UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN AREQUIPA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

"FRECUENCIA DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA Y SUS PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN EL HOSPITAL III GOYENECHE ENTRE LOS AÑOS 2008 AL 2013"

AUTOR:

Yosimar Gilbert Urquizo Vilca

Tesis para optar el título profesional de médico cirujano

TUTOR:

Médico Ginecobstetra Alexander Cruz Zegarra

AREQUIPA-2014

INDICE

	Página
INDICE	2
RESUMEN	3
INTRODUCCION	5
MARCO TEORICO	7
METODOS	24
RESULTADOS	26
DISCUSION	37
CONCLUSION	44
RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFIA	46

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia del parto vaginal en gestantes con cesárea previa durante el período de estudio e identificar sus principales complicaciones maternas y perinatales.

METODOS: El estudio se llevó a cabo en el servicio de ginecobstetricia del Hospital III Goyeneche entre los años 2008 – 2013, realizándose en 741 pacientes con cesárea previa que cumplieron los criterios para ser incluidas en el estudio, de dicho grupo se seleccionó a 213 pacientes que culminaron su embarazo en parto vaginal y se evaluó sus complicaciones maternas y perinatales. La recolección de datos se hizo mediante la revisión de historias clínicas y el uso de fichas de recolección de datos. Los datos se vaciaron a los programas Excel y SPSS, con los cuales se desarrolló la estadística descriptiva de la población de estudio.

RESULTADOS: De 741 pacientes con cesárea previa, 213 casos (28.7%) presentaron parto vaginal. En cuanto a las complicaciones maternas se encontró: 4 casos (1.9%) de traumatismo perineal, 1 caso (0.5%) de endometritis, 1 caso (0.5%) de conducción de trabajo de parto y no se encontró ningún caso de rotura uterina, hemorragia postparto ni muerte materna. En cuanto a las complicaciones perinatales se encontró: 2 casos (0.9%) de sepsis neonatal, 1 caso (0.5%) de APGAR <6 a los 5 minutos, 1 caso (0.5%) de asfixia perinatal, 3 casos (1.4%) de muerte fetal, 1 caso (0.5%) de óbito fetal, y ningún caso de traumatismo neonatal.

CONCLUSIONES: Se concluye que la frecuencia de partos vaginales en pacientes con cesárea previa corresponde a un 28.7%. Y las principales complicaciones materno perinatales son el traumatismo perineal con la presencia de 4 casos (1.9%) y la muerte fetal con 3 casos (1.4%).

PALABRAS CLAVE: cesárea previa, complicaciones materno-perinatales.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To determine the frequency of vaginal delivery in pregnant women with previous caesarean section during the study period and identify its major maternal and perinatal complications.

METHODS: The study was conducted in the gynecology service Goyeneche III Hospital between 2008 - 2013, performed in 741 patients with previous cesarean who met the criteria for inclusion in the study, of this group, 213 patients who had vaginal delivery was selected, and maternal and perinatal complications were evaluated. Data collection was done by reviewing medical records and using data collection sheets. Data were emptied to Excel and SPSS programs with which the descriptive statistics of the study population was developed.

RESULTS: Of 741 patients with previous cesarean section, 213 cases (28.7%) had vaginal delivery. As for maternal complications found 4 cases (1.9 %) of perineal trauma, 1 patient (0.5 %) of endometritis 1 case (0.5 %) driving labor and no case of uterine rupture was found, postpartum hemorrhage and maternal death. Regarding perinatal complications were found : 2 cases (0.9 %) of neonatal sepsis, 1 patient (0.5 %) Apgar <6 at 5 minutes, 1 case (0.5 %) of perinatal asphyxia, 3 cases (1.4 %) fetal death, 1 patient (0.5 %) of fetal death , and no cases of neonatal trauma.

CONCLUSIONS: We conclude that the frequency of vaginal delivery in patients with previous cesarean section corresponds to a 28.7 %. And the main perinatal maternal complications are perineal trauma with the presence of 4 cases (1.9%) and fetal death with 3 cases (1.4%).

KEYWORDS: previous caesarean section, maternal and perinatal complications.

1. INTRODUCCION

El parto por cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes a nivel mundial, a pesar de los múltiples y continuos esfuerzos encaminados a reducir sus tasas es notorio su incremento progresivo en las últimas décadas por causas de diversa índole. Entre los años 2005 – 2012 la tasa de cesáreas a nivel mundial fue de 18.3%, siendo en la región de Las Américas 36%, llegando en algunos países como México y Brasil a tasas superiores al 60%[9,24], en el Perú la tasa fue 23%. Nuestro hospital (Hospital III Goyeneche) no es la excepción a esta desfavorable tendencia estimándose en los últimos años un incremento en las tasas de cesáreas; en el año 2012 se registraron un total de 1997 partos de los cuales 750(37,55%) terminaron en cesárea. La ONU señala que no existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% de los partos sean por cesárea, lo cual evidencia la problemática actual que enfrentamos[6,9]. Sin embargo es notorio el alto índice de cesáreas que son indicadas actualmente en diversas regiones del mundo en especial en nuestro medio, así como su aumento progresivo[9].

Actualmente, una de las indicaciones que genera más polémica es el parto posterior a una cesárea por la dificultad que trae consigo su decisión. A principios del siglo XX era aceptado el concepto: "una vez cesárea, siempre cesárea"[3], cabe mencionar que en dicha época la técnica era la incisión corporal lo que aumentaba el riesgo de rotura uterina[32]. Hoy en día dichos conceptos han sido superados, considerando actualmente que una cesárea no siempre debe llevar a otra cesárea, razón por la cual se debe insistir en la tendencia a disminuir la tasa de cesáreas siempre procurando mantener los criterios aceptados como seguros en la obstetricia contemporánea, en este contexto la evaluación minuciosa y detallada de la paciente realizada por el ginecobstetra cumple un rol fundamental, debiendo incidir en el tipo de cesárea previa efectuada, el diagnóstico que motivó la cesárea, la evolución postoperatoria, el periodo intergenésico, entre otros[4].

En nuestro medio el parto vaginal en pacientes con cesárea previa continúa siendo una de las indicaciones más controversiales por el miedo a las posibles complicaciones materno-perinatales. El estar presente en diversas visitas médicas nos dio la oportunidad de

presenciar la evidente dificultad que acarrea esta decisión para el ginecobstetra así como el elevado número de pacientes con cesárea previa cuya indicación final es una nueva cesárea[4].

EL tema de nuestro trabajo hasta el día de hoy ha sido poco estudiado en nuestro medio, razón por la cual existe la necesidad de contar con datos actuales que permitan un análisis crítico de la magnitud del problema, es por todas esas razones que nos motivamos a realizar el presente trabajo, cuyo problema es:

¿Cuál es la frecuencia de partos vaginales en pacientes con cesárea segmentaria previa del servicio de obstetricia del hospital III Goyeneche de Arequipa-Perú y cuáles son sus principales complicaciones materno-perinatales?

Por lo tanto nuestros objetivos fueron:

- Determinar la frecuencia del parto vaginal en gestantes con cesárea previa durante el período de estudio.

- Identificar las principales complicaciones maternas y perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa.

