárea no presenta complicaciones maternas, ni fetales; siempre que se lleve a cabo un análisis individual de cada paciente

Sin embargo, el riesgo más temido al someter a trabajo de parto a una paciente con antecedente de cesárea previa es la rotura uterina que puede ocurrir en menos del 1%, a pesar de la baja incidencia de esta y otras complicaciones, debemos estar atentos, ya que puede resultar una verdadera catástrofe tanto para el feto como para la madre.

PALABRAS CLAVES: PARTO VAGINAL POSTERIOR CESAREA.

SUMMARY

In recent years attention has been contradictory vaginal delivery in women with previous cesarean because Cragin in 1916 noted “caesarean always caesarean once”, because at that época applied the technique of classical cesareana section, which had a high risk of uterine rupture and high mortality maternofetal, because the incisión was made vertically, what very severely weakening of the uterine muscle fibers and prone to uterine ruptura during labor after cesarean section.

The big push for favoring vaginal birth after previous cesarean came from the introduction of low transverse incisión by Kerr in 1926, this after healing of uterine incisión after healing, allowed a safe labor in subsequent pregnancies.

The objective of this research is to demonstrate that vaginal birth after cesarean no maternal complications or fetal, provided that perform an individual analysis of each patient.

However, the most feared risk by subjecting labor to a patient with a history of previous cesarean is uterine rupture can occur in less than 1%, despite the low incidence of this and other complications, we must be careful, as it can be a real catastrophe for both the fetus and the mother.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| <u>Contenidos</u> | <u>Pág.</u> |
|---|-------------|
| INTRODUCCIÓN | |
| <u>CAPITULO I</u> | |
| 1.- CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO | 1 |
| 1.1.- CONTEXTO NACIONAL, REGIONAL, LOCAL Y/O INSTITUCIONAL | |
| 1.1.1.- Contexto nacional | |
| 1.1.2.- Contexto regional | 3 |
| 1.1.3.- Contexto local | 6 |
| 1.1.4.- Contexto institucional | 8 |
| 1.2.- SITUACION ACTUAL DEL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN | 11 |
| 1.3.- FORMULACION DEL PROBLEMA | 12 |
| 1.3.1.- Problema general | |
| 1.3.2.- Problemas derivados | |
| 1.4.- DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN | 13 |
| 1.5.- JUSTIFICACIÓN | 14 |
| 1.6.- OBJETIVOS | 16 |
| 1.6.1.- Objetivo general | |
| 1.6.2.- Objetivos específicos | |
| <u>CAPITULO II</u> | |
| 2.- MARCO TEÓRICO | 17 |
| 2.1.- ALTERNATIVAS TEORICAS ASUMIDAS | |
| 2.1.1- Parto vaginal posterior a cesárea | |
| 2.2.- CATEGORIAS DE ANALISIS TEORICO CONCEPTUAL | 20 |
| 2.2.1.-RESEÑA HISTORICA DE LA OPERACIÓN CESÁREA | |

| | |
|---|-----------|
| 2.2.1.1.-Tipos de incisión uterina | 22 |
| 2.2.1.2- Indicación de cesárea | 23 |
| 2.2.1.3.- Riesgos de una cesárea | 24 |
| 2.2.1.4.- Prevalencia | |
| 2.2.1.5- Anestesia | 25 |
| 2.2.2.- DEFINICIÓN DE PARTO NORMAL | 26 |
| 2.2.2.1.- Evaluación de las condiciones maternas durante el trabajo de parto | |
| 2.2.2.1.- Procedimientos rutinarios | |
| 2.2.3.- PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESÁREA(PVPV) | 27 |
| 2.2.3.1.- Morbilidad materna | 29 |
| 2.2.3.2.- Periodo intergenésico | |
| 2.2.3.3.- Prueba de trabajo de parto-Magnitud de riesgo | |
| 2.2.4.- COMPLICACIONES DE PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESÁREA | 30 |
| 2.2.4.1.- Complicaciones maternas el parto vaginal con cesárea previa | |
| 2.2.4.2.- Rotura uterina y cesárea anterior | 33 |
| 2.2.4.3.- Reparación de la rotura uterina | 34 |
| 2.2.4.4.- Prevención de rotura uterina | |
| 2.2.4.5.- Complicaciones perinatales del parto vaginal con cesárea previa | 36 |
| 2.2.4.6.- Valoración de la vitalidad fetal | 38 |
| 2.2.4.7.- Valoración respiratoria del recién nacido | 39 |
| 2.2.5.- MANEJO DE LA PACIENTE CESAREADA ANTERIOR | 41 |
| 2.2.6.- REQUISITOS PARA EL PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA | 44 |
| 2.2.7.- CONTRAINDICACIONES PARA PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA | 46 |
| 2.2.8.- CONDUCCIÓN DEL PARTO VAGINAL EN CESÁREA PREVIA | 48 |
| 2.2.9.- VISION DE LOS AUTORES SOBRE EL PROBLEMA | 51 |
| 2.2.10.- GLOSARIO | 53 |
| 2.3.- PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS | 55 |

| | |
|---|----|
| 2.3.1.- Hipótesis general | |
| 2.3.2.- Hipótesis específicas | |
| 2.4.- OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES | 56 |

CAPITULO III

| | |
|--|----|
| 3.- METODOLOGIA | 60 |
| 3.1.- TIPO DE INVESTIGACION | |
| 3.2.- UNIVERSO Y MUESTRA | |
| 3.3.- METODOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION | 62 |
| 3.4.- PROCEDIMIENTO | 64 |

CAPITULO IV

| | |
|---|----|
| 4.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS | 65 |
| 4.1.- TABULACION E INTERPRETACION DE DATOS | |
| 4.1.1.- Presentación de la información | 66 |
| 4.2.- COMPROBACION Y DISCUSION DE HIPOTESIS | 78 |
| 4.3.- CONCLUSIONES | 80 |

CAPITULO V

| | |
|--|----|
| 5.- PROPUESTA ALTERNATIVA | 82 |
| 5.1.- PRESENTACION | |
| 5.2.- OBJETIVOS | 84 |
| 5.2.1.- Objetivo general | |
| 5.2.2.- Objetivos específicos | |
| 5.3.- CONTENIDOS | 85 |
| 5.3.1.- Parto vaginal después de una cesárea | |
| 5.3.2.- Posibilidades de éxito del parto vaginal posterior a cesárea | |
| 5.3.3.- Precaución: Potenciales contraindicaciones | 86 |
| 5.3.4.- Los beneficios de un parto vaginal posterior a cesárea | 87 |
| 5.3.5.- Riesgos | |

| | |
|--|------------|
| 5.3.6.- La decisión final | 88 |
| 5.3.7.- Manejo del trabajo de parto | |
| 5.3.8.- Conclusiones | 91 |
| 5.4.- DESCRIPCION DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE LA PROPUESTA | 92 |
| 5.4.1.- Sistema de capacitación para la elección y atención del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior | |
| 5.4.2.- Estrategias efectivas para la atención | |
| 5.4.3.- Capacitación del Recurso Humano | |
| 5.4.4.- Nuevos esquemas del manejo de atención del manejo de atención del parto en pacientes con cesárea anterior | 93 |
| 5.5.- RECURSOS | 95 |
| 5.6.- CRONOGRAMA DE EJECUCION DE LA PROPUESTA | 96 |
| 5.7.- PRESUPUESTO | 97 |
| | |
| <u>CAPITULO VI</u> | |
| 6.- BIBLIOGRAFIA | 98 |
| | |
| <u>CAPITULO VII</u> | |
| 7.- ANEXOS | 100 |

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha sido motivo de controversia la interrogante de la vía del nacimiento en embarazos de mujeres con antecedentes de cesárea.

Dicho debate se ha dirigido principalmente a la seguridad relativa del nacimiento por vía abdominal con respecto al vaginal en presencia de una cicatriz uterina. Desde que en 1916, *Cragin* señalara: “una vez hecha una cesárea siempre debe hacerse otra” esta frase se convirtió en uno de los aforismos más frecuentemente citados y en un dogma seguido desde entonces, conclusión a la que se llegó debido a que en esa época se aplicaba la técnica conocida como cesárea clásica o corpórea, la cual conllevaba un elevado riesgo de rotura uterina y de una alta mortalidad materno-fetal, debido a que la incisión de la histerotomía se realizaba en forma vertical lo cual debilitaba de manera muy severa a las fibras musculares uterinas y lo hacía proclive a la rotura durante un trabajo de parto posterior a una cesárea.

El gran 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 una vez cicatrizada, permitía un trabajo de parto seguro en embarazos posteriores; esto fue reforzado por múltiples observaciones posteriores que concluyeron que el riesgo de mortalidad materna era menor con una prueba de trabajo de parto que con una cesárea repetida, si bien algunos médicos se mantuvieron firmes en sus puntos de vista contra el parto vaginal después de cesárea.

Como consecuencia del incremento de la tasa global de cesáreas, cada vez es más frecuente que entre la población obstétrica se den gestantes multíparas con antecedente de una o más cesáreas anteriores, es fácil entender entonces, que el antecedente de cesárea anterior sea un motivo frecuente para el incremento del número de cesáreas en los hospitales. Este aumento en la incidencia de cesáreas se ha

convertido en una gran preocupación de los servicios de salud debido al incremento de la morbilidad materna y de costos generados por este procedimiento.

Sin embargo, la práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesáreas previa es cada vez más frecuente, el propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos asociados a la operación cesárea. De acuerdo con estudios de investigación recientes, la estrategia de ofrecer una prueba de trabajo de parto a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones materno-fetales importantes.

Diversos estudios indican que la prueba de trabajo de parto después de una cesárea tiene una probabilidad de éxito entre 66 y 85% con una mínima morbilidad neonatal y materna. En los últimos años la mayoría de los investigadores en el área obstétrica se han avocado a evaluar los resultados del parto vaginal en mujeres con cesárea previa, para determinar las posibles ventajas del mismo y sus potenciales complicaciones, el intervalo intergenésico más seguro, las condiciones tanto maternas como fetales que podrían permitir un parto vaginal en una gestante con cesárea previa, así como las situaciones prohibitivas del mismo teniendo en cuenta que la vía vaginal ofrece ventajas, tanto para la madre como para el feto, relacionadas con una menor morbilidad, evolución más fisiológica del puerperio, menor incidencia de infecciones, menor necesidad de transfusiones sanguíneas y menor estadía hospitalaria, y la mejora del establecimiento del vínculo madre-recién nacido.

Se decidió realizar este trabajo con el objetivo de determinar la incidencia de complicaciones de parto vaginal posterior a cesárea, determinar si las mismas son escasas o numerosas y evaluar la gravedad de estas para poder diseñar un protocolo de actuación ante gestante con cesárea previa en trabajo de parto, el cual minimice al máximo las complicaciones materno-fetales al momento del parto y nos ayude a decidir de manera eficaz la mejor opción tanto para la madre, su hijo y el profesional de la salud que le brinda su ayuda en estas condiciones.

CAPITULO I

CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1.- Contexto Nacional, Regional, Local y/o Institucional

1.1.1.- Contexto Nacional

Ecuador, es un país ubicado en el noroeste de América del Sur. Limita por el Norte con Colombia, al Sur y al Este con Perú y al Oeste con el océano Pacífico. Ecuador es un país multiétnico, con gran riqueza cultural, natural y arqueológica; situado en plena línea ecuatorial, a latitud cero. Tiene 256.370 kilómetros cuadrados de superficie, lo que evidencia que es el más pequeño de los países andinos, pero cuenta con la mayor biodiversidad por metro cuadrado del continente. En Ecuador habitan más de 14 millones de personas, por lo que se trata de la novena nación con mayor cantidad de hispanohablantes en el mundo. El español convive con varias lenguas indígenas, reconocidas como co-oficiales en jurisdicciones especiales por el Estado ecuatoriano.

Su capital es San Francisco de Quito, sede de los principales entes estatales y del Gobierno Nacional y su ciudad más grande es Santiago de Guayaquil, puerto marítimo principal e importante centro económico. Se divide en 24 provincias, distribuidas en cuatro regiones naturales: Amazonía, Costa, Sierra, y Región Insular.

Es el principal exportador de banano a nivel mundial y uno de los principales exportadores de flores, camarones y cacao. Ecuador consta como el principal exportador de banano a nivel mundial y uno de los principales exportadores de flores, camarones y cacao.

En el Ecuador existen 70 volcanes, 14 activos, 14 volcanes inactivos y 42 pasivos, siendo el volcán más alto el Chimborazo, con 6.310 msnm. Es el país con la más alta concentración de ríos por milla cuadrada en el mundo.

Según datos generados por INEC (Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos), informan que en febrero de 2009, aproximadamente 14.000.000 de personas habitan Ecuador. En lo referente al sexo de la población, se puede establecer que alrededor del 49,4% se encuentra compuesta por hombres, y un 50,6% por mujeres. Estas cifras varían aún más a favor de las mujeres en las provincias de la sierra central ecuatoriana. Aproximadamente el 54% de la población reside en los centros urbanos, mientras el resto se desenvuelve en el medio rural.

La realidad de salud en nuestro país, especialmente en el área rural y en salud infantil, no sólo ha permanecido invariable en los últimos años, sino que se ha hecho aún más tangible y presente. Los adelantos que la ciencia médica ha tenido en este lapso de tiempo, los nuevos conceptos y los avances tecnológicos son retórica y utopía en un medio carente de la más básica infraestructura sanitaria.

En el transcurso de los últimos años se observa un mejoramiento de las condiciones de salud de la población ecuatoriana, sin embargo, se registran todavía tasas elevadas de mortalidad neonatal, infantil, niñez, materna y general, así como, deficiencias en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y limitaciones presupuestarias.

1.1.2.- Contexto regional

Provincia de Los Ríos

La Región Litoral del Ecuador es una de las cuatro regiones naturales de dicho país. Comúnmente llamada *Costa*, está conformada por las provincias de Guayas, Santa Elena, Manabí, El Oro, Los Ríos y Esmeraldas.

Limites

Norte: Provincia de Santo Domingo de los Sachilas.

Sur: Provincia del Guayas

Este: Provincias de Cotopaxi y Bolívar

Oeste: Provincia del Guayas

Capital

Su capital es Babahoyo, que se encuentra cerca de los ríos, San Pablo y el Caracol, que se unen para formar el río Babahoyo, que desemboca en el Río Guayas.

Superficie

6,254 kms.2



División Política

Los Ríos se divide en 13 cantones: Quevedo, Urdaneta, Ventanas, Vinces, Palenque, Buena Fe, Valencia, Mocache, Quinsaloma, Babahoyo, Baba, Montalvo, San Francisco de Pueblo viejo.

Prefecto de la Provincia de Los Ríos

Ing. Marco Troya

Gentilicio

Fluminenses

Atractivos turísticos

El Cerro Cacharí y su curiosa estructura.

Las playas de la hacienda El Salto y las del río Seco.

El estero de Dimas.

Clima

La provincia pertenece a la zona climática denominada tropical. Durante el verano (de junio a diciembre) el clima es seco y la temperatura fresca. El invierno muy lluvioso y caluroso va de diciembre a junio. El Prof. Francisco Terán ubica a Los Ríos dentro de la subregión cálido-húmeda. La temperatura media es de 25 grados centígrados y la precipitación de 1.867 mms.

Por su situación climática los habitantes de la provincia de Los Ríos, tiene una alta incidencia de enfermedades respiratorias y de infecciones intestinales tanto en niños, adultos y ancianos.

Observaciones demográficas

La mayor parte de la población se halla ubicada en el grupo de 15 a 29 años de edad, lo cual ocurren en casi todas las provincias del Ecuador que se caracteriza por tener

una población mayoritariamente joven. Más del 62% de la población vive en el sector rural pero se registra el conocido fenómeno de la inmigración interna campo-ciudad. Es característico también el aumento de la población ocupada en el sector "servicios" que en su mayor parte son trabajos de salarios bajos. Este sector englobaría lo que se conoce como "economía informal".

Geografía

El territorio de la provincia no presenta en general un relieve pronunciado pues las mayores elevaciones no superan los 500 ms. sobre el nivel del mar. La mayor parte del terreno es plano. Las partes más altas se encuentran hacia el noreste en que coinciden con las estribaciones de la cordillera de los Andes. Entre estas elevaciones se pueden citar las siguientes: Los cerros de Samama, Mube, el ramal de Sibimbe y el cerro Cacharí.

El relieve de la provincia presenta dos zonas: la región de las sabanas y la región de las lomas. La primera puede sufrir inundaciones con motivo de las lluvias y la creciente de los ríos. La segunda es apta para la ganadería.

Hidrografía

La extensa red fluvial de la provincia es un factor que no solamente la embellece sino que se convierte en un elemento esencial para su desarrollo económico. En la provincia de Los Ríos se encuentran las tierras más fértiles del país, por lo cual la agricultura será siempre una de las actividades primordiales de la provincia.

Se dice que por la cantidad de ríos que la cruzan, García Moreno la denominó con este nombre. Los ríos nacen en la cordillera occidental de los Andes y el principal de ellos es el río Babahoyo cuyos dos principales afluentes en la llanura son el Caracol y el San Pablo, ambos aptos para la navegación.

El río Babahoyo recibe otros afluentes antes de unirse con el Daule y formar el caudaloso Guayas. Estos afluentes son los ríos Vinces, Pueblo viejo, Zapotal y

Yaguachi que forman la red fluvial más densos e intrincados de la costa, a la vez que la más útil para la navegación. En sus orillas se asientan numerosos y pequeños puertos en los que se recogen los productos agrícolas y forestales de las regiones vecinas para ser conducidos a Guayaquil en embarcaciones de todo tipo. La provincia de Los Ríos se encuentra dentro de la cuenca del río Guayas, por lo que muchos proyectos de riego están vinculados con el desarrollo y los estudios de la mencionada cuenca.

Los sistemas de riego que actualmente se hallan en operación y benefician a la provincia son los siguientes: Chilintomo, Presa Azúcar, Banco de Arena, Milagro, Manuel J. Calle. Existen otros proyectos que se encuentran en fase de estudio o de construcción.