2. MARCO TEORICO

El parto por cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes a nivel mundial, a pesar de los múltiples y continuos esfuerzos encaminados a reducir sus tasas, es notorio su incremento progresivo en las últimas décadas por causas de diversa índole. La necesidad de reducir las tasas de cesáreas va en relación con la mayor presencia de complicaciones materno-perinatales en comparación a los partos terminados por vía vaginal, lo cual constituye el efecto negativo más importante; sin embargo las cesáreas también conllevan un mayor costo económico, tanto para la población como para los servicios de salud, esto último influye en el incremento de su empleo por parte del sector privado, en un estudio realizado en hospitales privados de Latinoamérica se encontró una tasa de cesáreas del 51%[12,16]. Debemos además tomar en cuenta que el marco legal actual que rodea la práctica médica, en especial obstétrica, propicia el aumento en la práctica de cesáreas. Otras razones que pueden explicar esta situación son: aumento de la edad materna promedio, la tendencia a tener menor cantidad de hijos lo que ocasiona un aumento de nulíparas las que tienen un mayor riesgo de cesárea, diminución en el uso de fórceps medio y extracción por vacío desde el plano medio, aumento de la obesidad lo que incrementa el riesgo de cesárea, tendencia a indicar parto por cesárea en presentaciones pelvianas y principalmente en pacientes con el antecedente de cesárea previa[4].

El origen del término cesárea no está esclarecido, existen 2 teorías al respecto. Según la primera de ellas deriva del latín caedere, que significa cortar. La segunda teoría refiere su origen a la época de del emperador romano Pompilio (715 – 672 a.C.), el cual ordenó que se extraiga del vientre materno todo niño siempre y cuando la madre haya fallecido al final del embarazo. Este procedimiento fue denominado Lex Regia (Ley Real) y en la era de los césares adquirió el nombre de Lex caesarea, esta última es la teoría más aceptada[4].

A finales del siglo XIX la cesárea se posicionaba como un procedimiento superior al resto de procedimientos ginecobstétricos de la época aun en los inicios de la practica obstétrica lo que se evidencia en las palabras del otrora profesor de Obstetricia y Cirugía de la Universidad de Uppsala, Karl Gustaf Lennander en 1889: “Dentro de lo que llamamos

operación cesárea descansa un aura de grandeza, algo superior a lo mundano. Es un nombre digno para la operación por la cual bajo ciertas circunstancias, es posible, salvar dos vidas, que de otro modo estarían indefectiblemente destinadas a una muerte segura”[13].

La cesárea se define como la terminación quirúrgica del embarazo o del parto por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la cara anterior de la pared uterina (histerotomía) ante una situación de peligro de la madre o el feto o ante la imposibilidad del feto de nacer normalmente, excluyendo la remoción del feto de la cavidad abdominal en el caso de rotura uterina o en el caso de embarazo abdominal[4].

Las tasas de cesáreas a nivel local son las que se mencionan a continuación[37].

HOSPITAL	AÑO	TASA
Hospital III Goyeneche	2012	37,12%
Hospital Honorio Delgado Espinoza	2009	38.78%
Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo	2002	71,12%
Hospital III Yanahuara	2002	34,52%
Hospital de Camaná	2002	38,61%

El *American College of Obstetricians and Gynecologist Task Force on Cesarean Delivery Rates* (2000) recomendó dos marcas para el año 2010 en los estados unidos:

- Una tasa de cesáreas del 15,5% en mujeres nulípara de 37 semanas o más con embarazos únicos en presentación cefálica[16,9].
- Una tasa de partos vaginales del 37% en mujeres con embarazos únicos de 37 semanas o más con presentación cefálica y una cesárea segmentaria previa[16].

Debemos tomar en cuenta que los índices de cesáreas varían según el nivel de resolución del establecimiento médico, lo cual dificulta a muchos centros hospitalarios de referencia la

disminución de dichas tasas por la complejidad de los casos que atienden. El NOM 007 (Norma Oficial Mexicana 997, de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido) toma en cuenta los niveles de atención, y recomienda los siguientes índices de cesárea[18]:

- Hospital de nivel II, 15%.
- Hospital de nivel III, 20%.

Existen diversos criterios para clasificar una cesarea[17]:

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

- Primaria: Es la que se realiza por primera vez.
- Iterativa: Es la que se realiza en una gestante con el antecedente de una o más cesáreas previas.

Según sus indicaciones[17]:

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa critica.
- Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.

Según técnica quirúrgica[4,20,31]:

- Transperitoneal:
  - Corporal o clásica.
  - Segmento corporal (tipo Beck).
  - Segmento Arciforme (tipo Kerr).
- Extraperitoneal.

TRANSPERITONEAL

Corporal o clásica: La incisión se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: Cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea postmortem y cuando después de la cesárea se realizara una histerectomía. Sus desventajas son apertura y cierre mas difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo[4,20,31].

Segmento corporal: La incisión se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa de cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafia corporales previas. Las desventajas son similares a la técnica anterior[4,20,31].

Segmento-arciforme o transversal: Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. La incisión transversal del segmento inferior tiene la ventaja de producir menos hemorragia, permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes, adherencias escasas[4,20,31].

EXTRAPERITONEAL

Es de poco uso. Está indicada en los casos de riesgo o presencia de infección ovular, pues evita la contaminación de la cavidad abdominal y del peritoneo. Existen variables prevesicales, supravesicales, y parasupravesicales. La principal complicación de la técnica es la lesión traumática de la vejiga durante la intervención quirúrgica[4,20,31].

Indicaciones de cesárea[17,4,31]:

Indicaciones Absolutas:

- Cesárea iterativa.
- Cesárea anterior con periodo intergenésico corto.
- Sufrimiento fetal.
- Distocia de presentación (situación podálica, transversa, etc.).
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta previa centro total.
- Incompatibilidad céfalo pélvica.
- Estrechez pélvica.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Situación transversa.
- Macrosomía fetal.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Infección por Herpes activa.
- Tumores obstructivos benignos y malignos.
- Cirugía uterina previa, antecedente de plastia vaginal.
- Infección por VIH.

Indicaciones Relativas:

- Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento.
- Presentaciones anómalas.
- Anomalías fetales.
- Embarazo múltiple (tres o más fetos).
- Asimetría pélvica.
- Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia.
- Preclampsia severa, eclampsia, Síndrome de Hellp.

- Insuficiencia cardio –respiratoria.
- Enfermedad oftalmológica (miopía>6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina).

Las indicaciones más frecuentes de cesárea son[4,6,31]:

- Desproporción céfalo-pélvica.
- Cesárea previa.
- Sufrimiento fetal.
- Ruptura prematura de membranas.
- Presentación pélvica.

Al ser un procedimiento que está destinado a salvar la vida de la paciente o de su producto, no tiene contraindicación definida[17].

Complicaciones más frecuentes[17]:

- Hemorragia por atonía uterina, acretismo o desgarro uterino.
- Hematoma de la histerorrafia o Retroperitoneal.
- Lesión del tracto urinario.
- Infecciones tardías: infecciones de Herida Operatoria, Endometritis, Infecciones Urinarias.

A partir de los años 80s es notorio el aumento en la incidencia de cesáreas, siendo innecesaria en un buen número de casos, una explicación para este cambio es el incremento de la preocupación acerca de la seguridad fetal durante el trabajo de parto[6], al ser un procedimiento no exento de morbi-mortalidad materna y fetal y al ser estas incluso mayores que en los partos por vía vaginal, es necesaria la estricta revisión de sus indicaciones por parte del ginecobstetra. La ONU señala que no existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% de los partos sean por cesárea[6,9].

Hasta 1926 se practicaba únicamente la técnica conocida hoy en día como “cesárea clásica o corpórea”, la cual traía consigo un elevado riesgo de rotura uterina y mortalidad materno-fetal en pacientes sometidas a trabajo de parto posterior a la cesárea. En dicho año *Kerr* introduce la incisión transversal en el segmento como técnica alternativa, en la cual se deshacen menos fibras musculares, con lo que se consigue una mejor cicatrización de la incisión uterina, disminuyendo el riesgo de rotura uterina en dichas pacientes de un 4% con la técnica clásica a 0,5% utilizando la técnica recién introducida[3]; esto trajo consigo en las décadas posteriores numerosos trabajos que indican al parto vaginal en pacientes con cesárea anterior como una alternativa segura, razón que motivo su practica desde algunas décadas atrás en numerosos países, a pesar de ello su empleo no se ha generalizado y aun hoy en día existen controversias en cuanto a su utilización[22].

Con la finalidad de reducir el alarmante incremento en el número de cesáreas el *American College of Obstetricians and Gynecologist*, en el año 1988 recomendó aconsejar a la mayoría de mujeres que tenía una cesárea previa con incisión uterina transversal baja que intentara el trabajo de parto en un embarazo subsiguiente, lo que trajo consigo un incremento notable en la tasa de partos vaginales posteriores a un cesárea, sin embargo desde mediados de los 90', hasta la fecha se ha presentado un decremento de dicha tasa debido a posteriores boletines del *American College of Obstetricians and Gynecologist* en los cuales se recomendaba una actitud más cautelosa con respecto a dicha indicación, esto se explica por el aumento de reporte de casos de desgarro uterino en relación a la cada vez mayor tasa de embarazos terminados en cesárea[4].

En 1996 casi un tercio de las mujeres con una cesárea previa daban a luz por vía vaginal. *Pitkin* quien fuera director editorial de *Obstetries and Gynecology* en esa época, escribió: “Sin duda el cambio más notable en el ejercicio obstétrico en la última década ha sido la atención de la mujer con una cesárea previa”[4]. En el 2007 siguiendo la tendencia mencionada, las tasas de parto vaginal después de una cesárea en estados unidos disminuyeron a una cifra de 8.5%[4].

Sin duda alguna la rotura uterina constituye la complicación más temida del parto en cesareadas, además la separación de la cicatriz de una cesárea previa es la causa más frecuente de rotura uterina; en un estudio realizado en el 2002 en Nueva escocia EUA, se encontró que el 92% de todas las roturas uterinas diagnosticadas correspondían a mujeres con cesárea previa[4]; en 1996 Miller y Paul mencionan que solo 11 de 153 casos de rotura uterina no se asociaron a una cesárea previa[1,4]; sin embargo en los últimos años, con la disminución de las prueba de trabajo de parto en pacientes cesareadas, cada vez son más los estudios que sugieren que hasta la mitad de las roturas uterinas se producen en úteros no cicatrizados obedeciendo a causas como: manipulaciones traumáticas previas , anomalías congénitas, estimulación inapropiada del útero con oxitocina, versión interna durante el parto, parto difícil con fórceps, contracciones espontaneas intensas y persistentes, neoplasia trofoblastica gestacional, entre otras causas más[1,4]. Debemos considerar que adicionalmente las posibilidades de rotura uterina en pacientes con cesárea previa aumentan 2 veces en pacientes obesas, 4 veces en gestantes añosas y hasta 20 veces en grandes multíparas [1,2,4,34]. El uso de la maniobra de Kristeller, la distención excesiva del útero como sucede en embarazos múltiples, polihidramnios, hidrocefalia, etc. también aumentan el riesgo de rotura uterina[1].

La rotura uterina se define como un defecto que implica el grosor entero de la pared uterina, denominándose “incompleta” cuando el peritoneo visceral se mantiene indemne y “completa” cuando la rotura incluye el peritoneo sobrepuesto con la salida del contenido intrauterino hacia la cavidad abdomino-pélvica, siendo más altas las tasas de morbilidad y mortalidad en este último caso, requiriendo intervención quirúrgica inmediata[4]. Las anomalías en el trazado de la frecuencia cardiaca fetal acompañadas de desaceleraciones variables constituye el signo más frecuente de desgarro uterino[2,4]; Farmer en 1991 en un estudio realizado durante 6 años, reporto que en 137 casos de rotura uterina, la manifestación más común fue la presencia de desaceleraciones tardías prolongadas con un 70%[2]. Otros signos útiles en el diagnostico son el cese de la actividad uterina, sangrado vaginal, signos de hipovolemia materna, palpación abdominal de partes fetales en el caso que haya extrusión parcial o total del feto, escaso dolor e hipersensibilidad, y si la

presentación ha entrado a la cavidad pélvica se evidencia la perdida de la estación mediante la exploración táctil[4,34].

Tengamos en cuenta que la rotura puede ser sintomática en algunos casos y fácilmente diagnosticable pero también en otros casos puede ser asintomática, siendo indetectable clínicamente[1,4,20,34]. En la actualidad no está claro el beneficio de la valoración manual de la integridad de la cicatriz en pacientes asintomáticas, no obstante hay un acuerdo general en que la corrección quirúrgica de una dehiscencia corresponde solo si el cuadro presenta una hemorragia importante[4].

Uno de los estudios más extensos y exhaustivos concebidos para analizar los riesgos inherente al parto vaginal posterior a cesárea fue el realizado por la *Unit Network for Maternal-Fetal Medicine USA*, publicado en el 2004, en el cual si bien el riesgo de rotura uterina fue más alto en mujeres sometidas a parto vaginal posterior a una cesárea, el riesgo absoluto fue pequeño, cabe mencionar que en dicho estudio no se presentaron casos de desgarros uterinos en las que fueron sometidas a cesárea electiva[4].

La rotura uterina en pacientes con incisión uterina previa, tiene una elevada morbilidad y mortalidad prenatal; varios estudios reportan valores entre el 50 y 75% de mortalidad fetal, dependiendo esto del grado de implantación de la placenta luego de la rotura, de cualquier modo la única posibilidad de supervivencia fetal es la intervención quirúrgica inmediata. La mortalidad materna es mucho menor que la fetal sin embargo ésta varía considerablemente según la región geográfica, por ejemplo, en el año 2001 en Canadá se reportó menos del 0.2% mientras que en la India se reportó alrededor del 30% en el año 2007[2,4].

También debemos hacer énfasis en el periodo intergenésico pues parece lógico suponer que el riesgo de desgarro uterino se incrementa si una cicatriz de histerotomía no hubiese tenido el suficiente tiempo para cicatrizar. Se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo, según estudios por resonancia magnética la involución uterina y el restablecimiento anatómico pueden llegar a necesitar 6 meses. Intervalos inferiores a 18 meses se acompañan de un incremento de 3 veces el riesgo de desgarro uterino en comparación con intervalos mayores a 18 meses[31].

Además en pacientes multíparas, el riesgo de presentar complicaciones tales como labor de parto pretérmino, trastorno hipertensivo del embarazo, óbito, diabetes gestacional, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer aumenta a razón de un intervalo intergenésico < 24 o > 60 meses, independientemente de otras variables como la edad. Un intervalo intergenésico < 24 meses se ha asociado con una evolución perinatal adversa[5].