1.1.3.- Contexto Local

Cantón Babahoyo

Babahoyo, considerada la capital fluvial del Ecuador, fundada el 27 de mayo de 1869, en los terrenos cedidos por la familia Flores, frente a la confluencia de los ríos Babahoyo y Caracol, se estableció en la margen derecha del río San Pablo. Por mucho tiempo se llamó Bodegas, por haber estado allí ubicadas la Aduana y los Almacenes Reales, para el control del comercio entre Guayaquil y las ciudades de la Sierra ecuatoriana.

Azotada por muchos incendios, el de mayor magnitud ocurrió el 30 de marzo de 1867, que arrasó con todos los bienes de la población, motivos suficientes para que el gobierno del Dr. Gabriel García Moreno, resolviera el traslado al lugar que ocupa actualmente.

La capital fluminense se llenó de gloria al otro lado del río San Pablo, donde hoy se encuentra asentada la Parroquia Urbana Barreiro, pudiendo afirmarse que el Babahoyo de antaño es el Barreiro de hoy.

Babahoyo, la tradicional e histórica Bodegas de la época Floreana, pertenece a los pueblos francamente progresistas, ostensiblemente fuertes en su actual imperativo de colectividades que producen, crean e incrementan riqueza.

Es el prototipo de la actividad y apogeo de los distintos órdenes de la vida nacional, y lo seguirá siendo siempre, porque tiene fuentes propias; haber sido y ser la vértebra vital de las dos regiones: Costa y Sierra; por ser el punto de influencia arterial entre una y otra, en donde se vinculan íntimamente los esfuerzos de muchos pueblos emprendedores; porque aquí se funden las aspiraciones de agricultores y comerciantes.

Situación geográfica del Cantón

Según modernos atlas geográficos, el cantón Babahoyo se encuentra ubicado a 1°46' de latitud sur y 97°27' de latitud oeste.

Limites

Norte: El Cantón Catarama

Sur: La Provincia del Guayas y el río Chilintomo

Este: El Cantón Montalvo y la Provincia de Bolívar

Oeste: El Cantón Baba, el Río Pueblo Viejo, el Estero San Antonio y el Río Babahoyo.

Extensión

Área rural: 100.399hect

Área urbana: 900.000hect

Área total: 1^000.393hect

Total: 1076.1 Km/2

Parroquias urbanas y rurales

La actual ciudad de Babahoyo está constituida por las siguientes parroquias Urbanas: Clemente Baquerizo, Camilo Ponce Enríquez, Barreiro y el Salto. Parroquias Rurales: Pimocha, Caracol, Febres Cordero y La Unión

Fiestas cívicas

- 27 de mayo Fundación de Babahoyo.
- 25 de junio cantonización de Babahoyo.
- 30 de septiembre Babahoyo es declarada capital de la provincia.
- 06 de octubre Provincialización de Los Ríos.
- 11 de Octubre independencia de Babahoyo.

1.1.4.- Contexto Institucional

Hospital Provincial Martín Icaza

El **Hospital Martín Icaza**, fue fundado en el año de 1.862 un modesto hospital público que se salvó de incendiarse el 30 de marzo de 1867 fecha en la cual se convirtió en cenizas gran parte de la ciudad. El hospital a pesar de este lamentable suceso, siguió funcionando, para más tarde, ser trasladado al nuevo o actual Babahoyo, disponiendo de un amplio local de pisos construidos de madera y techo de zinc.

Recibió el nombre que se conserva hasta la actualidad, en público reconocimiento al respetable caballero guayaquileño Don Martín Icaza, distinguido Parlamentario, Político, Poeta y Periodista. En su calidad de Gobernador de la provincia De Los Ríos, impulsó el progreso provincial y cooperó decididamente en la construcción del mencionado nuevo hospital, que fue inaugurado el 17 de mayo de 1895.

El actual Hospital Martín Icaza fue inaugurado solemnemente el 27 de mayo de 1930, con motivo de la inauguración en ese mismo día, del Pabellón Isidro Ayora.

El Hospital Martín Icaza con estructura de hormigón armado, inicio su construcción en el periodo presidencial del Dr. Isidro Ayora, inaugurado en la fecha mencionada anteriormente, en reemplazo de una construcción de madera que data de 1895. El nuevo edificio contaba con tres pabellones: Dr. Isidro Ayora, Dr. Pedro Egüez Baquerizo y Sor Vicenta Avilés, y en la parte frontal, como una especie de custodia una hermosa estatua de mármol que representa a una Hermana de la Caridad con un niño en su regazo, arte importado desde Barcelona y donado por el Filántropo Español Jaime Puig Mir.

En el año 2001, una comisión técnica de la Cia. Omega Hospital enviada por MODERSA, inspeccionó las instalaciones del hospital concluyendo que el mismo no era funcional y que por tanto era urgente un proceso de reingeniería interna, para lo cual realizaron los planos y gestionaron con MODERSA los fondos para la ejecución de los trabajos.

En el año 2002 empezó un proceso de rehabilitación de la infraestructura físicas en todas las áreas administrativas y hospitalarias, al igual que la adquisición de nuevos equipos hospitalarios y de computación.

Esta remodelación permitió mejorar en nivel de calidad del entorno donde se prestan los servicios, de igual modo el personal entro en una etapa de mejoramiento de la calidad de atención de los servicios al usuario tanto interno como externo; ya que esta institución de salud dedicada a la atención de pacientes provinciales y derivados de otras provincias aledañas.

Actualmente se encuentran 106 camas hospitalarias para hospitalización distribuidas en aéreas de pediatría, clínica y cirugía de hombres y mujeres, maternidad, y contamos con una infraestructura hospitalaria capaz de albergar

después de su reparación de mobiliario, o renovación de los mismos un total de 106 pacientes diario.

En lo que respecta al área de emergencia la puerta de entrada de acceso principal está situada en la calle Barreiro; resultando un área reducida que no permite una atención óptima al usuario politraumatizado, porque no contamos con el área de Trauma.

Durante las 24 horas del día la mencionada área funciona cubriendo con un porcentaje aproximado de 60 pacientes diarios, los que acuden por: consultas de emergencia, cirugía menor, valoración de pacientes politraumatizados, gestaciones en riesgos, etc.

El Hospital Martín Icaza, es un Hospital Provincial, cuenta con 106 camas distribuidas de la siguiente manera:

| N° CAMAS | MEDICINA INTERNA | GINECO OBST. | CIRUGIA | PEDIATRIA |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------|------------------|
| 106 | 33 | 24 | 25 | 25 |

El hospital está constituido por un cuerpo principal de dos plantas donde funciona en la planta baja: Consulta externa, Emergencia, Quirófanos, Estadística, Servicio Social, Laboratorio, radiología, ecografía mamografía, farmacia, y un bloque adicional donde funciona, en la planta baja el área administrativa y en la segunda planta una sala de hospitalización y un salón Auditorio; además contamos en la planta alta con las salas de hospitalización de: pediatría, clínica y cirugía de hombres y mujeres, maternidad y neonatología.

1.2.- SITUACION ACTUAL DEL OBJETO DE LA INVESTIGACION

El Hospital Martín Icaza brinda atención a la comunidad local y áreas; y a provincias cercanas, lo que determina que brinda servicios de atención gratuita: consultas de morbilidad, atención materno-infantil, escolar y adolescente, atención al adulto mayor, prevención y promoción de las enfermedades crónicas, enfermedades de transmisión sexual, infección de vías urinarias, etc.

Como hospital de referencia provincial llegan los pacientes de los diferentes cantones de la provincia, y da cobertura a la provincia del Guayas.

Los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto; complicaciones por las cuales en algunos casos el Ginecoobstetra tiene que indicar una operación quirúrgica (cesárea).

La operación cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes realizados en la actualidad, con una incidencia que se ha incrementado en los últimos años, de 39,6% el año 2010 a 43,8% el año 2011, muy por encima de los estándares aceptados por el MSP para una institución de este nivel de resolución.

El manejo de la paciente con dos o más cicatrices uterinas es motivo de controversia y se desaconseja intentar el parto vaginal en estas pacientes.

Disminuir el porcentaje de cesáreas ofreciendo parto vaginal a las pacientes con doble cesárea probablemente no sea la medida optima, sino más bien, evitar las cesáreas en primigesta, y ofreciendo una prueba de trabajo de parto vaginal segura a pacientes con cesárea anterior, enfocándose siempre al diagnostico precoz, tratamiento y prevención, e informar a la futura madre los riesgos y complicaciones que podrían surgir durante el mismo.

1.3.- FORMULACION DEL PROBLEMA

1.3.1.- Problema General

- ¿Cuál es la incidencia de complicaciones obstétricas en parto vaginal posterior a una cesárea, en pacientes embarazadas que asistieron al área de Ginecoobstetricia del Hospital Provincial Martín Icaza, en los meses de septiembre 2011 a agosto 2012?

1.3.2.- Problemas Derivados

- ⇒ ¿Cuál es la incidencia de complicaciones hemorrágicas en parto vaginal posterior a una cesárea?
- ⇒ ¿Cuál es la incidencia de complicaciones uterinas en parto vaginal posterior a una cesárea?
- ⇒ ¿Cuál es la incidencia de complicaciones perinatales en parto vaginal posterior a una cesárea?

1.4.- DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

Temporal

Septiembre del 2011 – Julio del 2012

Espacial

Institución

Hospital “Martín Icaza”

Ubicación

Parroquia: Camilo Ponce

Cantón: Babahoyo

Provincia: Los Ríos

País: Ecuador

Unidades de observación

Personal de salud de Consulta y Emergencia: Gineco – Obstétrico.

Pacientes gestantes (con cesárea previa).

1.5.- JUSTIFICACIÓN

En diferentes instituciones de todo el mundo, se ha protocolizado la conducta de someter al trabajo de parto normal a las gestantes con cesárea previa, siempre y cuando no existan circunstancias que pongan en riesgo la vida de la madre o del producto, lográndose resultados exitosos según constan en los reportes expuestos por estos centros hospitalarios.

Si bien en nuestro país, se han efectuado algunas investigaciones sobre el tema, en la revisión bibliográfica realizada, la totalidad de estudios son de tipo descriptivo puro y ninguno realiza una comparación de los resultados obstétricos y perinatales entre gestantes con antecedente de cesárea que tienen parto vaginal y gestantes con cesárea previa que nuevamente son sometidas a una operación cesárea, lo que generó interés y motivó esta investigación.

Aunque no se conoce con exactitud la prevalencia de las cesáreas en las embarazadas de la Provincia de Los Ríos, se estima que del total de las mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital Provincial Martín Icaza, el 60% de estas son cesareadas.

La realización de este estudio de investigación se ve justificada por el hecho de que en la práctica profesional se constata que algunos gineco-obstetras temen someter a la paciente con cesárea previa, a un trabajo de parto controlado. Mediante esta investigación podremos identificar los parámetros bajo los cuales una paciente con una cesárea previa puede tener un parto vaginal sin riesgos materno fetales, se podrán también reconocer tempranamente cuales son las situaciones que contraindican el mismo.

Ahondar en 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 de disfrutar de los mejores resultados posibles evitando resultados indeseables.

Si se empleara este método se obtendrían beneficios económicos, sin contar los beneficios humanos que reportaría a cada paciente el que se pudiera evitar una cesárea, si se tienen en cuenta los riesgos y complicaciones que ésta puede conllevar.

Cuando se habla de estancia hospitalaria se refiere directamente a costos. La estancia hospitalaria en las cesáreas es el doble y, en muchas oportunidades, el triple que la del parto vaginal. En nuestro medio, es importante disminuir la estancia hospitalaria porque de esta manera se evita que los hospitales se vean saturados de pacientes y se ocasionen altos gastos a las pacientes.

1.6.- OBJETIVOS

1.6.1.- Objetivo General

- Determinar la incidencia de complicaciones obstétricas en parto vaginal posterior a una cesárea, en las embarazadas que asistieron al área de Ginecoobstetricia del Hospital Provincial Martín Icaza, en los meses de septiembre 2011 a julio 2012.

1.6.2.- Objetivos Específicos

- ⇒ Establecer la incidencia de complicaciones hemorrágicas en parto vaginal posterior a una cesárea.
- ⇒ Identificar la incidencia de complicaciones uterinas en parto vaginal posterior a una cesárea.
- ⇒ Determinar la incidencia de complicaciones perinatales en parto vaginal posterior a una cesárea.

CAPITULO II

2.- MARCO TEORICO

2.1.- Alternativas teóricas asumidas

2.1.1.- Parto Vaginal Posterior a Cesárea

El parto vaginal en pacientes con cesárea previa es una temática ampliamente debatida desde hace muchos años, presentándose controversias por su aplicación como la vía de terminación del embarazo y sus ventajas tanto para la madre como para el feto.

Actualmente se presenta el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, como una alternativa segura que no presenta un incremento en la morbi-mortalidad materno-fetal y debe adoptarse siempre y cuando no existan contraindicaciones para el mismo.

El principal argumento que se tenía para contraindicar esta conducta en las pacientes con cesárea previa, lo constituía el temor a la rotura uterina, sin embargo los estudios epidemiológicos revelan que este riesgo no es mayor a los beneficios que puedan obtenerse con un parto por vía vaginal.

Hay pocos temas tan controvertidos en la obstetricia moderna como la atención de la mujer con una cesárea previa. Durante muchos decenios, se consideró que un útero con cicatriz contraindicaba el trabajo de parto, por temor a su rotura. En 1916, Cragin sentenció “con antecedente de cesárea siempre hacer otra cesárea”. Se debe recordar

que, cuando se hizo esa declaración, la incisión uterina vertical era de uso casi universal. No fue sino hasta 1921 que se recomendó la incisión transversa de Kerr.

El año de 1978 fue otro parteaguas en la historia de la cesárea previa. Merrill y Gibbs (1978) comunicaron que se había intentado con seguridad el parto vaginal en la University of Texas en San Antonio en el 83% de sus pacientes con antecedentes de cesárea. Ese informe sirvió para renovar el interés por el parto vaginal con antecedente de cesárea en una época en que sólo 2% de las estadounidenses con cesárea previa planeaba un parto vaginal.

Mientras tanto, se acumularon pruebas de que la rotura uterina en las mujeres que eran sometidas a partos vaginales luego de haber sido cesareadas era poco frecuente y rara vez catastrófica. Así, en un esfuerzo por aclarar esta interrogante, el American College of Obstetricians and Gynecologists (1988) recomendó que, en ausencia de contraindicaciones, se asesore a una mujer con cesárea previa transversa baja para que intentara el trabajo de parto en un embarazo posterior. Debido a esto, la frecuencia del parto vaginal postcesárea, conocido por lo general por las siglas VBAC(vaginal birth after cesarean), aumentó mucho en Estados Unidos....*sin duda el cambio más notorio en la práctica obstétrica durante el último decenio ocurrió en la atención de mujeres con antecedente de cesárea que fueron estimuladas a tener sus hijos por vía vaginal.*

El problema actual de las pacientes con cesárea previa consiste en el temor de muchos obstetras en ofrecer trabajo de parto y parto vaginal con el argumento de que esta conducta constituye un riesgo elevado tanto para la madre como para el feto y que durante su transcurso se presente una ruptura uterina. Esta mentalidad fue propuesta inicialmente por Cragin en mayo 12 de 1916 en un artículo publicado en el New York Medical Journal titulado "Conservación en Obstetricia", en cual concluye que una vez se realice cesárea, en los partos siguientes siempre se debe realizar cesárea.

Pocos pronunciamientos han sido universalmente aceptados en la comunidad obstétrica como este, llevando a una conducta generalizada para este tipo de pacientes. Sin embargo el aforismo de Cragin corresponde a una época en donde una mayor parte de las cesáreas incluía una incisión uterina clásica, además los antibióticos y las transfusiones eran prácticamente desconocidas.

Es así como en la actualidad muchos obstetras e instituciones tratan este aforismo viejo como si fuera la conclusión de un estudio reciente por lo que consideran que toda paciente con cesárea previa es una contraindicación para un parto por vía vaginal y que se debe hacer siempre una cesárea electiva una vez el embarazo alcance clínicamente el término.

2.2.- CATEGORIAS DE ANALISIS TEORICO CONCEPTUAL

2.2.1.- Reseña Histórica de la operación cesárea

La operación cesárea corresponde a un procedimiento quirúrgico mayor, cuya definición original corresponde al Obstetra francés Jean Louis Baudelocque: "Es una operación por la que se abre una vía para extraer al feto diferente de la natural". El término cesárea pudo también ser debido a que se dice que Julio César nació de esta manera, sin embargo hay otras teorías de carácter histórico que intentan explicar el origen de la palabra como la "Lex Regia" o "Lex cesárea" impuesta en el año 715 a.C. cuando Pompilio rey de Roma impuso esta ley que se aplicaba a toda madre que fallecía embarazada, entonces tanto la madre como el feto debían enterrarse separadamente.

También se cree que pueda derivarse del verbo latino "Caedere" que significa "Cortar", por lo que simplemente indicaría "Parto por corte". La primera cesárea realizada a una mujer viva de manera intencional fue el 21 de abril de 1610 por Wittenberg, la paciente falleció a los 25 días del postoperatorio siendo lo más factible a causa de una septicemia. Barlow en 1793 hace la primera cesárea exitosa, sin embargo la mortalidad en esa época era muy alta, debido al desconocimiento de una técnica quirúrgica adecuada, al ausente desarrollo de la anestesia y al desconocimiento de los factores causales de infección.

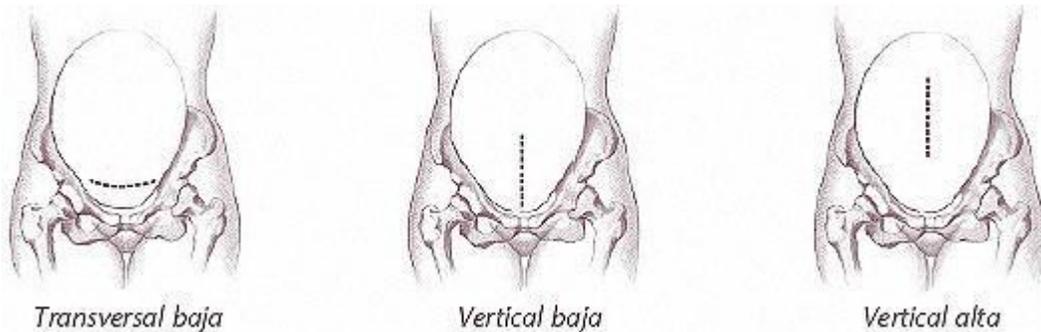
El principal problema de este procedimiento lo constituyó la hemorragia hasta que en 1882 Max Sanguer introdujo la técnica de sutura uterina con hilos de plata para así lograr una hemostasia, teniendo presente que en la época aún no se realizaba cierre de la herida uterina.