EL manejo de estas pacientes requiere en primer lugar un agresivo manejo hemodinámico, recomendándose la instalación de 2 vías intravenosas permeables con aguja de calibre grande, administración rápida de soluciones cristaloides para mantener la volemia y prevenir el daño a órganos diana, transfusión de componentes sanguíneos con la finalidad de mantener una adecuada oxigenación tisular, luego está el manejo quirúrgico el cual dependiendo de la observación del ginecobstetra puedes ser la reparación de la sutura, ligadura de vasos pélvicos o histerectomía. La intervención quirúrgica por medio de una laparotomía exploradora no debe tardarse, ya que si la hemorragia no se corrige, no será posible mejorar el estado hemodinámico[1].

A continuación definiremos brevemente las principales complicaciones maternas perinatales que consideramos en nuestro estudio:

A pesar de que las lesiones vulvovaginales pueden presentarse en cualquier parto, por lo general éstas se deben a una mala atención obstétrica y con frecuencia están relacionadas con la expulsión brusca de la cabeza fetal, de los hombros o de ambas; estas lesiones se presentan aun cuando el médico haya practicado la episiotomía, y es mucho más probable si tal “episiotomía” resultó poco menos que un rasguño en el periné. Las lesiones pueden ser tan superficiales y no sangrantes que no requieren mayor manejo. Éstas son las más frecuentes y es habitual observarlas a nivel periuretral o a nivel de los labios menores. Los desgarros perineales por lo regular son más profundos, tanto que pueden involucrar hasta el recto, según su extensión se dividen en distintos grados[30]. En cuanto a las lesiones de cérvix es común la erosión y la pequeña laceración cervical múltiple de no más de 5 mm que no requieren mayor manejo. Las lesiones más importantes se observan con mayor frecuencia en las comisuras labiales (a las 3 y a las 9 de las manecillas del reloj). Se

sospecha de lesión cervical al observar una hemorragia de color rojo brillante, lo cual denota que es de tipo activo a pesar de que el útero está bien contraído. Para realizar un diagnóstico de desgarro cervical se requiere de manera evidente de una buena exploración, para ello se utilizan dos valvas de Doayan y 3 a 4 pinzas Forester, así como un par de paquetes de gasas. Invariablemente se debe pedir apoyo a anestesiología[34].

La hemorragia postparto se define como la pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva al parto vía vaginal o más de 1000 cc luego de cesárea. Otros criterios que ayudan a definirla son: La presencia de cambios hemodinámicas que requiere transfusión de sangre, caída del hematocrito en más del 10% y/o 2.9 gr % en la Hemoglobina, pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal. Es una patología que explica un cuarto de las muertes maternas a nivel mundial con más de 125 000 muertes por año. En Perú, se presenta hasta en el 10% de los partos vaginales y 15% de cesáreas, y es la primera causa (40%) de muerte materna en el Perú. Las causas más comunes incluyen fallas de la contracción uterina después del parto (la cual explica hasta 90% de casos), trauma al tracto genital, retención de tejido placentario y el de la falla en el sistema de la coagulación[4,17].

La endometritis es una infección polimicrobiana ascendente del endometrio o decidua, por gérmenes que colonizan la vagina o el cérvix; con posibilidad de invadir miometrio (endomiometritis) y parametrios (endomioparametritis). Se presenta en un 5% de partos vaginales y hasta en un 15% de cesáreas. La incidencia en el Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima-Perú) para el año 2007 fue de 1% y 0.6% tras cesárea y parto vaginal, respectivamente[17].

En cuanto a las complicaciones fetales diversos datos demuestran que las calificaciones Apgar solas por lo general no son buenos factores predictivos de alteraciones neurológicas. Nelson y Ellenberg informaron en 1984 que cuando no había complicaciones obstétricas, las calificaciones de APGAR bajas por si solas no se asociaban a un riesgo alto[4]. No obstante, en los lactantes que tenían calificaciones de Apgar a los 5 min de tres o menos

en combinación con un parto complicado la frecuencia de parálisis cerebral se incrementó de manera considerable, con lo cual queda claro que la interpretación del APGAR no debe ser aislada. En cuanto a la predicción de complicaciones neurológicas mediatas e inmediatas, diversos autores fijan el punto de corte en calificaciones de Apgar iguales o menores a 6 a los 5 minutos, obteniendo resultados aceptables[4,33].

La sepsis neonatal se define como un síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas de una infección sistémica durante los primeros 28 días de vida y al menos con un cultivo positivo (Sepsis Comprobada). En nuestro país se presenta de 1 a 3 casos por cada 1000 nacidos vivos a término, se divide en sepsis neonatal temprana, entendiéndose como tal al proceso que se desarrolla antes de las 72 horas de vida con una alta mortalidad entre el 15 y 45%, y en sepsis neonatal tardía la cual se define como el proceso que se desarrolla después de las 72 horas de vida[33]. Los principales factores de riesgo son: control prenatal ausente o inadecuado, parto séptico, uso métodos invasivos (amniocentesis, fórceps, tactos vaginales repetidos, monitoreo uterino), trabajo de parto prolongado mayor de 12 horas, estancia hospitalaria prolongada, fiebre materna, ruptura prematura de membrana (RPM) mayor de 18 horas (3%), corioamnionitis con o sin RPM (3–5%), ITU en último mes con cultivo o sedimento patológico, líquido Amniótico fétido (anaerobios–marrón), purulento, taquicardia Fetal inexplicable, madre portadora de estreptococo agalactiaec prematuridad, RCIU, bajo peso, asfixia perinatal, maniobras de resucitación, anomalías congénitas (SNC y renal), entre otras mas[33].

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenazan su salud y vidas. Se define como la ausencia de: latido cardíaco, pulsación de cordón, respiración espontánea y movimientos del feto, antes de la separación completa del cuerpo de la madre desde las 22 semanas de gestación hasta el parto o desde que el feto pesa 500 g. La frecuencia en el Instituto Nacional Materno Perinatal se encuentra entre 6 – 7 por cada mil nacidos vivos, hay que tener en cuenta que en este dato se incluyen a las muertes fetales

tempranas (aborto), muerte fetal intermedia (entre las 22 y 28 semanas) y muerte fetal tardía (mayores de 28 semanas). Obedecen a causas fetales en un 10%, causas placentarias y del cordón umbilical en un 40%, causas de origen materno en un 15%, causas varias 10%, causa desconocida en un 25%[4,33].

Por el riesgo potencial de rotura uterina y del resto de complicaciones mencionadas es que el manejo del parto vaginal en pacientes con cesárea previa debe incluir adecuados controles prenatales, una detallada anamnesis y un minucioso examen físico; son situaciones que requieren vigilancia estrecha del trabajo de parto y monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal permanente; deben ser atendidos en hospitales que cuenten con sangre disponible, anestesista y posibilidad de cirugía en un tiempo no mayor de 30 minutos. Diversos estudios sugieren que la dilatación de 4 cm y la regularidad en las contracciones son buenos predictores para la ocurrencia del parto vaginal en pacientes con cesárea previa[13].

Las siguientes son algunas recomendaciones actuales para la selección de pacientes que pueden ser sometidos a parto vaginal postcesárea[4,20,31]:

- Una cesárea previa con incisión transversa baja.
- Pelvis clínicamente adecuada.
- Ninguna otra cicatriz uterina o desgarro previo.
- Medico disponible en forma inmediata durante todo el trabajo de parto activo que esté en condiciones de vigilar el trabajo de parto y llevar a cabo una cesárea de urgencia.
- Disponibilidad de anestesia y personal para la cesárea de urgencia.

En los últimos años se idearon diversos normogramas con la finalidad de estimar el pronóstico de una prueba de parto en dichas pacientes, Grobman en el 2009 y Macones en

el 2006, luego de ser sometidos a diversos estudios se concluyó: Que no permitía pronosticar en forma confiable un trabajo de parto satisfactorio, en el caso del primero, y que el desgarro uterino no era previsible con ninguna de las características clínicas individuales o múltiples tomadas en cuenta en el caso del segundo[4,12,15].

En el año 1997 se diseñó el puntaje de Flamm – Geiger, con la finalidad de estimar la tasa de éxito del parto en pacientes con cesárea previa, los escasos estudios realizados dan resultados aceptables, siendo recomendable su uso[7,36]. Los parámetros tomados en cuenta se mencionan a continuación[19]:

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:	
	antes y después de cesárea	4 puntos
	luego de primera cesárea	2 puntos
	antes de primera cesárea	1 punto
	ninguno	0 puntos
c)	Razón para primera cesárea:	
	Toda cesárea diferente a falla de progresión del parto:	1 punto
d)	Borramiento al ingreso:	
	> 75%	1 puntos
	25 - 75%	1 punto
	< 25%	0 punto

e)	Dilatación al ingreso de 4 cm o más	1 punto

Según el puntaje obtenido se describe que si este es de 0 a 2 el éxito del parto vaginal después de una cesárea es del 49%, si es de 3 a 5 será del 55% y si es de 8 a 10 el éxito será del 95%[23].

En el 2003, El Colegio Americano de Ginecobstetricia además de plantear la meta de aumentar el parto vaginal en cesareadas previas hasta el 37%, hizo énfasis en las siguientes contraindicaciones[16]:

- Que persista la indicación anterior.
- Que la cesárea fuese clásica o desconocida.
- Que el feto pese 4000 gramos o más.
- Que haya alguna contraindicación absoluta para el parto vaginal.
- Que no se pueda monitorizar el parto.
- La falta de un anestesista y un neonatólogo.

Otro de los puntos polémicos en pacientes con cesárea previa es la inducción/conducción del trabajo de parto, por el claro aumento de casos de desgarro uterino que se presentan con su uso. En un estudio realizado en Canadá en el año 2000 en el cual se incluyeron 26868 nacimientos, la incidencia total de rotura uterina fue de 0.71%, desglosando por grupos se tiene que la incidencia en partos inducidos fue de 1.4% y en partos espontáneos fue de 0.45%. Dentro de los partos inducidos, los que presentaron mayor porcentaje de rotura uterina fueron en los que se utilizó prostaglandina [4,7,21]. En el año 2001 en un estudio realizado en el hospital de Washington durante 10 años, se encontraron resultados

similares[14]. No queda duda que la inducción o la conducción del trabajo de parto trae consigo un aumento de las tasas de rotura uterina.

Hablamos de conducción en las situaciones en las que la paciente ya tiene trabajo de parto, pero es necesario regularizarlo. Se refiere a la estimulación de contracciones espontaneas que se consideran inadecuadas, evidenciadas por la falta de dilatación progresiva y descenso. Bajo este concepto podemos afirmar que es la acción de guiar las contracciones uterinas a las de un trabajo de parto normal[4,34]. Debemos diferenciarla de la inducción, la cual es un procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas de manera artificial, antes del comienzo del parto espontáneo, en un intento de que el parto tenga lugar por vía vaginal, cuando hay indicación de finalizar la gestación. En ambas situaciones se usan diversas sustancias como la dinoprostona (prostaglandina E2), 0.5 mg en presentación de gel, y el misoprostol (prostaglandina E1), no es recomendado el uso de este último, sin embargo es bastante utilizado en nuestro medio; estos fármaco por lo general se utiliza para favorecer la maduración cervical. La oxitocina es la sustancia más usada para la inducción y conducción del trabajo de parto. Las contraindicaciones absolutas para llevar a cabo este procedimiento son estrechez pélvica, placenta previa, antecedente de cesárea clásica, situación transversa, prolapso de cordón, sufrimiento fetal, entre otros[34]. Según diversos autores la presencia de una cesárea anterior no es por si sola una contraindicación para la realización de dicho procedimiento[4,34].

Por ultimo haremos mención a un Meta-análisis realizado entre los años 1989 – 1999 publicado en la *American Journal of Obstetrics & Gynecology* cuyo objetivo fue comparar pruebas de trabajo de parto con cesáreas electiva en mujeres cesareadas anteriormente. Se incluyeron quince estudios con un total de 47.682 mujeres. La ruptura uterina fue más frecuente entre las mujeres sometidas a trabajo de parto que entre los sometidos a cesárea electiva repetida (OR 2,10; intervalo de confianza del 95%, 1,45-3,05). No hubo diferencias en el riesgo de mortalidad materna entre los 2 grupos (OR 1,52; intervalo de confianza del 95 %, 0,36-6,38). Muerte fetal o neonatal (OR 1,71; intervalo de confianza 95 %, 1.28 a 2.28) y un índice de Apgar a los 5 minutos < 7 (OR 2,24; intervalo de confianza del 95%,

1,29-3,88) fueron más frecuentes en el trabajo de parto grupo que en el grupo de control. Las madres que se sometieron a una prueba de parto tenían menos probabilidades de tener fiebre (OR 0,70; intervalo de confianza 95%, 0,64 a 0,77) o para requerir transfusión (OR 0,57; intervalo de confianza del 95%, 0,42-0,76) o histerectomía (OR 0,39; intervalo de confianza del 95%, 0,27-0,57). Concluyendo que un intento de parto puede provocar pequeños incrementos en la tasa de ruptura uterina y las tasas de mortalidad fetal y neonatal con respecto a la repetición de cesárea electiva. La morbilidad materna, incluyendo la morbilidad febril, y la necesidad de transfusión o la histerectomía pueden reducirse con un trabajo de parto[8].

3. METODOS

3.1 LUGAR Y TIEMPO

El trabajo se realizó en el servicio de obstetricia del hospital III Goyeneche de la ciudad de Arequipa, entre el 1 de Julio del 2008 al 30 de junio del 2013.

3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Partos en gestantes con cesárea segmentaria previa atendidas en el servicio de obstetricia del hospital III Goyeneche.

a. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes a termino con cesárea previa.
- Presentación de vértice.
- Gestantes con edades entre los 19 y 35 años.
- Historia clínica accesible y con información requerida completa.

b. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes con indicaciones absolutas de cesárea.
- Antecedente de cesárea corporal clásica, de incisión uterina en “T” invertida, o de incisión uterina vertical inferior.
- Diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas.
- Patología materna y/o fetal diagnosticada antes del inicio del trabajo de parto.

3.3 TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO

3.3.1 TIPO DE ESTUDIO

Según la clasificación de Altman este trabajo es de tipo observacional, retrospectivo y transversal.