En 1876 con el fin de lograr un control de la infección en las pacientes intervenidas, Porro De Pavia impone la cesárea seguida de anexo-histerectomía subtotal. Sin embargo esto sólo disminuyó parcialmente la mortalidad infecciosa post operatoria

hasta que Frank en 1907 introduce la técnica de cesárea extraperitoneal que se mantuvo vigente hasta la década de los 40 del presente siglo, con esta técnica se pretendía evitar un abordaje intracavitario lo que limitaría la infección en caso de que se presentara y así disminuir la mortalidad por esta frecuente complicación. Esto demuestra que esta operación hasta finales del siglo pasado era poco realizada, pero con el advenimiento de la anestesia, el desarrollo de la técnica quirúrgica y el uso de antibióticos eficaces para el control de la infección, este procedimiento logró tal popularidad, llegándose a constituir en el procedimiento quirúrgico mayor más realizado en todo el mundo.

2.2.1.1.-Tipos de incisión uterina

En el útero se pueden realizar varios tipos de incisión, son a saber: la cesárea corporal que puede ser clásica o vertical y la transversa; la incisión segmentaria que es la más frecuentemente utilizada que puede ser transversa baja o de Kehner, transversa alta y vertical o de Sellheim; por último puede hacerse una extensión de una incisión segmentaria inicial hacia el cuerpo uterino que se conoce como en "T" invertida.



La incisión que se hace en la pared uterina en una cesárea puede ser transversal baja, vertical baja o vertical alta.

La incidencia de rotura uterina es muy variable según el tipo incisión realizada sobre el útero, siendo tan baja cuando la cesárea es de tipo segmentaria transversa baja, encontrando datos que varían de 0% a 0.8%; cuando sobre el segmento se realiza una incisión vertical la incidencia de rotura uterina en el embarazo siguiente aumenta de 0.5% a 6.5%, sin embargo en otros estudios no se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al resultado feto-materno comparada con las incisiones segmentarias transversas bajas. Si existe una cicatriz uterina previa que comprometa el cuerpo uterino como las incisiones corporales, la incidencia de rotura

es de 4.3% a 8%, siendo esta tan alta como para contraindicar un parto vaginal en un embarazo siguiente.

2.2.1.2.- Indicación de cesárea

Los Ginecólogos recomiendan la cesárea cuando el parto vaginal puede ser arriesgado para el niño o la madre. Algunas posibles razones son:

- Parto complicado, prolongado o distocia : pelvis anormal, agotamiento materno, malformaciones uterinas, posición fetal anormal, asinclitismo, hidrocefalia, pelvis demasiado estrecha.
- Sufrimiento fetal aparente.
- Sufrimiento materno aparente.
- Complicaciones como pre-eclampsia o eclampsia.
- Embarazo gemelar.
- Presentación fetal anormal.
- Inducción del trabajo de parto fallida.
- Macrosomía fetal.
- Placenta muy baja o placenta previa.
- Evidencia de infección intrauterina.
- Algunas veces, cesárea previa

Sin embargo, diferentes especialistas pueden diferir en cuanto a sus opiniones sobre la recomendación de una cesárea. Un obstetra puede sentir que una mujer es muy pequeña para parir a su bebé, pero otro puede estar en desacuerdo. De forma similar, algunos proveedores de cuidado pueden determinar que el parto no progresa más rápidamente que otros. Estos desacuerdos ayudan a explicar porque las tasas de cesáreas son diferentes entre hospitales y médicos.

2.2.1.3.- Riesgos de una cesárea

Las estadísticas de los noventa sugieren que menos de una mujer por cada 2.500 que tengan cesárea morirá, comparado con una en 10.000 para el parto vaginal. La mortalidad sigue en descenso, y el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido declaró que el riesgo de muerte es tres veces el de un parto vaginal. Sin embargo, no es posible comparar directamente las tasas de mortalidad de los partos vaginales y por cesárea porque las mujeres que tuvieron la cirugía tenían mayor riesgo.

Los bebés nacidos por cesárea suelen tener problemas iniciales para respirar. Además puede ser difícil la alimentación porque tanto la madre como el bebé están afectados por la medicación para el dolor.

Una cesárea es una cirugía mayor, con todos los riesgos y eventos que conlleva. El dolor en la incisión puede ser intenso, y la recuperación completa de la movilidad puede tomar semanas.

2.2.1.4.- Prevalencia

La Organización Mundial de la Salud estima que la tasa de cesáreas entre todos los nacimientos en los países desarrollados está entre el 10% y el 15%, comparado con cerca de 20% en el Reino Unido y 23% en Estados Unidos.

En años recientes se han generado preocupación porque la operación se realice frecuentemente por otras razones diferentes a la necesidad médica. Por ejemplo, a los críticos les preocupa que las cesáreas se realicen porque económicamente dan más utilidad para el hospital, o porque una cesárea rápida es más conveniente para un obstetra que un largo parto vaginal. Se han formado organizaciones para aumentar la conciencia pública sobre las cesáreas y su incidencia que crece considerablemente.

Los partos atendidos por parteras y fuera del hospital se asocian a una tasa mucho menor de cesáreas, controlada por todos los indicadores maternos y fetales relevantes.

2.2.1.5.- Anestesia

La madre generalmente recibe anestesia regional (espinal) o epidural, lo que le permite estar despierta durante el parto y evita la sedación del infante.

En la práctica moderna, la anestesia general para la cesárea es cada vez más rara puesto que se ha establecido científicamente el beneficio de la anestesia regional tanto para la madre como para el bebé.

2.2.2.- Definición de parto normal

El parto normal (OMS 1996) se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones.

2.2.2.1.- Evaluación de las condiciones maternas durante el trabajo de parto

Por definición, el comienzo del trabajo de parto normal es espontáneo, por lo tanto se inicia en la casa, y es la propia mujer y su familia quienes controlan sus condiciones y evolución durante las primeras etapas.

Para esto, la embarazada debe ser informada con la mayor claridad y precisión sobre los signos y síntomas del comienzo del trabajo de parto, para concurrir al lugar de internación en el momento oportuno (Lauzon 2002).

Es fundamental que se establezca desde el inicio una buena relación entre la mujer, su pareja o acompañante y el personal encargado de la vigilancia del parto y quien realizará la internación.

El cuidado del bienestar de la embarazada incluye especialmente el respeto a su privacidad y a la elección de su acompañante, evitando la presencia innecesaria de personas en las salas de parto y parto.

Procedimientos rutinarios

Cuando la embarazada ha sido correctamente informada previamente, es muy posible que ingrese en el momento oportuno (primera fase del período de dilatación del cuello), lo que permitirá realizar todos los procedimientos rutinarios.

2.2.2.- Parto Vaginal posterior a cesárea (PVPC)

Los partos vaginales posterior a cesárea (VBAC, por sus siglas en inglés) no son infrecuentes hoy en día. Como se expuso anteriormente en el pasado se usaba una incisión vertical para la cesárea que cortaba las fibras musculares del útero. Las cesáreas modernas generalmente se practican con una incisión horizontal siguiendo el recorrido de las fibras musculares. El útero mantiene entonces mejor su integridad y puede tolerar las fuertes contracciones del alumbramiento futuro. Por razones estéticas, la cicatriz de las cesáreas modernas está por debajo de la «línea del bikini». Cabe señalar que este tipo de incisión no es recomendable para la salud, ya que, tarda mucho más tiempo en sanar porque naturalmente, nuestra piel sigue una especie de secuencia que es vertical, por lo que inclusive, nunca sana completamente.

Actualmente no se admite el viejo aforismo de «después de cesárea, siempre cesárea». A menos que la causa que originó la primera cesárea se mantenga, por ejemplo placenta previa o pelvis estrecha, la conducta aceptada es la de dejar evolucionar el parto y actuar según la evolución.

Otro punto en que se ha desatado una intensa controversia es sobre el derecho de la gestante a elegir la vía del parto, es decir, embarazada que desea, sin causas objetivables que le sea practicada cesárea.

Entonces el parto vaginal en pacientes con cesárea previa es más seguro que el quirúrgico tanto para la madre como para el feto, cuando se trata de una cesárea de tipo segmentaria transversa baja. Sin embargo esta conducta no se observa en todos los hospitales e incluso en los médicos de diferentes países.

El ofrecer trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa puede disminuir substancialmente la tasa total de cesáreas llegando en algunas instituciones a ser menor al 10%. La duración del trabajo de parto en pacientes con cesárea previa es similar a la población nulípara por lo tanto puede seguir las mismas tendencias según

las curvas planteadas por Friedman, para el manejo del trabajo de parto durante la fase activa.

A toda mujer con una cesárea previa en los siguientes embarazos debemos plantear múltiples interrogantes en cuanto a las complicaciones maternas y fetales, especialmente en el momento del parto. Clásicamente siempre se defendió un axioma que venía a decir “hecha una cesárea, siempre una cesárea”, sin embargo, a partir de los años 70 se empezó a defender el parto vaginal como una buena alternativa en pacientes con cesárea anterior, aparecieron estudios en los que con una buena selección de las pacientes las complicaciones disminuían y la posibilidad de éxito (parto vaginal) aumentaba.

Entre el 60%-80% de las mujeres que intentan un parto vaginal lo consiguen, por lo que la dificultad está en identificar aquellas mujeres (20%-40%) a las que se les debería hacer una cesárea electiva para evitar riesgos y complicaciones derivadas del intento de parto post cesárea anterior.

Se han identificado como factores que favorecen el éxito del parto vaginal tras cesárea anterior:

- Parto vaginal previo.
- Intento de parto vaginal previo finalizado con éxito.
- Cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica.
- Mujeres con parto de inicio espontáneo.

Aproximadamente el 25% de los partos en mujeres con cesárea anterior se inician de forma inducida y el 58% son estimulados, ambos factores se saben que aumentan las posibilidades de fracaso de parto y de la aparición de efectos adversos, especialmente de rotura o dehiscencia uterina.

2.2.3.1.- Morbilidad materna

Un posible argumento en apoyo del parto vaginal post cesárea ha sido que una prueba de trabajo de parto se vincula con disminución del riesgo de la madre en comparación con el de una cesárea repetida. La mortalidad materna no parece diferir mucho entre mujeres bajo una prueba de trabajo de parto y aquellas con cesárea repetida electiva (Landon et al.,2004;Mozurkewich y Hutton, 2000).

2.2.3.2.- Periodo intergenésico

Parecería lógico suponer que el riesgo de rotura uterina aumentaría si la cicatriz de la histerectomía previa no hubiere tenido tiempo suficiente para cicatrizar. Estudios de cicatrización uterina mediante resonancia magnética sugieren que la involución uterina completa y el restablecimiento de su anatomía puede requerir al menos seis meses (Dicle et al., 1997). Para explorar además ese tema, Shipp et al., (2001) revisaron de manera retrospectiva la relación entre el intervalo intergenésico y la rotura uterina. Los autores encontraron que los intervalos intergenésicos de 18 meses o menos se vinculaban con una triplicación del riesgo de rotura uterina sintomática, en comparación con los de mayor duración.

2.2.3.3.- Prueba de trabajo de parto

Magnitud del riesgo

Aunque la rotura uterina y sus complicación vinculadas son claramente mayores con una prueba de trabajo de parto, algunos investigadores han argüido que esos factores deben tener importancia mínima en la decisión de intentar el VBAC porque el riesgo absoluto de las complicaciones es muy bajo.

2.2.4.- Complicaciones de parto vaginal posterior a cesárea

2.2.4.1.- Complicaciones maternas del parto vaginal con cesárea previa

Desde mucho tiempo la complicación más temida por los obstetras al ofrecer parto vaginal con cesárea previa es la rotura uterina.

Las definiciones de los diferentes tipos de rotura uterina a saber son:

- **Deshicencia:** Corresponde a una "ventana", la solución de continuidad uterina no compromete el peritoneo y no hay vaciamiento de su contenido.
- **Rotura Incompleta:** Abertura de la cicatriz con expulsión del contenido uterino sin compromiso del peritoneo.
- **Rotura Completa:** Hay expulsión del producto y ruptura del peritoneo.

Hay que diferenciar entre los diferentes tipos de ruptura uterina pues en los casos de dehiscencias o "ventanas" por lo general tienen poca significancia clínica y no presenta resultados adversos fetales-neonatales, mientras que la rotura completa se puede acompañar de alta morbi-mortalidad materno-fetal.

Hay numerosos signos clínicos descritos en la literatura que puedan indicar rotura uterina, algunos de manera precoz, como es el caso de cambios en la frecuencia cardíaca fetal principalmente desaceleraciones variables que se profundizan y se convierten en tardías, pudiéndose constituir en el único signo de inminencia de rotura uterina; el segundo signo más precoz es el dolor entre las contracciones de manera persistente y progresivo en cuanto a severidad, no existe entonces periodo de dolor ausente durante los periodos de reposo uterino sobre todo a nivel de la parte inferior del abdomen, sin embargo este hallazgo puede generar confusión pues su interpretación es de carácter subjetivo y otros lo consideran como un pobre indicador; otros signos son la hemorragia vaginal abundante, pero hay que tener en cuenta que este sangrado puede hacerse hacia los ligamentos o la cavidad abdominal haciéndose escaso externamente y presentar un cuadro progresivo de choque

hipovolémico sin sangrado externo; el dolor que persiste a pesar de la analgesia peridural, hematuria macroscópica, pérdida de las contracciones, retroceso de la presentación, anillos de contracción a nivel segmentario y muerte fetal son otros hallazgos que pueden encontrarse en casos de rotura del útero.

La incidencia de ruptura uterina en pacientes con cesárea previa oscila en 02.6%, incluyendo casos de dehiscencia.

En un estudio multicéntrico realizado en EE.UU, se reportaron 8 casos de ruptura uterina con una incidencia muy baja del 0.7% con ninguna muerte materna atribuible y 3 complicaciones dadas por dos casos de sufrimiento fetal agudo y una histerectomía. Golan hace una extensa revisión de rupturas uterinas encontrando 93 rupturas de 126.713 partos analizados con una incidencia de uno por cada 1.362 (0.73%), dentro de las cuales se incluyen pacientes con y sin cesárea previa, encontrando factores asociados como el uso inadecuado de oxitócicos (42%), desproporción cefalo-pélvica (40%), gran multiparidad (31%) y abrupcio de placentae (18%). La ruptura más frecuentemente encontrada fue la transversa segmentaria. La mortalidad materna fue de 9.7% con una mortalidad fetal de 22%. El manejo inicial abordado en todas las pacientes fue la resucitación y restauración de la volemia, posteriormente individualización de cada caso en la sala de operaciones de acuerdo al tipo de lesión, localización y extensión así como el deseo reproductivo de la paciente.

En el estudio 75% de las pacientes requirió histerectomía de las cuales 36% fueron sub-totales; el resto se realizó reparo del desgarro uterino. En caso de presentarse una rotura uterina esta puede corresponder a una dehiscencia que se encuentre asintomática por lo que no ameritaría manejos posteriores que cicatrizaría por segunda intención. En caso de presentarse una rotura uterina de dimensiones mayores estaría abocada la histerectomía y o el reparo de la misma mediante laparotomía.

Otro autor en una revisión de 162 casos de rotura uterina encontró una mortalidad materna de 13.5% con una mortalidad fetal muy elevada de 76.1%, encontrando además que en las pacientes sin cesárea previa cuando presentan rotura uterina por lo general son multíparas.

La rotura uterina en pacientes con cesárea previa es un evento raro y los datos que se han registrado en la literatura corresponden a millares de partos ofrecidos por lo que en la mayoría de los artículos de revisión no se encontró algún tipo de muerte materna atribuible al parto vaginal con cesárea previa como tampoco incrementos en la morbilidad materno fetal.

No hay aumento en la incidencia de complicaciones maternas de las pacientes con cesárea previa que fueron sometidas a trabajo de parto en cuanto a pérdida sanguínea o hemorragia pos parto.

Es necesario entonces colocarnos en la balanza del riesgo-beneficio para la paciente llegando a la conclusión que una cesárea electiva presenta mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal que un parto vaginal, siendo la rotura uterina en el último de los casos un evento raro que en suma no sobrepasa los riesgos de realizar un procedimiento quirúrgico mayor como es la cesárea. Por lo tanto podría constituirse un nuevo axioma: "Después de una cesárea puede ocurrir un parto vaginal".

2.2.4.2.- Rotura uterina y cesárea anterior

La rotura uterina se puede clasificar como completa cuando existe comunicación de la cavidad uterina con la cavidad peritoneal, y como incompleta cuando ambas cavidades están separadas por peritoneo visceral (también denominada dehiscencia cubierta). Su frecuencia oscila entre 1/1200 a 1/200 partos. Se produce al asociarse lesión o anomalía uterina preexistente y traumatismo.

Factores predisponentes a la rotura uterina son: estimulación uterina excesiva con oxitocina, trabajo de parto prolongado, versión y extracción en nalgas, fórceps medio alto.

Existe también la posibilidad de rotura uterina en úteros sin cicatriz; ella puede ser traumática o espontánea. La rotura traumática es frecuente en heridas penetrantes durante el III trimestre o en fórceps medios altos. Los traumatismos contusos conllevan mayor riesgo de rotura esplénica y DPPNI que de rotura uterina.

La rotura espontánea sea socia a grandes multíparas que son estimuladas con oxitocina. Es poco frecuente como consecuencia de acretismo placentario.

Para el diagnóstico, lo más importante es la actitud de sospecha permanente. Se deben considerar tres elementos:

1.- Dolor abdominal: lo *clásico e infrecuente es la aparición de n dolor brusco en el* hipogastrio que alcanza su máxima intensidad en el acmé de la contracción, irradiado al hombro.