3.3.2 RECOLECCIÓN Y REGISTRO DE DATOS

Para medir la frecuencia de partos vaginales en paciente con cesárea segmentaria previa así como estimar las principales complicaciones materno-perinatales se recolectó información directamente de las historias clínicas obstétricas y neonatales mediante las fichas de inclusión de datos, realizándose en el periodo de tiempo señalado en el cronograma de actividades. Previamente se gestionó la autorización de la Dirección del Hospital III Goyeneche para poder acceder a las historias clínicas. La recolección fue realizada por el propio investigador para garantizar el cumplimiento del plan de recolección.

3.3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos recolectados fueron vaciados al programa SPSS 12.0 para el análisis estadístico correspondiente, y al programa Microsoft Excel versión 2007 donde se elaboraron tablas univalentes de frecuencias absolutas y relativas porcentuales para cada una de las variables en estudio.

4. RESULTADOS

TABLA 1

FRECUENCIA DE CESÁREAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHE ATENDIDAS ENTRE LOS AÑOS 2008 AL 2013

	PARTO				
AÑOS	ESPONTANEO		CESAREA		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº
2008 -2009	1386	60.60%	901	39.40%	2287
2009- 2010	1488	62.47%	894	37.53%	2382
2010- 2011	1183	63.95%	667	36.05%	1850
2011- 2012	1415	62.92%	834	37.08%	2249
2012- 2013	1247	62.44%	750	37.56%	1997
2008-2013	6719	62.42%	4046	37.58%	10765

La tabla 1 muestra que la frecuencia de cesáreas en pacientes del servicio de ginecobstetricia durante el periodo de estudio fue de 37.58%, y la de partos espontáneos fue de un 62.42%.

TABLA 2

EDAD DE LAS PACIENTES CON CESAREA PREVIA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHE ENTRE LOS AÑOS 2008 AL 2013

EDAD	Nº	%
<19	28	3.0%
Entre 19 a 35	759	81.9%
>35	140	15.1%
TOTAL	927	100%

En la tabla 2 se muestra que el 3% de pacientes con cesárea previa presentaba edades menores a 19 años, el 81.9% entre los 19 y 35 años y el 15.1% superiores a los 55 años.

TABLA 3

PARIDAD EN PACIENTES CON PARTO VAGINAL Y EL ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHE

PARIDAD	Nº	%
Primípara	112	52.6
Multípara	97	45.5
Gran multípara	4	1.9
TOTAL	213	100

En la tabla 3 se muestra que el 52.6% de las pacientes con parto vaginal y cesárea previa eran primíparas, el 45.5% multíparas, y el 1.9% gran multíparas.

TABLA 4

ESTADO NUTRICIONAL PREGESTACIONAL EN PACIENTES CON PARTO VAGINAL Y EL ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHE

ESTADO NUTRICIONAL	Nº	%
Bajo peso	12	5.63
normal	102	47.89
sobrepeso	82	38.50
obesidad	17	7.98
Obesidad mórbida	0	0
TOTAL	213	100

La tabla 4 muestra que el 5.63% de las pacientes presentaba bajo peso al inicio del embarazo, el 47.89% peso normal, el 38.5 % sobrepeso el 7.98% obesidad, y no se presentó ningún caso de obesidad mórbida.

TABLA 5

PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHE

PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO	No	%
Si	342	43.8%
No	438	56.2%
TOTAL	780	100.00%

La tabla 5 muestra que el 43.8% de las pacientes con cesárea previa fueron a prueba de trabajo de parto y el 56.2% se sometieron a una segunda cesárea

TABLA 6

INDICACION FINAL EN PACIENTES SOMETIDAS A PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO

TERMINACION	No	%
Parto vaginal	213	62.3%
Cesárea	129	37.7%
TOTAL	342	100%

La tabla 6 muestra que el 62.3% de las pacientes que fueron a prueba de trabajo de parto terminó en parto vaginal, mientras que el 37.7% tuvo como indicación final una nueva cesárea.

TABLA 7

CAUSAS DE CESAREA EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA QUE FUERON SOMETIDAS A PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO

INDICACION	No	%
Falta de descenso y progresión del trabajo de parto	43	33.3%
Sufrimiento fetal agudo	39	30.2%
Dilatación estacionaria	31	24.0%
Preclamsia	11	8.5%
Inducción fallida	5	3.9%
TOTAL	129	100.0%

La tabla 7 muestra que el 33% de dichas pacientes termino en cesárea a causa de dilatación estacionaria, el 30.2% por sufrimiento fetal agudo, el 24% por falta de descenso y progresión del trabajo de parto, el 8.5% por preclamsia y el 3.9% por inducción fallida.

TABLA 8

FRECUENCIA DE PARTOS VAGINALES EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHE

	PARTO				
AÑO	**ESPONTANEO**		**CESAREA**		**TOTAL**
	Nº	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**
2008 -2009	36	29.27%	87	70.73%	123
2009- 2010	51	30.54%	116	69.46%	167
2010- 2011	46	27.22%	123	72.78%	169
2011- 2012	42	30.88%	94	69.12%	136
2012- 2013	38	26.03%	108	73.97%	146
2008-2013	**213**	**28.74%**	**528**	**71.26%**	**741**

La tabla 8, muestra que el 28.74% de las pacientes con cesárea previa presentaron partos vaginales y el 71.26% de ellas nuevamente fueron cesareadas.

TABLA 9

CAUSA DE LA CESAREA ANTERIOR EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA QUE PRESENTARON PARTO VAGINAL EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHE

CAUSA	Nº	%
Distocia de presentación	63	29.58%
Dilatación estacionaria	49	23.00%
Sufrimiento fetal agudo	46	21.60%
Enfermedad hipertensiva del embarazo	21	9.86%
Estrechez pélvica	15	7.04%
Macrosomía fetal	14	6.57%
Embarazo doble	5	2.35%
TOTAL	213	100.00%

La tabla 9 muestra que el 29.58% de las pacientes tuvo como causa de cesárea anterior distocia de presentación, el 23 % dilatación estacionaria, el 21.6% sufrimiento fetal agudo, el 9.86% enfermedad hipertensiva del embarazo, el 7.04% estrechez pélvica, el 6.57% Macrosomía fetal y el 2.35% embarazo doble.

TABLA 10

COMPLICACIONES MATERNAS EN LAS PACIENTES CON PARTO VAGINALES Y UNA CESAREA PREVIA EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHE

COMPLICACIONES	Nº.	%
Rotura uterina	0	0
Hemorragia postparto	0	0
Muerte materna	0	0
Endometritis	1	0.5
Traumatismo perineal	4	1.9
Sin complicaciones	208	97.6
TOTAL	**213**	**100**

La tabla 10 nos muestra que en las pacientes con parto vaginal y cesárea previa el 1.9% presento traumatismo perineal, el 0.5% endometritis, y no se presentó ningún caso de rotura uterina, hemorragia postparto ni muerte materna.

TABLA 11

CONDUCCION DE TRABAJO DE PARTO EN LAS PACIENTES CON PARTOS VAGINALES EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHE

CONDUCCION DE TRABAJO DE PARTO	Nº.	%
Si	1	0.5
No	212	99.5
TOTAL	213	100

La tabla 11 nos muestra que solo hubo 1 caso en el cual se indicó conducción del trabajo de parto

TABLA 12

COMPLICACIONES EN LOS RECIEN NACIDOS DE PARTO VAGINAL EN LAS PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GOYENECHE

COMPLICACIONES	**Nº.**	**%**
Óbito fetal	1	0.5
Apgar 6 a los 5 minutos	1	0.5
Asfixia perinatal	1	0.5
Sepsis Neonatal	2	0.9
Muerte neonatal	3	1.4
Sin Complicaciones	205	96.2
TOTAL	213	100

La tabla 12 nos muestra que en los recién nacidos de parto vaginal en pacientes con cesárea previa, se presentaron 3 casos de muerte neonatal, 2 casos de sepsis neonatal, 1 caso de asfixia perinatal, 1 caso de Apgar 6 a los 5 minutos, y 1 caso de óbito fetal.