2.- Alteración de la dinámica uterina: *la aparición de incoordinación en la dinámica* uterina con tendencia a la polisistolia, o bien, alteración en el tono uterino, deben hacer sospechar el diagnóstico. La hemorragia externa es habitualmente escasa.

3.- Monitorización fetal continua: *el hallazgo más frecuente en este grupo de pacientes* corresponde a sufrimiento fetal agudo; de ahí la importancia de monitorizar la frecuencia cardíaca fetal en todas las pacientes con cesárea anterior sometidas a prueba de parto vaginal.

4.- Otros hallazgos diagnósticos son:

- Pérdida del encajamiento de la presentación.
- Palpación fácil de partes fetales.
- Hematuria.
- Palpación transcervical del defecto uterino.

2.2.4.3.- Reparación de rotura uterina

La recomendación para la reparación es delimitar exactamente la extensión de la rotura, descartando el compromiso vesical y de los grandes vasos, lo que incluye los hematomas del ligamento ancho. La sutura se realiza a punto separado con Vycril 1/0o Catgut cromado 0. En caso de que la reparación sea imposible, ya sea por la extensión o por compromiso longitudinal del útero, debe procederse a histerectomía con preservación de anexos.

2.2.4.4.- Prevención de la rotura uterina

Las medidas que se pueden emplear para prevenir la rotura uterina a parte de estar basadas en una adecuada selección de las pacientes. Existen algunas medidas que dependerán de la técnica empleada para realizar la cesárea:

1. **Lugar de la incisión uterina:** el riesgo de rotura se ve muy influenciada en función de si la incisión fue en segmento uterino inferior de las incisiones desconocidas son transversas bajas (92%) y por lo tanto de bajo riesgo de rotura.
2. **Cierre uterino:** las pacientes en las que la sutura uterina se ha realizado en una sola capa tienen el doble de riesgo de rotura en posteriores embarazos que si la sutura se hubiera realizado en dos capas. Por tanto, aunque la sutura en una capa se ha relacionado con menor pérdida sanguínea, menor tiempo operatorio y menor dolor postoperatorio; estas ventajas se eliminan al aumentar el riesgo de rotura en los siguientes embarazos.
3. **Intervalo entre embarazos:** son varios los estudios que defienden que la existencia de un periodo de tiempo corto entre embarazos aumenta el riesgo de complicaciones en el momento del parto. Hay varios trabajos que han demostrado que la reparación de la musculatura uterina ocurre en un período largo de meses, ya que el tejido miometrial se regenera lentamente y la reparación ocurre a partir de la proliferación de fibroblastos que recubren el miometrio de tejido conectivo; se ha comprobado por histeroscopia que la cicatriz uterina no completa su reparación hasta un período que oscila entre los 6 y 12 meses. Así, Stamilo y colaboradores en un importante estudio demostraron que un período entre embarazos menor de 6 meses es un factor de riesgo independiente para la rotura uterina en siguientes embarazos, además estas pacientes con intervalo corto de tiempo entre embarazos tienen mayor morbilidad materna reflejada en forma de más lesiones operatorias y mayor necesidad de transfusiones sanguíneas.

La SEGO establece un intervalo menor de 18 meses para considerar que el riesgo de rotura está elevado.

2.2.4.5.- Complicaciones perinatales del parto vaginal con cesárea previa

Según publicó la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología en el 2012 los recién nacidos de parto por cesárea tuvieron mayores tasas de admisión en la unidad de terapia intensiva comparados con los niños del grupo de parto vaginal post cesárea (9,3% comparado con 4.9%) y tasas más elevadas de suplemento de oxígeno en la sala de reanimación obstétrica (41,5% comparado con 23,2%) y posterior a la internación en la sala de terapia intensiva (5.8% comparado con 2,4%).

Históricamente, los obstetras son reacios a indicar el trabajo de parto post cesárea por el mayor riesgo de rotura uterina y asfixia perinatal comparado con los riesgos que acompañan a la cesárea repetida planificada. Sin embargo, el riesgo absoluto de asfixia perinatal sigue siendo escaso.

Por ahora, las complicaciones más frecuentes para el recién nacido después de parto por cesárea es la morbilidad respiratoria.

Por otra parte, los resultados muestran que más recién nacidos del grupo de parto destinado a la cesárea requirieron mayores índices de suplemento de oxígeno y soporte ventilatorio en la unidad de terapia intensiva, comparados con los neonatos de grupo destinado a parto vaginal post cesárea. Estos hallazgos, dicen los autores, coinciden con muchos estudios que documentan la morbilidad respiratoria en los recién nacidos luego de una cesárea repetida electiva, en particular, el aumento del síndrome de distrés respiratorio, el síndrome de taquipnea del recién nacido, la hipertensión pulmonar persistente y, la necesidad de suplemento de oxígeno.

Es común el desarrollo de morbilidad respiratoria como resultado de la falla de la depuración del líquido pulmonar fetal y puede ser un problema para los niños nacidos de cesárea repetida electiva que no estuvieron expuestos al trabajo de parto.

Los autores sostienen que es posible que la secreción de catecolaminas que se produce durante el trabajo de parto represente un papel importante en el clearance del

líquido pulmonar fetal y el control glucémico luego del nacimiento. Mientras la percepción común es que alteraciones tales como la taquipnea del recién nacido son benignas y autolimitadas. Varios estudios muestran que los recién nacidos con esa alteración pueden evolucionar hacia una insuficiencia respiratoria grave, generando la necesidad de oxigenación por membrana extracorpórea o la muerte.

Las diferencias observadas entre el grupo destinado al parto por cesárea repetida electiva y el parto vaginal post cesárea tienen mayor importancia cuando se interpreta que el grupo destinado al parto vaginal post cesárea incluye a neonatos nacidos después de un parto vaginal post cesárea fallido y que requirieron más y mayores medidas de reanimación por distrés fetal, caracterizado por la alteración de los ruidos cardíacos fetales y la tinción del líquido amniótico con meconio. Por otra parte, los neonatos nacidos luego de un parto vaginal post cesárea exitoso un índice de admisión inferior en la unidad de terapia intensiva, una estancia hospitalaria más corta y una incidencia de necesidad de soporte respiratorio menor.

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 de disfrutar de los mejores resultados posibles evitando resultados indeseables.

2.2.4.6.- Valoración de la vitalidad fetal

Test de Apgar

Para valorar la vitalidad del recién nacido se utiliza habitualmente el test de Apgar este test nos va decir la vitalidad entre 0-10 puntos que tiene el niño al nacer y el pronóstico de complicaciones graves. En la tabla III vamos a ver la puntuación que se aplica al Test de Apgar.

Test de vitalidad de Apgar

| SIGNO | 0 | 1 | 2 |
|--|--------------------|-------------------------------|---------------------|
| Frecuencia Cardíaca | Ausente | < 100 lpm | > 100 lpm |
| Esfuerzo Respiratorio | Ausente | Irregular, lento | Llanto vigoroso |
| Tono Muscular | Flácido | Extremidades algo flexionadas | Movimientos activos |
| Respuesta a Estímulos (Paso de sonda) | Sin respuesta | Muecas | Llanto |
| Coloración | Cianosis o Palidez | Acrocianosis, tronco rosado | Rosáceo |

2.2.4.7.- Valoración respiratoria del recién nacido

Prueba de Silverman y Anderson

Para valorar la función respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad respiratoria. Contrario a la puntuación de Apgar, en la suma de Silverman y Anderson, la puntuación más baja tiene el mejor pronóstico que la puntuación elevada.

Test de Valoración Respiratoria del RN (Test de Silverman)

| SIGNO | 2 | 1 | 0 |
|-------------------------------|--|--|---|
| Quejido espiratorio |  Audible sin fonendoscopio |  Audible con el fonendoscopio |  Ausente |
| Respiración nasal |  Aleteo |  Dilatación |  Ausente |
| Retracción costal |  Marcada |  Débil |  Ausente |
| Retracción esternal |  Hundimiento del cuerpo |  Hundimiento de la punta |  Ausente |
| Concordancia toraco-abdominal |  Discordancia |  Hundimiento de tórax y el abdomen |  Expansión de ambos en la inspiración |

Se determina la frecuencia de la respiración siendo su valor normal entre 30-60 movimientos respiratorios por minuto. El ritmo respiratorio es irregular.

Se buscarán signos de dificultad respiratoria consistentes en observar la presencia de retracciones supraesternales o supraclaviculares e intercostales.

A la auscultación se encontrarán sonidos respiratorios de tipo bronquial, siendo su tono más alto que el de los adultos, en las primeras horas se pueden encontrar finos estertores de despegamiento.

Por tener una pared torácica tan delgada los sonidos del corazón y el pulmón son transmitidos con mayor claridad; por eso en la percusión de los campos pulmonares se encuentra resonancia.

2.2.5.- Manejo de la paciente cesareada anterior

1.-Control Prenatal: se realizará con la frecuencia habitual hasta las 40-41 semanas. Debe realizarse una acabada anamnesis en torno a la indicación de la cesárea anterior y la edad gestacional de ella.

Se realizará pelvimetría clínica a las 38 semanas sólo si hay sospecha de desproporción céfalopelviana. Si la pelvimetría es anormal, se programará cesárea electiva entre las 38y 39 semanas.

2.-Preparto: se dará una prueba de parto vaginal a todas las pacientes con cesárea anterior que cumplan los siguientes requisitos:

- Proporcionalidad feto-pélvica adecuada.
- Presentación cefálica.
- EPF no mayor de 4000g.
- Cesárea anterior vertical.

Las siguientes pacientes quedarán excluidas de la prueba de parto:

- Embarazo múltiple.
- Cicatriz uterina antes de las 32 semanas.
- Antecedente de cirugía uterina con entrada a la cavidad endometrial (miomectomía, útero doble) o procedimiento endouterino con perforación (legrado, histeroscopia).

3.-Conduccion del trabajo de parto:

- Vía venosa permeable.
- Monitorización continua de LCF.
- Rotura artificial de membranas a juicio del residente, según indicación obstétrica habitual, idealmente en fase activa del trabajo de parto.

- Oxitocina. Sin contraindicación; se recomienda en usar bomba de infusión.
- Si no hay progresión adecuada del trabajo de parto, dar prueba de parto reglada y corta (intervalo no mayor de 2 horas para controlar progresión).

4.- Atención del parto:

- Durante el expulsivo se debe evitar el pujo materno excesivo y/o también compresión abdominal del fondo uterino. No debe realizarse fórceps profiláctico si el expulsivo es rápido.
- Se recomienda, en los partos atendidos, realizar revisión histerorrafia. Existe un consenso en que la palpación transcervical de rutina no muestra mayor beneficio que la palpación selectiva. Sin embargo, dada la escasa morbilidad agregada por el procedimiento, nos parece conveniente realizarla en un hospital docente.
- En caso de histerorrafia dehiscente:
 - a) Tamaño menor de 4 cm, cubierto por peritoneo, sin compromiso hemodinámico materna y sangrada moderado: conducta expectante, reposición de volumen, retractores uterinos y antibióticos.
 - b) Tamaño mayor de 4cm, abierta a cavidad abdominal, con compromiso hemodinámico materno y sangrado vaginal más que moderado: laparotomía exploradora.

5.- Consideraciones especiales:

- En casos de patologías médicas u obstétricas que requieran la interrupción del embarazo antes de iniciado el trabajo de parto y sin contraindicación a la vía vaginal, se deben considerar las condiciones obstétricas de la paciente.
 - a) Con buenas condiciones obstétricas (Bishop >8): se puede plantear la rotura artificial de membranas y aceleración oxiótica como inductores del trabajo de parto. Reevaluar las condiciones obstétricas a las 4 horas; sino hay progresión, se indicará cesárea.
 - b) Con malas condiciones obstétricas (Bishop <8): programar cesárea electiva.

- Uso de preinductores cervicales: los datos reportados usando prostaglandina E2, son controversiales en cuanto al porcentaje de ruptura uterina,. No hay datos disponibles para análogos de prostaglandinas. Por el momento no recomendamos el uso de preinductores cervicales en pacientes cesareadas.

2.2.6.- Requisitos para el parto vaginal con cesárea previa

La paciente debe ingresar al hospital solamente cuando presente inicio del trabajo de parto a no ser que alguna condición médica u obstétrica indique lo contrario.

Existen algunos requisitos que hay que tener en cuenta a la hora de atender un parto vaginal en pacientes con cesárea previa y son:

1. Exámenes de laboratorio: como biometría hemática, hematocrito, hemoglobina, grupo sanguíneo, factor rh, HIV, VDRL y reserva de 2 unidades de sangre.
2. El trabajo de parto y el parto deben ser monitorizados o con estrecha vigilancia clínica de la frecuencia cardiaca fetal.
3. Sonda foley para detectar precozmente la presencia de orina hematúrica.
4. Disponibilidad permanente de quirófano para realizar en caso de que así se indique una cesárea de urgencia.
5. Una vena permeable con un catéter adecuado para administrar grandes volúmenes de líquidos o soluciones, por lo tanto si se decide ofrecer parto vaginal a las pacientes con cesárea previa la institución debe contar con los elementos necesarios para realizar una cesárea de urgencia.

El partograma donde demuestra el progreso del trabajo de parto siempre se debe diligenciar y actuar acorde a los resultados del mismo, puesto que la incidencia de rotura uterina es mayor cuando se ha pasado en tiempo la línea de acción según la curva de Friedman, esto puede llevar a un aceptable pero poco incremento de las tasas de cesárea pero con beneficios notorios como la disminución de la incidencia de ruptura uterina y la morbilidad materno-fetal.

Toda paciente debe tener pleno conocimiento de los procedimientos a realizar al igual que aceptar los riesgos y los beneficios. Es de anotar que además con una correcta explicación del procedimiento a las pacientes la mayoría (81%) acepta el trabajo de parto.

El monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal es una de las medidas más importantes debido a que los cambios de la misma puede ser el signo más precoz de inminencia de rotura uterina.

Se ha planteado que el uso de catéteres intrauterinos durante el trabajo de parto pudiese ayudar a diagnosticar precozmente una rotura uterina debido a la pérdida de la presión intrauterina y así tomar una conducta rápida de evacuación.

La revisión digital del segmento uterino a nivel de la cicatriz previa es recomendado por algunos con miras a detectar alguna solución de continuidad y revelar la integridad de la misma posterior al parto o realizarla en caso de indicaciones específicas como dolor abdominal, sangrado vaginal excesivo o atonía uterina. Otros autores no encuentran utilidad a este tipo de procedimiento destacando poca sensibilidad en la detección de rotura uterina.

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

2.2.7.- Contraindicaciones para el parto vaginal con cesárea previa

Solamente 15.6% de las pacientes con cesárea previa tienen contraindicaciones relativas o absolutas para realizar trabajo de parto y parto por vía vaginal. Son absolutas aquellos casos de cesárea corporal clásica o cesárea en "T" invertida, así mismo como una dehiscencia de una cicatriz uterina previa que requirió reparo de la misma, esto se hace incluso para las "ventanas" de cualquier tipo.

Contraindicaciones relativas como dos o más cesáreas previas, cicatriz uterina de tipo desconocido, embarazos gemelares o macrosomía fetal diagnosticada previamente por exámenes ultrasonográficos. Dos o más cesáreas previas se presenta solo en el 2.3% de la población obstétrica, debido tal vez a que en un procedimiento quirúrgico inicial es probable que la paciente acepte la ligadura tubarica como método definitivo de planificación. El tener dos cesáreas previas puede no considerarse como una contraindicación y puede ser una alternativa razonable para determinado grupo de pacientes, con tasas de éxito similares a las pacientes con una sola cesárea previa (75.3%), otros no la recomiendan encontrando 3 veces más frecuencia de rotura uterina.

En estudios realizados con fetos macrosómicos son controvertidos y la presencia de un feto con un peso ecográfico estimado mayor de 4.000 gr no aumenta la morbimortalidad perinatal, en pacientes con cesárea previa se observa en ciertos trabajos una disminución en la tasa de partos vaginales en fetos macrosómicos (43% vs. 58%) aunque otros autores no reportan diferencias en el resultado del embarazo con pesos estimados fetales de más de 4.000 g (73%) vs. menos de 4.000 g (76%).

La sobredistensión uterina ocasionada por un embarazo gemelar o un polihidramnios puede no estar asociada a un mayor índice de roturas uterinas.

Presentaciones en podálica y embarazos gemelares puede no ser considerada como contraindicación absoluta y puede ofrecerse parto vaginal sin riesgo, sin embargo

otros argumentan que al realizar la manipulación para lograr extraer el feto en podálica, puede llegar a convertir un pequeño defecto uterino o una ventana en una rotura uterina completa, pero faltan más datos al respecto.

La localización de la placenta no se sabe si pueda influenciar en el desarrollo de rotura uterina cuando se encuentra implantada sobre la cicatriz uterina, trabajos pertinentes consideran que tal caso se pueda asociar a ruptura del útero y a pérdidas hemáticas mayores, pero no hay datos conclusivos actualmente.

No se encontraron estudios donde el antecedente de una infección intra-amniótica o el desarrollo de una endometritis post cesárea puedan influir de manera adversa la tasa de complicaciones maternas al ofrecer trabajo de parto en los embarazos siguientes.

Cuando se trata de una cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja el permitir un trabajo de parto es una alternativa más segura que una cesárea automática subsiguiente y toda paciente con este tipo de incisiones uterinas previas deben considerarse aptas para un parto por vía vaginal, pues el riesgo de rotura uterina es muy bajo y no está asociado con serias complicaciones.

2.2.8.- Conducción del parto vaginal en cesárea previa

La inducción del parto en gestantes con cesárea anterior se mantiene hoy día como un tema muy controvertido. El inicio del parto espontáneo es junto con la existencia de parto vaginal previo los factores que más disminuyen las complicaciones derivadas del parto vaginal en este tipo de pacientes.

Según la inducción en estas pacientes es un procedimiento válido siempre que exista una indicación clara. Sin embargo, no existe un criterio unánime en cuanto a la forma de inducción, puesto que el empleo de prostaglandinas vaginales es una contraindicación relativa que en la mayoría de los estudios se ha relacionado con una mayor tasa de roturas uterinas. Recopilando algunos de estos estudios la ACOG en sus nuevas recomendaciones desaconseja el empleo de prostaglandinas vaginales en estas pacientes por el mayor riesgo de rotura.

Por tanto las Sociedades científicas (SEGO, ACOG, Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá) recomiendan esperar el inicio espontáneo del parto y, si es posible, realizar el seguimiento del mismo sin emplear oxitocina, pero en el caso de necesitar de la misma, existe consenso en la recomendación de que ésta puede emplearse siempre que la perfusión este controlada por bomba y exista una correcta monitorización de la dinámica uterina. Estas sociedades científicas proponen, en la semana 38 de gestación, hacer un estudio detallado y particularizado de cada caso para ver la posibilidad del parto vaginal, discutiendo con la pacientes los riesgos y beneficios del parto vaginal y si este es aceptado, firma del consentimiento informado pertinente. Éste consideran que es un buen momento para proceder a una maniobra de separación de las membranas del cuello uterino (maniobra de Hamilton), que favorece el inicio espontáneo del parto. Si el cérvix esta en unas condiciones muy desfavorables, son partidarios de la cesárea electiva. La maduración cervical con sonda de Foley puede realizarse con seguridad en las mujeres con cesárea previa.

En caso de optar por una cesárea electiva hay que tener en cuenta que son recién nacidos con mayor riesgo de morbilidad respiratoria, por lo que parece que el mejor momento para programar la cesárea con menor morbilidad sería entre la 39 y 40 semanas de gestación. Sin embargo, más cercana la programación de la cesárea a la 40 semana, mayor riesgo de inicio espontáneo del parto y por tanto podría no evitarse el riesgo de rotura uterina, teniendo que hacer una cesárea de emergencia con los riesgos maternos que esta conlleva:

- Mayor pérdida sanguínea y por tanto necesidad de transfusiones.
- Mayor riesgo de lesiones quirúrgicas.
- Mayor riesgo de histerectomía.
- Mayor riesgo de infecciones postoperatorias.
- Más complicaciones en futuros embarazos (alt. en placentación, cirugía más complicada).

SCORE PREDICTOR DE EXITO DE PARTO VAGINAL AL SOMETER A PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO A PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CESAREA

-
- a) Edad menor de 40 años: 2 puntos
- b) Parto vaginal previo:
- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> | antes y después de cesárea | 4 | puntos |
| <input type="checkbox"/> | luego de primera cesárea | 2 | puntos |
| <input type="checkbox"/> | antes de primera cesárea | 1 | punto |
| <input type="checkbox"/> | ninguno | 0 | puntos |
- c) Razón para primera cesárea:
- | | | | |
|--------------------------|--|---|-------|
| <input type="checkbox"/> | diferente a falla de progresión del parto: | 1 | punto |
|--------------------------|--|---|-------|
- d) Borramiento al ingreso:
- | | | | |
|--------------------------|-----|------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 75% | 1 | puntos |
| <input type="checkbox"/> | 25% | <input type="checkbox"/> 75% | 1 punto |
| <input type="checkbox"/> | 25% | | 0 punto |
- e) Dilatación al ingreso de 4 cm o más 1 punto

Puntaje total 0 a 2: 49% parto vaginal, y puntaje 8 a 10: 95% parto vaginal.

Flamm B., Geiger A: Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. Obstet Gynecol 1997; 90: 907-10.

2.2.9.- Visión de los autores sobre el problema

En 1916 Craigin escribió "una vez cesárea, siempre cesárea", considerándose en ese momento una ley. Como es sabido en esa época la cesárea era corporal, no existían los antibióticos, ni las transfusiones, la morbilidad materno-fetal y los riesgos posteriores de una probable rotura uterina eran elevadas.

Es evidente que esto hoy en día no es aplicable, porque la cesárea es habitualmente segmentaria. Debemos insistir en la tendencia a disminuir la tasa de cesárea, pero sin sacrificar los criterios aceptados como seguros en la obstetricia moderna.

Todavía hay controversias acerca de qué es lo que conviene a una embarazada con una cesárea previa: trabajo de parto u otra cesárea. Históricamente, los obstetras son reacios a indicar el trabajo de parto post cesárea por el mayor riesgo de rotura uterina y asfixia perinatal comparado con los riesgos que acompañan a la cesárea repetida planificada. Sin embargo, el riesgo absoluto de asfixia perinatal sigue siendo escaso.

Por ahora, las complicaciones más frecuentes para el recién nacido después de parto por cesárea es la morbilidad respiratoria; por lo tanto, para evitar la prematuridad iatrogénica, la mayoría de los obstetras no indican la cesárea electiva antes de la semana 39 de gestación sin haber documentado la madurez pulmonar fetal mediante la amniocentesis.

El parto vaginal después de cesárea tiene un éxito superior al 70%. Bajo ciertas condiciones, es considerado seguro, y con baja probabilidad de complicaciones.

Sin embargo, el riesgo más temido al someter a trabajo de parto a una paciente con antecedente de una cesárea es la rotura uterina que puede ocurrir en menos del 1%.

Las autoras con la poca experiencia que llevamos sugerimos que si se puede lograr la posibilidad de un parto vaginal en pacientes con antecedentes de una cesárea, siempre que el obstetra lleve 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.

Finalmente después de este largo recorrido en que queda demostrada la validez de una prueba de trabajo de parto en aquellas pacientes con antecedente de una cesárea, debemos recordar que a pesar de la baja incidencia de complicaciones, como es la rotura uterina, debemos estar atentos y por sobre todo sospecharla a la luz de los antecedentes expuestos. Ya que puede resultar una verdadera catástrofe tanto para el feto como para la madre.

2.2.10.- Glosario

Gestación: Embarazo; período desde la concepción hasta el parto.

Edad gestacional: Número de semanas transcurridas desde el primer día del último periodo menstrual normal y la fecha del parto.

Histerectomía: Extracción del útero.

Parto por cesárea: Parto de un bebé a través de una incisión en el abdomen y útero de la madre.

Cuello uterino: Abertura del útero que se encuentra encima de la vagina.

Dilatación: Ampliación de la abertura del cuello uterino.

Borramiento: Adelgazamiento del cuello uterino.

Placenta: Tejido que proporciona la nutrición y extrae los productos de desecho del feto.

Preeclampsia: Afección durante el embarazo en la que ocurren niveles elevados de presión arterial y proteína en la orina.

Eclampsia: Convulsiones que ocurren en el embarazo y están asociadas con niveles elevados de presión arterial.

Presentación de nalgas: Situación en que las nalgas o los pies del feto salen primero.

Útero: Órgano muscular ubicado en la pelvis de la mujer que contiene el feto en desarrollo y lo nutre durante el embarazo.

Abrucción placentaria: Estado clínico en que la placenta se ha comenzado a separar de las paredes internas del útero antes del nacimiento del bebé.

Prostaglandinas: Sustancias químicas que produce el cuerpo y que causan muchos efectos, como provocar la contracción del músculo del útero, por lo que habitualmente ocasionan cólicos.

Placenta: Tejido que sirve para alimentar al feto y eliminar sus desechos.

Placenta previa: Estado clínico en el que la placenta se encuentra muy abajo en el útero, de manera tal que cubre la abertura del útero ya sea parcial o completamente.

Oxitócina: Hormona que se usa para provocar contracciones en el útero.

SEGO, ACOG: Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá.

2.3.- PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS

Es el componente de investigación en el cual gira todo el trabajo de la tesis, se la define como una suposición verdadera o no, de la que se trata de sacar una consecuencia de respuestas provisional y anticipada que se da al problema, pero que requiere su verificación. En nuestro trabajo las especificamos de la manera siguiente:

2.3.1.- Hipótesis General

La incidencia de complicaciones obstétricas en parto vaginal posterior a una cesárea, es escasa de aproximadamente 10%; en pacientes embarazadas que asistieron al área de Ginecoobstetricia del Hospital Provincial Martín Icaza, en los meses de septiembre 2011 a agosto 2012.

2.3.2.- Hipótesis Específicas

1. Las complicaciones hemorrágicas del parto vaginal posterior a una cesárea son de un 5%.
2. Las complicaciones uterinas de parto vaginal posterior a una cesáreas son de un 2%.
3. Las complicaciones perinatales en un parto posterior a una cesárea son de un 3%.

| CONCEPTO | CATEGORIA | VARIABLE | INDICADOR | INDICE | SUBÍNDICE | |
|--|----------------------------|---------------------------------|---|--|--|---|
| 1.COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial. | <u>1.HEMORRAGICAS</u> | 1.1.HEMORRAGIA POSTPARTO | 1.1.1.Primaria | -Dentro de las 24H postparto. | -Perdida de < 500ml de sangre. | |
| | | | 1.1.2.Secundaria | -Entre las 24H y 6-12 semanas postparto. | -Uso de > de 3 compresas higiénicas en las 2 horas de control postparto. | |
| | | <u>2.UTERINAS</u> | 1.3.ATONIA UTERINA | 1.3.1. Perdida del tono de la musculatura del útero. | -Retraso de la involución uterina. | -Globo de seguridad de pinard: útero duro, leñoso, fondo uterino a nivel umbilical. |
| | | | | 2.1.ROTURA UTERINA | 2.1.1.Deshicencia | |
| | | | 2.1.2.Rotura completa | | | |
| | | | 2.1.3.Rotura incompleta | | | |
| | <u>3.PERINATALES</u> | 3.1.ASFIXIA PERINATAL | 3.1.1. Puntajes de Silverman y Anderson. | -o puntos. | -Rn sin asfixia. | |
| | | | | -1 a 3 puntos. | -Rn con asfixia leve. | |
| | | | | -4 a 6 puntos. | -Rn con asfixia moderada. | |
| | | | -7 a 10 puntos. | -Rn con asfixia grave. | | |
| | 3.4.MUERTE NEONATAL | 3.4.1. Mortalidad fetal tardía. | -A partir de las 28 semanas de gestación. | | | |
| | | 3.4.2. Mortalidad fetal precoz. | -Rn muerto dentro de los 7 primeros días de vida completos. | | | |

| COCEPTO | CATEGORIAS | VARIABLES | INDICADOR | INDICE | SUBÍNDICE |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--|---|-----------|
| 2.PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA Significa tener un recién nacido mediante un parto vaginal luego de haberse sometido a una o a más cesáreas. | 1. CESÁREA | 1.1.PREVIA | -Tipo de cesárea -Indicación de la primera cesárea. | -Transversal baja. -Vertical baja. -Vertical alta. -Bienestar fetal alterado. -Distocias de la dinámica. -Presentaciones viciosas. -Parto de inducción. -Embarazo gemelar. -Embarazo prolongado. -Rotura prematura de membrana. -Preeclampsia y eclampsia. -Otros. | |
| | 2.EDAD MATERNA (AÑOS) | 2.1.ADOLESCENTE | -10 a 15 años. -16 a 19 años. | . | |
| | | 2.2.ADULTA JOVEN | -20 a 24 años. -25 a 29 años. | | |
| | | 2.3. ADULTA MAYOR | -30 a 34 años. -35 años y más. | -Fecha de último embarazo. | |
| | 3.PERIODO INTERGENESICO(AÑOS) | 3.1.LARGO 3.2.CORTO | -Menos de 24 meses -Más de 24 meses. | | |
| | 4. PUNTAJE DE APGAR | 4.1.AL MINUTO A LOS 5 MINUTOS | -0-3min -4-6min -7-10 | -Rn severamente deprimido. -Rn moderadamente deprimido. | |

CAPITULO III

4.- METODOLOGIA

3.1.- Tipo de investigación

Nuestro tipo de investigación es retrospectivo no experimental, consiste en la observación pasada en base a la recolección y tabulación de datos existentes en información de fuente secundaria (historia clínica materna y perinatal) para generalización de los resultados.

3.2.- Universo y muestra

Población y Muestra

Nuestra área de trabajo investigativo abarca zona urbana y rural de la ciudad de Babahoyo, en el Hospital Provincial Martín Icaza, que ofrece asistencia a toda población especialmente en el área ginecoobstétrica, siendo las mujeres de la comunidad el sujeto de la investigación.

El universo de nuestro estudio es de 230 carpetas de pacientes atendidas en el periodo ya expuesto, las cuales fueron seleccionadas al azar.

Tamaño de la muestra

En razón que el universo es escaso de aproximadamente 230 casos no es prudente determinar una muestra y el trabajo se llevará a cabo con todo el universo.

Se aplica los instrumentos de investigación a las historias clínicas de las pacientes con cesárea previa que acudieron al área de Ginecoobstetricia.

La muestra de los grupos investigados, entre quienes se aplico la encuesta a las historias clínicas corresponde a:

- 230 pacientes con parto posterior a cesárea previa.

3.3.- MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Los métodos a utilizarse están relacionados con hechos reales que los detectamos en las carpetas de las pacientes con parto posterior a una cesárea, que acudieron al Hospital Provincial Martín Icaza

Método Científico

El método científico nos permite a través de la conceptualización ubicar estratégicamente en la determinación de objetos, metas y valores que nos ayudará a adquirir mayor información sobre las complicaciones maternas y perinatales en la atención del parto posterior a cesárea, siguiendo el esquema definido en el método de investigación científica.

Método Hipotético-deductivo

Se aplicará este método en la presente investigación para reconocer que a través de la hipótesis planteada, podremos conocer las complicaciones maternas y perinatales que se presentan en un parto posterior a una cesárea. Revisando los casos lograremos mediante el análisis deducir las conclusiones respectivas.

Método inductivo-deductivo

Con el método Inductivo aplicaremos la forma de razonamiento a través del cual se obtendrá conocimientos particulares a un conocimiento más general que nos hará conocer las complicaciones maternas y perinatales en las pacientes a las que se las sometió a un trabajo de parto con cesárea uterina previa, un parto vaginal posterior a cesárea.

La deducción se la hará en forma de razonamiento general mediante el cual pasamos a otra de menor generalidad, en este caso el hecho permitiría comprender que un conocimiento verdadero nos garantiza un diagnóstico real.

Método descriptivo

Se aplicará este método en la investigación para clasificar y ordenar estadísticamente la información obtenida, y de cómo se presentan las complicaciones en las pacientes que fueron sometidas a trabajo de parto con cesárea uterina previa.

Método analítico:

Este método en nuestra investigación nos permitirá conocer la incidencia de partos vaginales posteriores a una cesárea, con lo cual podremos: explicar, hacer analogías, comprender mejor el comportamiento de las complicaciones que se presentan en el parto vaginal posterior a cesárea.

Método hermenéutico:

Con este método por medio de documentos impresos como texto, historias clínicas, declararemos, anunciaremos y, por último esclareceremos que si se puede dar la atención del parto vaginal posterior a una cesárea sin complicaciones maternas y perinatales.

Técnicas aplicadas

Instrumentos de Medición

Como instrumento de medición utilizamos la encuesta que se efectuara a cada una de las carpetas de las pacientes con parto posterior a una cesárea, datos seleccionados de acuerdo a los indicadores indicados en la operacionalización de las variables.

3.4.- PROCEDIMIENTO

La investigación será elaborada, procesada y sistematizada de la siguiente manera:

- Recopilación bibliográfica.
- Construcción del marco contextual de la investigación.
- Determinación del marco teórico de la investigación.
- Definición del diseño metodológico de la investigación.
- Presentación preliminar de lo anteriormente enunciado.
- Aplicación de instrumentos de investigación.
- Tabulación y procesamiento de datos.
- Presentación final de la investigación.
- Redacción de la ejecución y propuesta de la tesis.
- Defensa y exposición.

CAPITULO IV

4.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

4.1.- TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La tabulación de datos y obtención de los resultados se realizaron por medio de los siguientes programas informáticos:

1. General

Nuestro objetivo es entregar la información debidamente sistematizada y procesada para el análisis correspondiente en función de los problemas, los objetivos y las hipótesis.

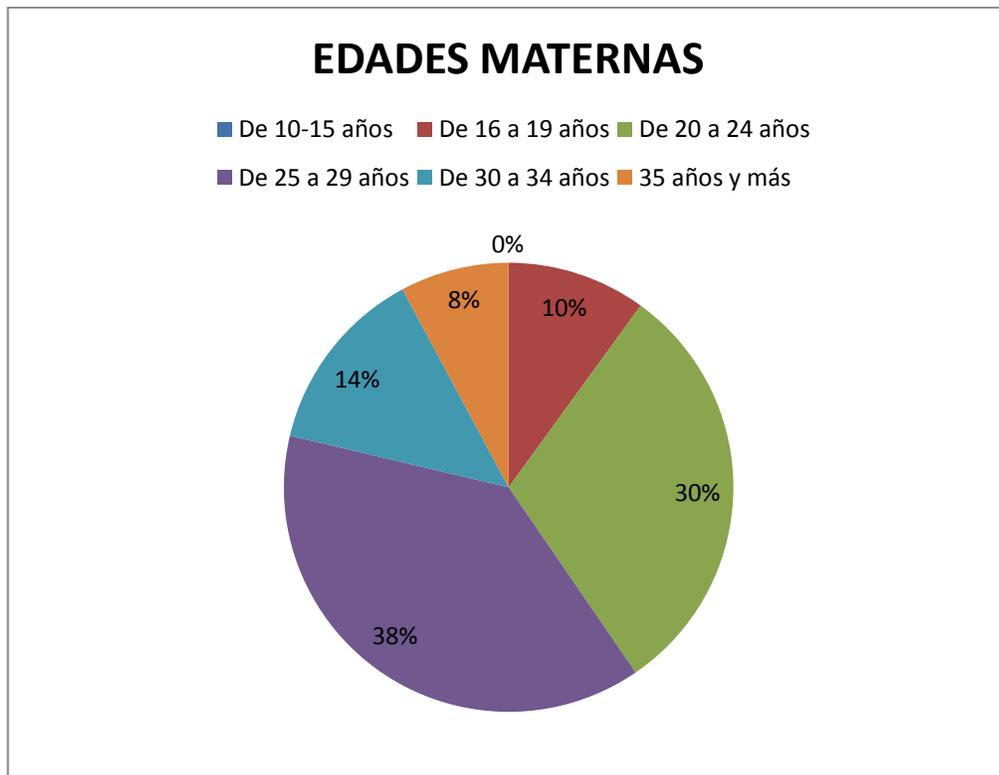
Se revisaron las historias clínicas para obtener la información necesaria, se creó una base de datos que permitió el análisis estadístico y se consideraron varias variables: la edad, el tipo de parto, la indicación de la primera cesárea, y las complicaciones.