5. DISCUSION

La tabla 1 muestra que durante el periodo de estudio comprendido entre el 1 de Julio del 2008 al 30 de junio del 2013, en el Hospital Goyeneche se atendieron un total de 10765 partos de las cuales 4046 (37.58%) terminaron en cesárea, cifra muy distante a las actuales recomendaciones de la OMS y el *American College of Obstetricians and Gynecologist* quienes recomiendan una tasa no mayor al 15%[16,9]. En la misma tabla también se evalúan las frecuencias de cesáreas de los últimos 5 años por separado, lo que evidencia un descenso progresivo en los primeros 3 años seguido de un leve aumento en los últimos 2 años. A pesar de las recomendaciones, las tasas en nuestro medio continúan siendo altas, manteniendo la tendencia en la región de las Américas con una tasa de cesáreas del 36% publicada en el último reporte de la OMS[23]. El aumento de las tasas de cesáreas y la dificultad en poner en práctica medidas efectivas para disminuir dichas tasas obedecen a muchos factores de índole legal, religioso, social y económico, y nuestro hospital no está exento de dicha realidad.

La tabla 2 muestra los grupos de edades de las pacientes con cesárea previa, y de un total de 927 pacientes tomadas en cuenta en esta fase del estudio, se encontró que 759(81.9%) tenían edades entre los 19 y 35 años, encontrándose además a 140 (15%) gestantes añosas, y un reducido grupo de gestantes adolescentes que corresponde a 28 casos (3%); es comprensible el reducido número de gestantes adolescentes, pues hablamos de pacientes que cursan ya su segundo embarazo, lo que a su vez explica de manera parcial el elevado número de gestantes añosas, el aumento en este grupo de riesgo va de la mano con la tendencia mundial actual del aumento de la edad materna promedio[21]. Cabe mencionar que en nuestro estudio no se tomaron en cuenta a las gestantes añosas ni a las gestantes adolescentes, pues ambos grupos tienes 4 y 5 veces respectivamente, más probabilidad de presentar complicaciones al momento del parto que aquellas gestantes con edades comprendidas entre los 19 y 35 años, alterando de ese modo los valores reales de las complicaciones exclusivamente ligadas al parto vaginal en postcesareadas[34].

La tabla 3 muestra la paridad de las pacientes con cesaría previa que culminaron su embarazo en parto vaginal, encontrando que 112 pacientes (52.6%) eran primíparas, 97 (45.5%) multíparas, y 4 pacientes (1.9%) gran multíparas. La paridad es un factor que progresivamente incrementa la posibilidad de una rotura uterina, siendo mucho mayor en pacientes gran multíparas por lo cual era necesario identificar a estas pacientes en nuestro estudio, en el cual se encontró 4 casos de estas pacientes, ninguna de ellas presento complicaciones[1,2,4].

La tabla 4 muestra el estado nutricional de las pacientes con el antecedente de cesárea previa que presentaron parto vaginal, encontrándose 12 casos (5.63%) de bajo peso, 102 casos (47.89%) de pacientes con peso normal, 82 (38.5%) con sobrepeso, 17 casos (7.98%) con obesidad y ningún caso de obesidad mórbida. Los estados nutricionales extremos como el bajo peso y la obesidad constituyen un factor de riesgo del embarazo, sin embargo en el caso de pacientes con cesárea previa, la obesidad duplica el riesgo de morbilidad especialmente hablando de rotura uterina[2]; en nuestro estudio se encontró un reducido grupo de pacientes obesas, de las cuales solo una de ellas presento traumatismo perineal como complicación. Llama la atención el elevado número de pacientes con sobrepeso, lo que evidencia los malos hábitos alimenticios de la población gestante de nuestro estudio.

La tabla 5 muestra a las pacientes con cesárea previa que inicialmente fueron indicadas a prueba de trabajo de parto encontrándose que a 342 pacientes (43.8%) se les dio dicha indicación y al restante 46.2% se le indico cesárea electiva. Además como muestra la tabla 6, de dichas pacientes 213 (62.3%) terminaron en parto vaginal y a 129 (37.7%) se les indico una nueva cesárea. La tabla 7 menciona las causas por las cuales esas 129 pacientes que fallaron la prueba de trabajo de parto, terminaron en una nueva cesárea encontrándose que la falta de descenso y progresión del trabajo de parto fue la causa principal con 43 casos (33.3%) seguida de sufrimiento fetal agudo con 39 casos (30.2%), dilatación estacionaria con 31 casos (24%), preclamsia 11 casos (8.5%), e inducción fallida 5 casos (3,9%). En un estudio realizado en el 2003 en el hospital “Perrando Castelan” de la ciudad de Resistencia, Argentina[28], de un total de 547 pacientes, 479 (88 %) fueron a prueba de trabajo de parto”, obteniéndose 376 (78 %) partos vaginales y 103 (22 %)

fallaron la prueba culminando en una nueva cesárea cuyas indicación fueron: sufrimiento fetal Agudo en el 64%, falta de descenso y progresión del trabajo de parto 15%, cérvix desfavorable 5%, inminencia de rotura uterina 3% dilatación estacionaria 3%e inducción fallida 3%.

En nuestro estudio las principales causa de una nueva cesárea fueron la dilatación estacionaria, sufrimiento fetal agudo, falta de descenso y progresión del trabajo de parto, resultados parcialmente similares a los obtenidos en el estudio mencionado, llama la atención la presencia 5 casos de inducción fallida, siendo esta una práctica que incrementa el riesgo de rotura uterina, su indicación debería ser más controlada en aras de disminuir el riesgo de rotura uterina[28]. Cabe mencionar que en nuestro estudio el sufrimiento fetal agudo fue considerado un criterio de exclusión, sin embargo nos percatamos de un grupo de pacientes que tuvo como indicación inicial prueba de trabajo de parto, y en el transcurso de dicha prueba se hizo el diagnostico de sufrimiento fetal agudo, razón por la cual terminaron en cesárea, es por esto que este grupo de pacientes es reincluido en las tablas 5, 6 y 7, con la finalidad de obtener mayor precisión en nuestros resultados.