Estos resultados están expresados en tablas y luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se emitieron conclusiones y recomendaciones

4.1.1.- Presentación de la información

Tabla 1. Cuadro Porcentual distribuido por edades de las pacientes atendidas con cesárea previas.

| Edad | Nº de Pacientes | Porcentajes |
|-----------------|------------------------|--------------------|
| De 10-15 años | 0 | 0% |
| De 16 a 19 años | 23 | 10% |
| De 20 a 24 años | 70 | 30% |
| De 25 a 29 años | 88 | 38% |
| De 30 a 34 años | 31 | 14% |
| 35 años y más | 18 | 8% |
| TOTAL | 230 | 100% |

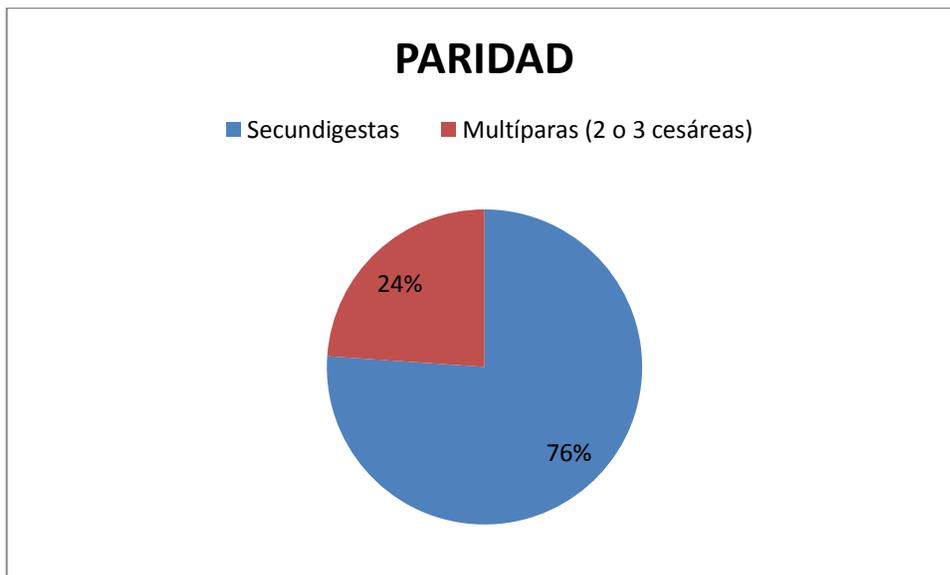


Fuente: Historias Clínicas.

En la tabla 1 se recoge la distribución por edades de las pacientes con antecedentes de una cesárea anterior que fueron atendidas; se encontró un mayor número en el grupo de 25 a 29 años (88 pacientes, para un 19%), seguido del de 20 a 24 (70, 15%) y del grupo 30 a 34 años (31, 7%).

Tabla 2. Cuadro Porcentual de acuerdo a la paridad de las pacientes atendidas con cesárea previa.

| Paridad | Nº de pacientes | Porcentajes |
|-----------------------------|------------------------|--------------------|
| Secundigestas | 175 | 76% |
| Múltiparas (2 o 3 cesáreas) | 55 | 24% |
| TOTAL | 230 | 100% |



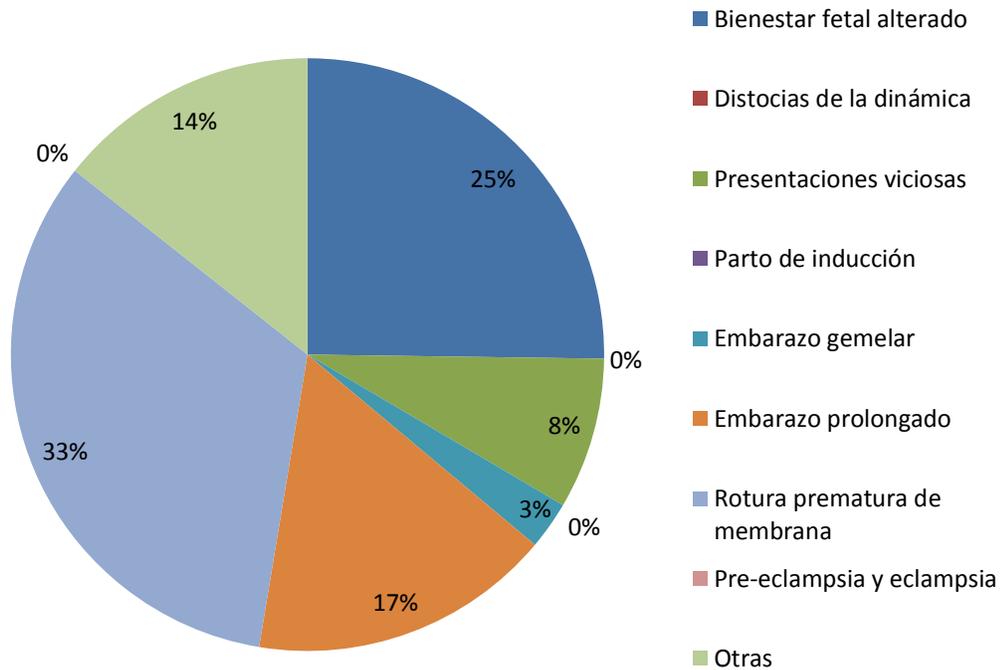
Fuente: Historias Clínicas.

En la tabla 2 recogemos la información de los antecedentes ginecoobstetricos de las pacientes con parto eutócico con cesárea previa incluyendo el parto actual, y encontramos que el mayor porcentaje fue de pacientes secundigestas -175 con (76%), seguida de pacientes que tuvieron 2 o 3 cesáreas previas que tuvieron parto vaginal porque llegaron en periodo expulsivo.

Tabla 3. Cuadro Porcentual según la indicación de la primera cesárea en las pacientes con parto eutócico.

| Causas | Nº de Pacientes | Porcentajes |
|------------------------------|------------------------|--------------------|
| Bienestar fetal alterado | 58 | 25% |
| Distocias de la dinámica | 0 | 0% |
| Presentaciones viciosas | 19 | 8% |
| Parto de inducción | 0 | 0% |
| Embarazo gemelar | 6 | 3% |
| Embarazo prolongado | 38 | 17% |
| Rotura prematura de membrana | 76 | 33% |
| Pre-eclampsia y eclampsia | 0 | 0% |
| Otras | 33 | 14% |
| TOTAL | 230 | 100% |

CAUSAS DE PRIMERA CESÁREA

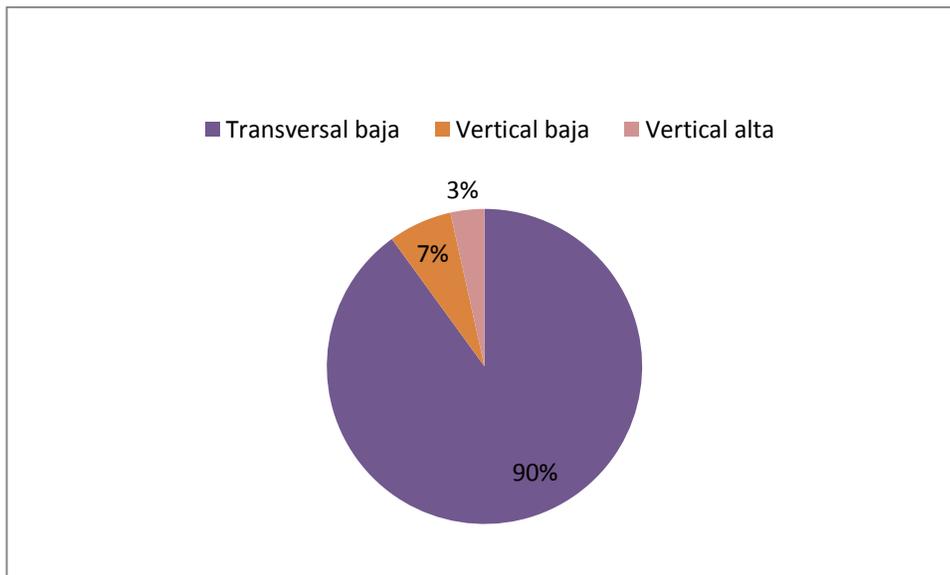


Fuente: Historias Clínicas.

En la tabla 3 se recoge la distribución según la indicación de la primera cesárea en las pacientes que presentaron parto eutócico: fue más frecuente la rotura prematura de membranas - 76 pacientes, para un 33%- , seguida del bienestar fetal alterado – (25%)-, embarazo prolongado -38 (17%)-, presentaciones viciosas 19 (8%)- y otras causas -33, (14%).

Tabla 4. Cuadro Porcentual según tipo de incisión uterina de las pacientes atendidas con cesárea previa.

| Tipos de incisión uterina | Nº de Pacientes | Porcentajes |
|----------------------------------|------------------------|--------------------|
| Transversal baja | 207 | 90% |
| Vertical baja | 15 | 7% |
| Vertical alta | 8 | 3% |
| TOTAL | 230 | 100% |



Fuente: Historias Clínicas.

En la tabla 4 se recoge la distribución según la incisión uterina de la pacientes con cesárea previa que obtuvieron parto eutócico siendo la más frecuente la transversal baja -175 para un (76%), seguida de la vertical baja -27 (12%) y vertical alta -28 (12%).

Tabla 5. Cuadro Porcentual según periodo intergenésico de las pacientes atendidas.

| Periodo Intergenésico | Nº de Pacientes | Porcentajes |
|-----------------------|-----------------|-------------|
| < 24 meses | 58 | 25% |
| >24 meses | 172 | 75% |
| TOTAL | 230 | 100% |

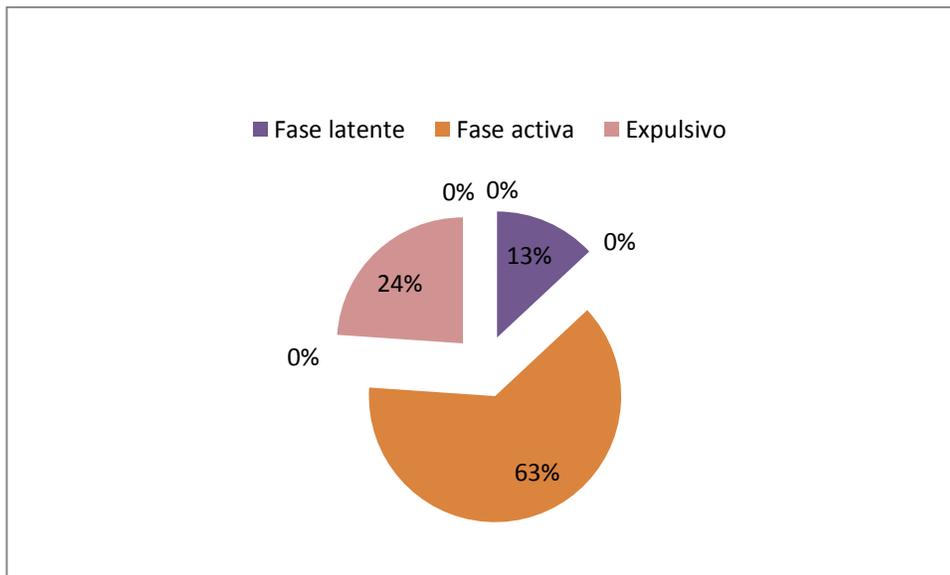


Fuente: Historias Clínicas.

En la tabla 5 se aprecia que la incidencia de partos en pacientes con periodo intergenésico mayor de 24 meses, es 25%, mientras que el menor de 24 meses es 75%.

Tabla 6. Cuadro Porcentual según diagnóstico de ingreso de pacientes con parto eutócico.

| Diagnóstico de ingreso | Nº de pacientes | Porcentajes |
|-------------------------------|------------------------|--------------------|
| Fase latente | 30 | 13% |
| Fase activa | 145 | 63% |
| Expulsivo | 55 | 24% |
| TOTAL | 230 | 100% |

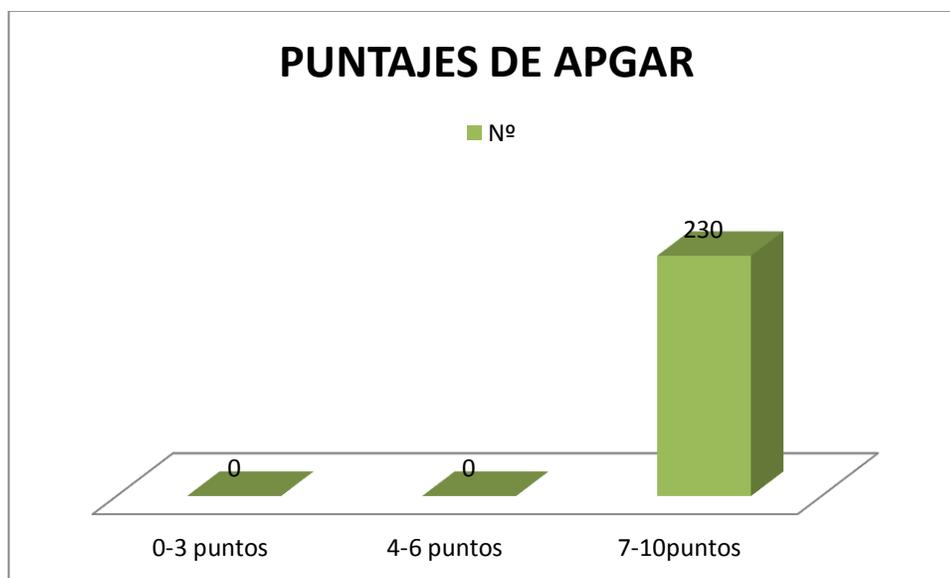


Fuente: Historias Clínicas.

En la tabla 6 se recoge información del diagnóstico clínico con el que se ingreso a las pacientes con cesárea previa y que obtuvieron parto eutócico siendo la fase activa la más frecuente -145 con (63%), seguida de la fase latente -30 (13%) y expulsivos -55 (24%).

Tabla 7. Cuadro Porcentual según puntaje de Apgar del Rn nacido por parto eutócico.

| Apgar | Nº | Porcentajes |
|--------------|------------|--------------------|
| 0-3 puntos | 0 | 0% |
| 4-6 puntos | 0 | 0% |
| 7-10puntos | 230 | 100% |
| TOTAL | 230 | 100% |

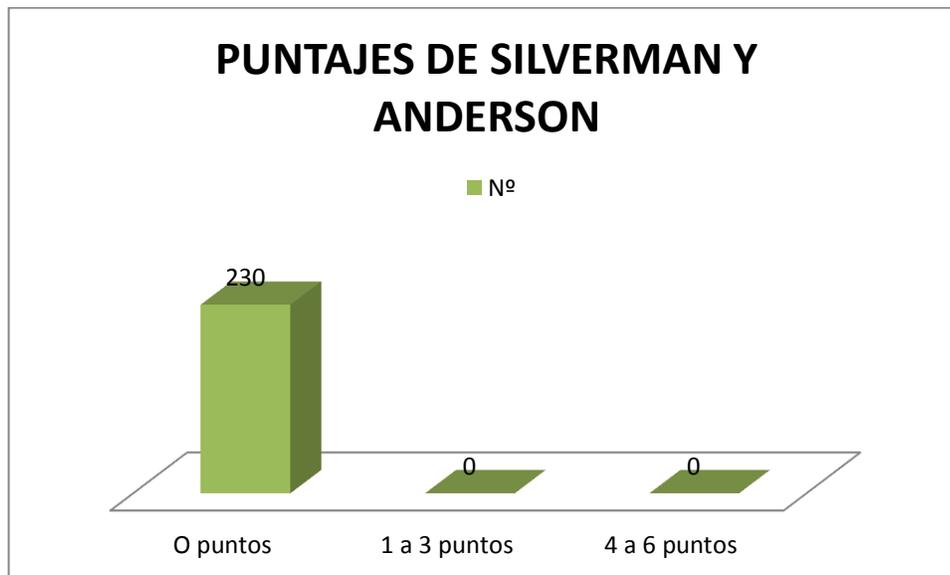


Fuente: Historias Clínicas.

En la tabla 7 se recoge información de el puntaje de Apgar de los recién nacidos por parto eutócico previo a una cesárea, siendo el puntaje más frecuente el de 7-10 el cual significa que los recién nacidos tuvieron excelente vitalidad fetal al nacer. Rn sin complicaciones.

Tabla 8. Cuadro Porcentual según puntaje de Silverman y Anderson en Rn nacidos por parto eutócico.

| Test de Silverman y Anderson | Nº de Rn | Porcentajes |
|------------------------------|------------|-------------|
| 0 puntos | 230 | 100% |
| 1 a 3 puntos | 0 | 0% |
| 4 a 6 puntos | 0 | 0% |
| TOTAL | 230 | 100% |

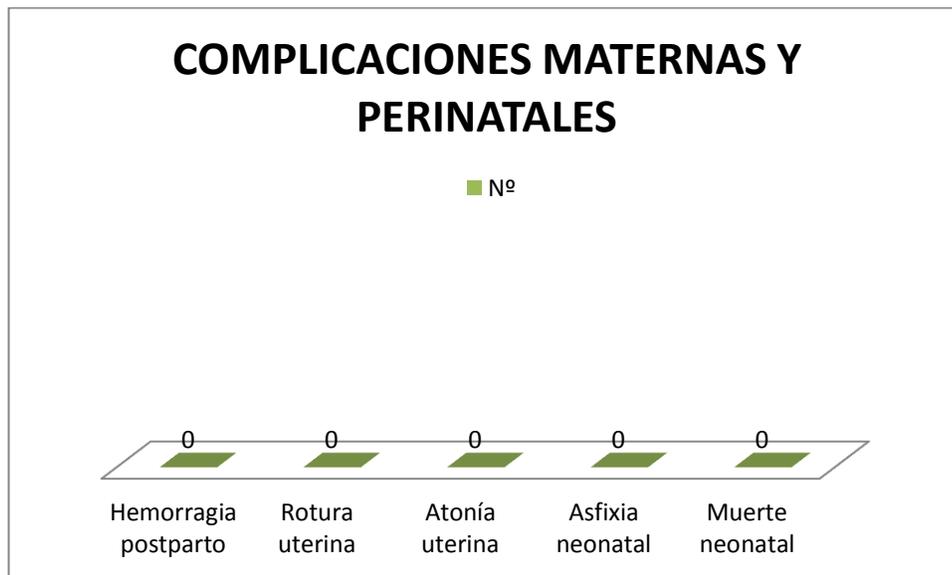


Fuente: Historias Clínicas.

En la tabla 8 se recoge información del puntaje de Silverman y Anderson de los recién nacidos por parto eutócico previo a una cesárea, la cual nos demuestra que ningún recién nacido presentó dificultad respiratoria.

Tabla 9. Cuadro Porcentual según complicaciones encontradas en las pacientes atendidas.

| Complicaciones | Nº de pacientes con complicaciones | Porcentajes |
|----------------------|------------------------------------|-------------|
| Hemorragia postparto | 0 | 0% |
| Rotura uterina | 0 | 0% |
| Atonía uterina | 0 | 0% |
| Asfixia neonatal | 0 | 0% |
| Muerte neonatal | 0 | 0% |
| TOTAL | 0 | 0% |

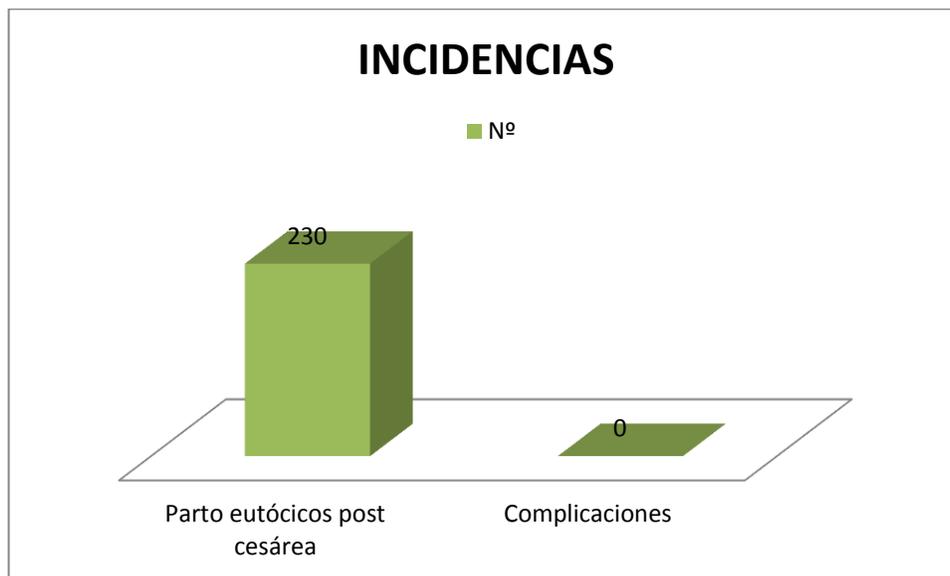


Fuente: Historias Clínicas.

En la tabla 9 se recoge la distribución según las complicaciones en las pacientes que presentaron parto eutócico y no se encontró complicaciones.

Tabla 10. Cuadro Porcentual según incidencias de parto eutócico post cesárea y sus complicaciones.

| Incidencias | Nº | Porcentajes |
|------------------------------|------------|--------------------|
| Parto eutócicos post cesárea | 230 | 100% |
| Complicaciones | 0 | 0% |
| TOTAL | 230 | 100% |



Fuente: Historias Clínicas.

En la tabla 10 encontramos que hubo 230 pacientes con parto vaginal después de cesárea (100%), y con un 0% de complicaciones esto nos da una idea de que se puede atender un parto post cesárea.

4.2.- COMPROBACIÓN Y DISCUSIÓN DE HIPOTESIS

De Todas las hipótesis planteadas en el presente trabajo ha quedado demostrado que:

- ✓ De la hipótesis general se comprueba que de las 230 pacientes atendidas en parto vaginal posterior a cesárea, no presentaron complicaciones. Queremos resaltar la ausencia de rotura uterina y dehiscencias de cicatriz anterior. Pero, sí queremos mencionar que estas complicaciones no dejan de ser las más frecuentes en una paciente con cesárea previa sometida a trabajo de parto.

El estudio también demuestra que los recién nacidos destinados al parto vaginal posterior a cesárea, no tuvieron complicaciones.

- ✓ De las hipótesis secundarias se comprueba que las complicaciones hemorrágicas, uterinas y perinatales no se presentaron en las pacientes atendidas en parto vaginal posterior a cesárea.

El alto porcentaje (100%) de parto eutócico y la baja incidencia (0%) de complicaciones inmediatas, propias del hecho de ser cesareada, nos dan una idea de la seguridad con qué se puede atender un parto vaginal posterior a cesárea.

La ausencia de roturas uterinas y de dehiscencias de cicatriz, confirman otros informes que registran la ausencia o muy poca frecuencia con que se presentan estos casos.

Es más, algunos autores sostienen que respecto a la rotura uterina, no existe diferencias entre ser o no ser cesareada previamente.

En todos las revisiones bibliográficas sobre parto vaginal posterior a cesárea el gran temor de someter a trabajo de parto a una paciente con cesárea previa es la rotura uterina, este temor se hace más fuerte cuando las pacientes presentan una incisión

uterina alta-vertical; sin embargo en el estudio se encontró que 15 pacientes con incisión uterina vertical baja (7%) y 8 pacientes con incisión uterina vertical alta (3%); han llegado a emergencia en fase expulsiva, tuvieron parto vaginal y no se presentaron complicaciones.

4.3.- CONCLUSIONES

Al término de esta investigación sobre el parto vaginal posterior a una cesárea en el área de Ginecoobstetricia del Hospital Provincial Martín Icaza, concluimos que:

1. La mayoría de las pacientes con una cesárea anterior deben intentar un parto por vía vaginal, siendo muy importante una adecuada información de riesgos y beneficios tanto a la paciente como a los familiares.
2. Para disminuir las complicaciones del parto vaginal en caso de cesárea anterior es fundamental una buena selección de las pacientes.
3. El inicio espontáneo del parto es el mejor factor pronóstico de éxito del parto vaginal, junto con la existencia de un parto vaginal previo en estas pacientes.
4. No existe contraindicación para la inducción del parto vaginal, aunque esta debe ser bien justificada y realizada con oxitocina.
5. En el estudio se encontró que 15 pacientes con incisión uterina vertical baja (7%) y 8 pacientes con incisión uterina vertical alta (3%); han llegado a emergencia en fase expulsiva, este tipo de cicatrices verticales son muy temidas ya que principalmente podrían aumentar el riesgo de causar rotura uterina, sin embargo en el grupo de pacientes que se atendió el parto con este tipo de incisión no se encontró ningún tipo de complicaciones.
6. El parto vaginal posterior a cesárea tiene una alta seguridad para la paciente, el recién nacido y el profesional, tanto por su bajo porcentaje de complicaciones, como por su estancia hospitalaria corta.

7. Recomendamos a la institución que, siempre que exista condiciones (maternas, fetales, de infraestructura, equipos y capacitación profesional), se dé la posibilidad de un parto vaginal en pacientes con cesárea previa.

CAPITULO V

5.- PROPUESTA ALTERNATIVA

TITULO: SISTEMA DE CAPACITACIÓN PARA LA SELECCIÓN Y LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESÁREA ANTERIOR.

5.1. PRESENTACIÓN

La seguridad de un parto controlado en los partos con cesárea previa constituye una de las estrategias efectivas para disminuir el índice de cesáreas.

El manejo de la paciente con dos o más cicatrices uterinas (cesáreas) es motivo de controversia y se desaconseja intentar el parto vaginal en estas pacientes. Aunque en varios países industrializados existe consenso de ofrecer la oportunidad de parto vaginal después de una o dos cesáreas previas (cesárea segmentaria), en nuestro país es aun un tema en debate y de mucha controversia. Desde hace algunos años, se viene ofreciendo el parto vaginal a la gran mayoría de nuestras pacientes con el antecedente de cesárea anterior una vez, siguiendo las recomendaciones enmarcadas en nuestro manual de normas y procedimientos de obstetricia

Disminuir el porcentaje de cesáreas ofreciendo parto vaginal a las pacientes con doble cesárea probablemente no sea la medida óptima, sino más bien, evitar las

cesáreas en primigestas, y ofreciendo una prueba de trabajo de parto vaginal segura a pacientes con una cesárea anterior.

La atención del parto vaginal en pacientes con una o más cesáreas previas, con nuestra propuesta buscamos disminuir la tasa de cesáreas iterativas, así como de cesárea primaria. Creemos, al igual que otros autores, que el parto vaginal después de una cesárea previa, protocolizado y llevado a cabo en hospitales de nuestro país, que cumplan con los requerimientos técnicos y de personal especializado, es de vital importancia en la disminución de los costos que acarrea una cesárea a las pacientes y a las instituciones que brindan servicios de salud, a si como la disminución de la estancia hospitalaria y de la morbilidad maternoperinatal.

5.2.- OBJETIVOS

5.2.1.- Objetivo General

Implementar un programa de capacitación, para la buena elección de la paciente con cesárea uterina previa y la atención del parto, en las pacientes que acuden al Hospital Provincial Martin Icaza.

5.2.2.- Objetivos específicos

- ✓ Definir las complicaciones más frecuentes.
- ✓ Identificar factores que favorecen las complicaciones para evitar el parto vaginal.
- ✓ Diseñar métodos de diagnóstico más accesibles para la buena elección de la paciente con cesárea previa.

5.3.- CONTENIDOS

5.3.1.- Parto vaginal después de una cesárea

La antigua frase de que “una vez que hubo una cesárea, siempre habrá otra”, ya no tiene validez. En el pasado, se creía que si una mujer daba a luz por cesárea una vez, todos sus demás hijos debían nacer de la misma manera. Actualmente, muchas mujeres pueden tener partos vaginales después de haber tenido un parto por cesárea. A esto se le conoce como parto vaginal después de una cesárea

5.3.2.- Posibilidades de éxito del parto vaginal posterior a cesárea

1. Incisión transversal inferior en la cesárea previa.
2. Pelvis clínicamente adecuada y tamaño normal del feto.
3. Sin otras cicatrices uterinas, anomalías, o rotura previa del útero.
4. Parto vaginal previo.
5. Entusiasmo y consentimiento informado por parte de la paciente.
6. Obstetrix disponible capaz de monitorear el trabajo de parto y el feto, y médico disponible para realizar cesárea de emergencia.
7. Anestesia, banco de sangre, personal disponible, y entrenamiento mediante simulación para parto por cesárea de emergencia.

5.3.3.- Precaución Potenciales Contraindicaciones

Una de las principales preocupaciones de un parto vaginal después de una cesárea es la posible rotura del útero, lo cual podría ser peligroso para la madre y el bebé. Por esta razón, la ACOG ha elaborado algunas contraindicaciones para las mujeres que no deben intentar tener un parto vaginal después de una cesárea. Dentro de estas contraindicaciones están:



- Incisión previa clásica o en “T”, o cirugía trasfundica previa.
- Pelvis estrecha, macrosomía, o ambas.
- Recurrencia de la indicación de cesárea inicial.
- Condición médica u obstétrica que impida el parto vaginal.
- Negativa por parte de la paciente
- Inducción con un cérvix desfavorable.
- Conducción de trabajo de parto.
- Incapacidad para realizar cesárea de emergencia.

5.3.4.- Los beneficios de un parto vaginal posterior a cesárea

Estadísticamente, casi un 60 - 80% de las mujeres que intentan tener un parto vaginal después de una cesárea son capaces de dar a luz a través de la vagina. Si se está considerando este procedimiento, existen algunas ventajas de tener un parto vaginal a tener uno por cesárea. Algunas de ellas son:

- Periodo más corto de hospitalización.
- No tener una cirugía abdominal.
- Menor riesgo de transfusión de sangre e infección.
- Recuperación total más rápida.
- Puede evitar cesáreas múltiples en el futuro.

Sin embargo, cabe destacar que algunas mujeres que tratan de tener un parto vaginal terminan con una cesárea y no tienen la oportunidad de disfrutar de estos beneficios.

5.3.5.- Riesgos

El mayor riesgo de parto vaginal después de una cesárea es la rotura del útero. El riesgo de rotura del útero con una cesárea transversal baja es de casi un 1%, mientras que el riesgo de rotura del útero con una cesárea clásica previa es de 8 a 10%. En un gran estudio reciente, aproximadamente 1 de cada 2,000 mujeres que intentaron un parto vaginal después de una cesárea también tuvieron mayor probabilidad de necesitar una transfusión de sangre y de tener una infección en sus úteros que requirió antibióticos. Por otro lado, alrededor de 3/4 de las mujeres que intentaron tener un parto vaginal lo lograron. Estas mujeres evitaron la cirugía y tuvieron una recuperación más rápida comparada con las mujeres que optaron por repetir una cesárea programada.

5.3.6.- La decisión final

La clave para tomar una decisión sobre un parto vaginal después de una cesárea está en conversar con la paciente y familiares sobre los riesgos y beneficios tanto para la paciente como para su bebé. Las circunstancias son diferentes para cada mujer y es importante buscar la orientación de la Obstetrix para hablar sobre los riesgos.

En última instancia, la decisión es de la paciente. Cuanta más información y comprensión tenga acerca de un parto vaginal después de una cesárea, más fácil será aceptar.

5.3.7.- Manejo del trabajo de parto

1. Se evalúa clínicamente a la paciente mediante el puntaje de Flamm-Geiger⁷.
2. Manejo intraparto: se recomienda monitorización eléctrica continua.
3. La inducción o estimulación con oxitocina no ha sido relacionada con rotura o dehiscencia de cicatriz previa, siempre que se la utilice moderadamente.
4. Parto: se recomienda acortar el expulsivo, vigilar el sangrado excesivo y los signos de hipovolemia posparto.

| PUNTAJE DE FLAMM-GIEGER | |
|---|-------------------|
| Variable | Puntuación |
| Menores de 40 años | 2 |
| Parto vaginal antes y después de sus cesáreas | 4 |
| Parto vaginal después de la cesárea | 2 |
| Parto vaginal antes de sus cesáreas | 1 |
| No parto vaginal | 0 |
| La primera cesárea realizada por otras causas menor DCP | 1 |
| Cérvix >75% a la admisión | 2 |
| Cérvix 25-75% a la admisión | 1 |
| Cérvix < 25% a la admisión | 0 |
| Cérvix dilatado >4cm a la admisión | 1 |

Posiblemente, para determinar qué tan aconsejable es una prueba de trabajo de parto post-cesárea, es de la mayor importancia evaluar cuidadosamente a cada paciente y la situación local. La aceptación de una prueba de trabajo de parto post-cesárea varía entre las pacientes y también esta relacionada con la forma en que es presentada por la Obstetriz.

El asesoramiento imparcial y basado en hechos, iniciado tempranamente en el embarazo proporciona la mejor preparación. Deben obtenerse los registros médicos de la paciente para revisar las circunstancias que rodearon la indicación de la(s) cesárea(s) previa(s) y para confirmar el tipo de incisión uterina. Después de un

dialogo a fondo, la Obstetrix y la paciente pueden decidir si la repetición de la cesárea es la opción más segura y más practica en sus circunstancias particulares. Sin embargo, cada mujer debe entender claramente que la cesárea electiva conlleva la posibilidad de futuras cesáreas y de riesgos significativos de complicaciones tales como placenta previa y ácreta. Se ha sugerido que el número de embarazos futuros deseados debe incluirse como factor en el proceso de la toma de decisión, pero que las intenciones originales de tener sólo uno o dos hijos podrían cambiar por circunstancias inesperadas de la vida. Debe prevalecer el sentido común. Por ejemplo, es lógico que una mujer que haya tenido un parto vaginal en su primer embarazo, cuya cesárea en el siguiente haya sido por presentación pélvica y que se encuentre ahora en trabajo de parto espontaneo con una presentación cefálica, tenga una mejor posibilidad de un PVPC exitoso que una mujer de menos de 5 pies de altura con una primera cesárea por distocia y cuyo feto en este embarazo se estima que pese por lo menos 4,000g.

Cuando se opta por el PVPC, se debe trazar y documentar un plan de manejo en registro prenatal. La paciente merece estimulo y apoyo en su decisión.

5.3.8.- CONCLUSIONES

La seguridad del parto vaginal después de una cesárea ha sido motivo de controversia desde hace más de 100 años. Cuando el intervalo interparto es menor a 24 meses, la controversia aumenta. Los resultados han sido contradictorios, en la actualidad existen criterios más flexibles en la selección de los casos de cesárea anterior para parto vaginal. Solo en caso de incisión longitudinal en el cuerpo uterino existe consenso en la contraindicación absoluta del parto por vía vaginal.

Desde la recomendación de 1981 del ACOG de fomentar la prueba de parto vaginal en gestantes con cesárea anterior, se han publicado numerosos trabajos que indican que del 60 al 80% de todas ellas culminan en un parto vaginal y con amplio margen de seguridad.

Los riesgos de la cesárea son conocidos y explicados en numerosos artículos médicos. El principal argumento lo constituía el temor a la rotura uterina; sin embargo, los estudios realizados revelan que este riesgo no es mayor a los beneficios que puedan obtenerse con un parto vaginal, y que la incidencia de esta complicación es similar a la de pacientes sin cicatrices uterinas previas, lo cual sugiere ser una alternativa razonable que ayudaría a disminuir la tasa de cesáreas y por tanto la relación costo-beneficio.

Por lo tanto se considera que: "la última decisión acerca de intentar un parto vaginal o practicar una cesárea debe ser tomada por la paciente y su obstetra después de una completa información sobre los riesgos y beneficios".

El parto postcesárea es recomendable en pacientes seleccionadas si se tienen en cuenta los riesgos y complicaciones que este puede conllevar.

5.4.- DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE LA PROPUESTA

5.4.1.- Sistema de capacitación para la elección y atención del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior.

Elaboración de los algoritmos, aplicación de los mismos en el momento de la elección y el trabajo de parto de la paciente con cesárea uterina previa.

A. Algoritmo para la selección de las pacientes en trabajo de parto con cesárea previa.

1. Determinar la existencia de causa de la primera cesárea.
2. Determinar si la paciente esta apta para un trabajo de parto.
3. Valorar la necesidad de una cesárea repetida.
4. Informar al paciente y familiares sobre el proceso y sus complicaciones.
5. Controlar el trabajo de parto adecuadamente.

5.4.2.- Estrategias efectivas para la atención

- Educación e información a las pacientes sobre las complicaciones de someterse a un parto vaginal posterior a cesárea.
- **¿Existen pasos que se pueda tomar para prevenir una cesárea?** Asistir a un centro hospitalario para una correcta planificación familiar para así evitar periodos intergenésicos muy cortos, y si se da el caso de un embarazo con una cesárea previa, acudir al centro hospitalario para un correcto control prenatal para la preparación y capacitación de un parto vaginal siempre y cuando no exista la indicación anterior.

5.4.3.- Capacitación del Recurso Humano

Sistema de capacitación, algoritmos, nuevo esquema de atención.

- Ginecólogos
- Obstetrices
- Licenciadas en enfermería
- Auxiliares de enfermería

5.4.4.- Nuevos esquemas del manejo de atención del parto en paciente con cesárea anterior.

Control Prenatal de la paciente con cesárea anterior

Se realizara con la frecuencia habitual hasta las 40-41 semanas. Debe realizarse una acabada anamnesis en torno a la indicación de la cesárea anterior y la edad gestacional de ella.

Se realizara pelvimetría clínica a las 38 semanas sólo si hay sospecha de desproporción cefalopelvica. Si la pelvimetría es anormal, se programara cesárea electiva entre las 38 y 39 semanas.

Se orientara a la paciente y familiares sobre las múltiples ventajas y los riesgos de un parto vaginal después de una cesárea (la rotura uterina es baja y oscila entre un 0,2 a 0,8%).

Se dará prueba de parto vaginal a todas las pacientes con cesárea anterior que cumplan los siguientes requisitos:

- Proporcionalidad feto-pélvica adecuada.
- Presentación cefálica.
- Peso del producto no mayor a 4000g.
- Cesárea anterior segmentaria.

Las siguientes pacientes quedaran excluidas de la prueba de parto:

- Embarazo múltiple.
- Cicatriz uterina corporal o cesárea previa antes de las 32 semanas.
- Antecedente de cirugía uterina: miomectomía, útero doble, legrados, histeroscopia.

Toda paciente con cesárea anterior es riesgo obstétrico y debe ser manejada teniendo en cuenta lo siguiente:

- Explicar a la paciente y familiares del riesgo de una cesárea anterior, y la importancia de los signos de alarma por los que tiene que asistir de inmediato al hospital, recuerde que existe la posibilidad de un parto vaginal en las cesáreas realizadas por una indicación diferente a la estreches pélvica.
- Bríndeles apoyo emocional y tranquilícela.

- Recomendarle un control prenatal más frecuente por ser un embarazo de alto riesgo.
- Depósito de sangre compatible.
- Evaluación clínica de la pelvis, especialmente en pacientes sin parto vaginal anterior.
- Admisión hospitalaria de la paciente en las 38 semanas de gestación para evaluación y control permanente.
- Esperar en lo posible el inicio del trabajo de parto.
- Durante la evolución del trabajo de parto, practicar control obstétrico permanente para detectar signos de inminencia de rotura uterina o sufrimiento fetal, asegurar una vena abierta, sangre fresca compatible, equipo obstétrico, pediátrico y de anestesia de emergencia, sala de operaciones preparada y oxígeno a la mano.
- Deje evolucionar el parto por un tiempo prudencial, el límite debe ser fijado de acuerdo a cada caso particular, teniendo en cuenta la indicación de la cesárea anterior, el tipo de cesárea realizada, complicaciones, edad, multiparidad, N° de cesáreas, N° de hijos vivos, etc.
- En el caso de cesárea electiva pura, evaluar la madurez fetal antes de la operación.
- De existir la indicación de la cesárea repetida procedemos a la misma después de 2 ó 3 Hs. de iniciado el trabajo de parto.
- Ante la existencia de dos cesáreas previas, se procede a cesárea electiva lo más cercana a la fecha probable de parto.

Con este esquema se evitara tres grandes problemas que se asocian al parto de la cesareada anterior:

1. Cesárea repetida innecesaria
2. Rotura uterina
3. Mortalidad perinatal y materna

5.5.- RECURSOS

Recurso Humano

- ✓ 2 Capacitadores

Recursos Materiales

- ✓ Equipos de audio
- ✓ Salón de conferencias
- ✓ Material impreso
- ✓ Pizarra acrílica
- ✓ Tiza líquida

5.5.- CRONOGRAMA DE EJECUCION DE LA PROPUESTA

| TEMA | METODOLOGÍA | PARTICIPANTES | RECURSO humano | RECURSO material | COSTOS/ duración |
|--|--|---|--|---|-------------------------|
| Sistema de capacitación para la elección y atención del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. | Elaboración de los algoritmos, aplicación de los mismos en cualquier fase del parto. | Obstetricas y tutor. | Para aplicación de Obstetricas y Ginecólogos | Computadora | 2 horas |
| Estrategias efectivas para la atención. | Conferencias demostrativas | Obstetricas. | Obstetricas y ginecólogos. | Pizarra acrílica Tiza líquida Folleto de apoyo | 2 horas |
| Nuevos esquemas de elección y atención. | Conferencias demostrativas | Para el personal que labora en emergencia, Ginecoobstetricia. | Pacientes. | Proyector Pizarra acrílica Tiza líquida Folleto de apoyo | 2 horas |
| Capacitación en el sistemas de de elección y atención del trabajo de parto en pacientes con cesárea uterina previa. | Conferencias demostrativas | Para el personal que labora en emergencia, Ginecoobstetricia. | Obstetricas y ginecólogos. | Proyector Pizarra acrílica Tiza líquida Folleto de apoyo | 2 horas |
| Costo total | 4 días de duración | | | | \$600 |

5.6.- PRESUPUESTO

| ACTIVIDADES | VALOR \$ |
|-----------------------|----------|
| CAPACITADORES | 500 |
| EQUIPOS DE AUDIO | 200 |
| SALON DE CONFERENCIAS | 100 |
| PIZARRA ACRILICA | 15 |
| MARCADORES ACRILICOS | 10 |
| TOTAL | 825 |

CAPITULO VI

6.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rodrigo Cifuentes B., MD, PHD GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA BASADAS EN LAS NUEVAS EVIDENCIAS 2da Edición. DISTRIBUNA Editorial, 2009. Colombia.
- 2.- Obst. Delia Crespo Antepara, Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, TRATADO DE OBSTETRICIA FISIOLÓGICA primera edición año 2000. Guayaquil – Ecuador.
- 3.- http://es.m.wikipedia.org/wiki/Hemorragia_posparto
4. - ACOG Practice Bulletin Number 115: Vagianl birth after previous cesarean delivery. Obstet Gynecol 2010; 116(2): 450-463.
- 5.http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso_2011_mmf_05_manejo_intraparto_cesárea_anterior.pdf.
- 6.- OBSTETRICIA DE WILLIAMS, 22^a. EDICIÓN
- 7.- CRAGIN, E. Conservatism in Obstetrics. N Y Med J. 1916;104:1
- 8.- PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA Por Jaime Alberto Messa A. M.D.Ginecólogo – Obstetra.
- 9.- <http://www.oocities.org/hotsprings/resort/4015/cesárea.htm/>
- 10.- Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en pacientes con cesárea previa. Instituto Nacional Materno_Perinatal-2007.
- 11.- Artículos originales, PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO CON CESAREADA ANTERIOR, Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, octubre de 2010.

12.- NACIMIENTO POR PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA. PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO VERSUS CESAREA ELECTIVA A REPETICION. ROTURA UTERINA, UNA COMPLICACION POSIBLE, Drs. Paolo Ricci A., Ernesto Perucca P., Roberto Altamirano A. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Barros Luco Trudeau. Rev. chil. obstet. ginecol. v.68 n.6 Santiago 2003.

13.- American College of Obstetricians and Gynecologists En: Medem Learning center <http://medem.com/>

14. - Parto vaginal posterior a cesárea, MANUEL ACOSTA^{*}, VICTOR CRUZ^{**}, ALDO CALERO^{***}. Ginecología y Obstetricia - Vol. 41 N°1 Enero 1995

15.- PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA PREVIA, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CALI (COLOMBIA). ESTUDIO DE COHORTE, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 62 No. 2 • Abril-Junio 2011 • (148-154).

16.- PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UN PARTO POR CESÁREA, LA ATENCIÓN DURANTE EL PARTO, TRABAJO DE PARTO Y POSTPARTO, AUTOR Spozo, PATIENT EDUCATION.

17.- Fabre FA, et al. Consideraciones éticas sobre la cesárea. Documento de consenso de la SEGO. Prog Obstet Ginecol 2001;44,46-55.

18.- Norma y Protocolo Materno, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

19.- American College of Obstetricians and Gynecologist. Evaluation of Cesarean Delivery. ACOG:Washington DC. 2000.

20.- "Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success."

CAPITULO VII

7.-

ANEXOS

MATRIZ DE RELACIONES DE PROBLEMAS, OBJETIVOS E HIPOTESIS

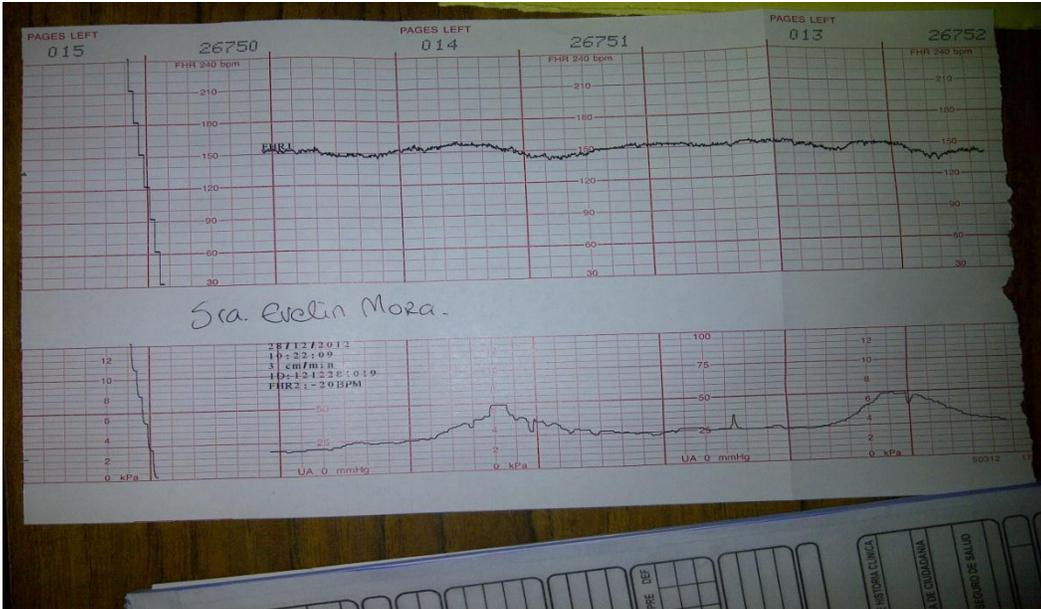
TEMA: PARTO VAGINAL POSTERIOR A UNA CESÁREA ESTUDIO A REALIZARSE EN PACIENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON ALÁREA DE G.O EN EL H.P.M.I EN EL MES DE SEPT 2011 A JULIO 2012.

| PROBLEMA GENERAL | OBJETIVO GENERAL | HIPOTESIS GENERAL |
|--|--|--|
| ¿Cuál es la incidencia de complicaciones obstétricas en un parto vaginal posterior a una cesárea, en pacientes embarazadas que asistieron al área de Ginecoobstetricia en el H.P.M.I.? | Determinar la incidencia de complicaciones obstétricas en un parto vaginal posterior a una cesárea, en pacientes embarazadas que asistieron al área de Ginecoobstetricia en el H.P.M.I., en los meses de Septiembre 2011 a Julio 2012. | La incidencia de complicaciones obstétricas en un parto vaginal posterior a una cesárea, es escasa se presenta en aproximadamente 10%; en las pacientes embarazadas que asistieron al área de Ginecoobstetricia en el H.P.M.I. |
| 1. ¿Cuál es la incidencia de complicaciones hemorrágicas en un parto vaginal posterior a una cesárea? | 1. Determinar la incidencia de complicaciones hemorrágicas en un parto vaginal posterior a una cesárea | 1. Las complicaciones hemorrágicas de un parto vaginal posterior a una cesárea son en 5%. |
| 2. ¿Cuál es la incidencia de complicaciones uterinas en un parto vaginal posterior a una cesárea? | 2. Identificar la incidencia de complicaciones uterinas en un parto vaginal posterior a una cesárea | 2. Las complicaciones uterinas de parto vaginal posterior a una cesárea son de 2%. |
| 3. ¿Cuál es la incidencia de complicaciones perinatales en un parto vaginal posterior a una cesárea? | 2. Determinar la incidencia de complicaciones perinatales en un parto vaginal posterior a una cesárea | 3. Las complicaciones perinatales en un parto vaginal posterior a una cesárea es de 3%. |

HOSPITAL PROVINCIAL MARTÍN ICAZA







NACIMIENTO DE PARTO POR CESÁREA



**PACIENTE Y RECIÉN NACIDO DESPUÉS DE PARTO EUTOCICO
SIMPLE POSTERIOR A CESÁREA**



HOJA DE ENCUESTA APLICADA A CARPETAS

Nº historia clínica: 286476

Edad: 26 años

Antecedentes Ginecoobstétricos:

- G2 P1 A0 C 1

P. Intergenésico: 2 años 3 meses

Cesárea previa: Si

Tipo de incisión uterina: Segmentaria

Motivo de cesárea anterior: Rotura prematura de membranas

Diagnóstico de ingreso: Embarazo de 39 semanas de gestación + trabajo de parto (fase activa) + CUP (1)

Tipo de parto con cesárea previa: Parto eutócico simple

Rotura uterina: No

ENCUESTA A CARPETAS DE RECIÉN NACIDO

Puntaje de Apgar al min y a los 5 min: 8 al min y 9 a los 5min

Asfixia perinatal: No

Puntajes de Silverman y Anderson: 0 puntos

Muerte Neonatal: No

CONTROL POST-PARTO

Sangrado: Normal

Nº de compresas higiénicas usadas en las 2 primeras horas de control postparto:
2

Contractibilidad uterina: Normal

HOJA DE ENCUESTA APLICADA A CARPETAS

Nº historia clínica: 310957

Edad: 33 años

Antecedentes Ginecoobstétricos:

- **G3 P1 A1 C 1**

P. Intergenésico: 4 años

Cesárea previa: Si

Tipo de incisión uterina: Vertical baja

Motivo de cesárea anterior: Embarazo prolongado

Diagnóstico de ingreso: Embarazo de 37 semanas de gestación + expulsivo + CUP
(1)

Tipo de parto con cesárea previa: Parto eutócico simple

Rotura uterina: No

ENCUESTA A CARPETAS DE RECIÉN NACIDO

Puntaje de Apgar al min y a los 5 min: 7 al min y 10 a los 5min

Asfixia perinatal: No

Puntajes de Silverman y Anderson: 0 puntos

Muerte Neonatal: No

CONTROL POST-PARTO

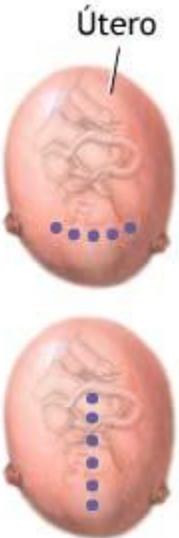
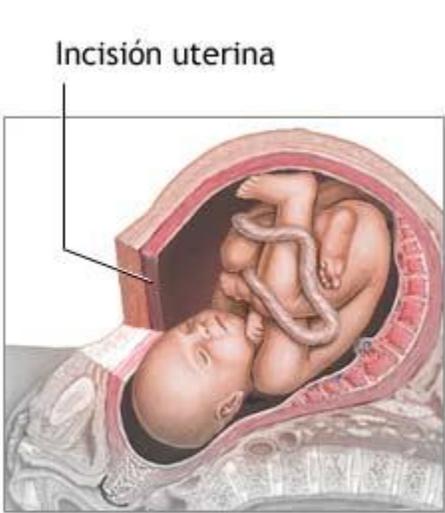
Sangrado: Normal

Nº de compresas higiénicas usadas en las 2 primeras horas de control postparto:
2

Contractibilidad uterina: Normal



TIPOS DE INCISIÓN UTERINA



ADAM.

NÚMEROS DE HISTORIAS CLÍNICAS

286476
310957
289551
56839
310994
311160
266938
99182
311585
217545
312560
218939
298666
312881
312880
223940
226245
312886
312565
311829
245305
256175
304175
313549
315033
135580
314997
315863
316135
203500
315959
315345
293409
315645
68997
183785
315918
315929
316739
149103
317757
208898
316913

317064
294554
248963
316970
318648
210596
235294
319591
360526
318246
319993
32007
319999
320029
209631
298634
320049
286455
320973
320927
321087
321166
83711
321952
193651
321760
252137
321909
321950
321182
321133
52595
281173
321137
186463
321167
321474
306051
322587
322545
322559
322744
206671
322888
321417

323446
321389
154722
322560
317884
322742
299667
322915
322834
322282
196197
322838
197664
324022
216714
324018
323586
317463
324304
181355
266959
323589
324286
191924
324052
202577
324355
140268
291941
83517