La tabla 8, muestra un total de 741 pacientes con cesárea previa que cumplieron los criterios para ser incluidas en el estudio, de las cuales se encontró que 213 (28.7%) culminaron su embarazo en parto vaginal y 528 (71.3%) nuevamente fueron cesareadas. En el Hospital Nacional Cayetano Heredia de la ciudad de Lima, en el año 2010 en un estudio que incluyó 1591 pacientes con el antecedente de cesárea previa la tasa de partos vaginales fue del 19%[29], El mismo año, en el Instituto Nacional Materno Perinatal(INMP) también en la ciudad de Lima se llevó a cabo un estudio en el cual de las 266 pacientes incluidas sin contraindicaciones para parto vaginal, éste fue indicado al 29,3%[10], como se puede notar las tasas de partos vaginales postcesárea del INMP son muy cercanas a las obtenidas en nuestro estudio, y si bien es cierto es una tasa aceptable, aun distan del 37% planteado como meta para el año 2010 por el American College of Obstetricians and Gynecologist[4,31] **;** A pesar de realizarse el estudio en un grupo exento de patologías y factores de riesgo adicionales, aun es clara las dificultad que trae consigo dicha indicación,

si bien diversos estudios manifiestan que el desgarro uterino y complicaciones asociadas incrementan en partos vaginales postcesárea, también afirman que el riesgo absoluto continua siendo bajo y esto no debe repercutir en gran medida en la decisión a tomar[4]. Sin embargo como ya se mencionó, en nuestro medio hay factores adicionales que influyen en el personal médico, dificultando aún más esta decisión, factores como el marco legal actual que rodea la práctica médica en especial obstétrica, sociales como el aumento de la edad materna promedio, económicos, religiosos, entre otros mas[4]. También nos muestra la tabla, los valores oscilantes de las frecuencias correspondientes a cada uno de los años de estudio, no habiendo una tendencia marcada, sin embargo cabe mencionar que la frecuencia más baja se registró en el último año de estudio con un 26.03%. y la más alta en el año anterior con un 30.88%.

La tabla 9 nos muestra las causas de cesárea previa en las pacientes que presentaron parto vaginal encontrando que 63 pacientes (29.58%) tuvieron como causa de cesárea previa distocia de presentación, 49 pacientes (23%) dilatación estacionaria, 46 pacientes (21.6%) sufrimiento fetal agudo, 21 pacientes (9.86%) enfermedad hipertensiva del embarazo, 15 pacientes (7.04%) estrechez pélvica, 14 pacientes 6.57% Macrosomía fetal y 5 pacientes 2.35% embarazo doble. La causa más frecuente de cesárea primaria en estas pacientes fue distocia de presentación. Cabe recalcar que se encontró también como causa de cesárea anterior a la estreches pélvica en 15 pacientes (7.04%), dicho diagnostico evidentemente no fue confirmado en la segunda gestación. En un estudio realizado en el año 2007 en el hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo de Arequipa[20], se encontró como causa más frecuente el feto en pélvica con 31.9% seguido de dilatación estacionaria, enfermedad hipertensiva del embarazo y sufrimiento fetal agudo (25%, 15.2%, 13.8% respectivamente). Estos datos son de interés ya que si tomamos en cuenta el estudio mejicano de R. Sánchez en el año 1999[30], en donde se encuentra que si la cesárea previa es por sufrimiento fetal, el éxito del parto vaginal es del 71 – 92%, en embarazos gemelares es del 71%, presentaciones pélvicas 84 al 91%, dilatación estacionaria del 33 al 78%, y poca probabilidad de éxito si es por desproporción feto pélvica[30].

En las siguientes tablas se evalúan la presencia de las complicaciones maternas y perinatales de las pacientes con cesárea previa que presentaron parto vaginal.

La tabla 10 evalúa las principales complicaciones maternas en las pacientes con cesárea previa que presentaron parto vaginal, mostrando la presencia de 4 casos (1.9%) de traumatismo perineal en dichas pacientes, siendo la complicación materna más frecuente en nuestro trabajo; en el estudio realizado en el INMP en el 2010[10] no se encontraron casos de traumatismo perineal en las 78 pacientes sometidas a trabajo de parto, debemos considerar que su población de estudio es más reducida en comparación a la nuestra. En el hospital Nacional Cayetano Heredia también en el año 2010, la complicación más frecuente fue endometritis (1,3%)[29]. Llama la atención que el traumatismo perineal se presente como la complicación más frecuente en nuestro estudio, hecho que no se repite en ninguno de los estudios revisados, sin embargo hay que tener en cuenta que el hospital III Goyeneche es un hospital docente con una participación activa de internos de medicina y de obstetricia en la atención de partos vaginales, lo cual deberá ser evaluado a futuro. Si bien estas lesiones pueden presentarse en cualquier parto, por lo general se deben a una mala atención obstétrica y con frecuencia están relacionadas con la expulsión brusca de la cabeza fetal, de los hombros o de ambas; estas lesiones se presentan aun cuando el médico haya practicado la episiotomía[32].

Se encontró 1 caso de endometritis (0.5%), recordemos que en el estudio realizado en el hospital Cayetano Heredia en el año 2010[29], la complicación más frecuentemente encontrada fue endometritis (1,3%) lo que es alentador en nuestro estudio, sin embargo cabe mencionar que según la *American Journal of Obstetrics & Gynecology* en un metanálisis publicado en 1999, la endometritis es mas frecuente en cesáreas que en partos vaginales[4], estando presente en un 5% de partos vaginales y hasta en un 15% de partos por cesarea[17,] valores que se encuentran muy por encima de nuestros resultados.

En nuestro estudio no se presentó ningún caso de rotura uterina sintomática, hemorragia postparto y/o muerte materna; tampoco se reportaron casos de dichas complicaciones en ninguno de los estudios revisados, cabe recordar que en los estudios mencionados solo se

incluyeron gestantes a término de presentación cefálica sin patología materna o fetal cuya incisión de la cesárea previa fue transversal baja. En lo que respecta a la rotura uterina, es alentador el no encontrar casos en nuestras pacientes a pesar de los factores de riesgo identificados tales como obesidad, multiparidad, e inducción/conducción del trabajo de parto, sin embargo no existe la certeza de no ocurrencia de casos de rotura uterina asintomática o dehiscencia ya que este dato no fue encontrado debidamente consignado en las historias clínicas. En lo que respecta a la hemorragia postparto, ésta tiene mayor presencia en pacientes con cesárea previa sometidas a una nueva cesárea[4], y la muerte materna se encuentra más ligada a la culminación de embarazos por cesárea que a los partos espontáneos[4].

La tabla 11, muestra la presencia de un solo caso (0.5%) en el cual fue necesaria la conducción del trabajo de parto, la necesidad de recurrir a la conducción del trabajo de parto pone en evidencia la presencia de contracciones uterinas espontáneas inadecuadas y las subsecuentes anomalías en la dilatación cervical y el descenso del producto, haciendo un uso riesgoso de oxitócicos en estas pacientes[4,34]. Se hizo necesaria la revisión minuciosa de las historias clínicas y cabe mencionar que no se tomaron en cuenta varias de ellas por la ambigüedad de la información brindada y/o su incorrecto llenado, lo que hace presumir su mayor utilización.

En lo que concierne a las complicaciones perinatales estas se consignan en la tabla 12; La cual muestra la presencia de 2 recién nacidos (0.9%) que presentaron sepsis neonatal, no se presentó ningún caso de dicha complicación en los estudios realizados en el INMP en el 2010[10] y en el hospital Nacional Cayetano Heredia también en el 2010[23], es oportuno mencionar que en nuestro estudio se excluyó a las madres y fetos con patologías como rotura prematura de membranas, infección del tracto urinario, corioamnionitis, fiebre materna, madres portadoras de estreptococo agalactiae, y fetos con signos de sufrimiento fetal, prematuridad, etc. Lo que nos lleva a considerar como posible causa de dichos resultados al manejo hospitalario del paciente, el uso de métodos invasivos (amniocentesis, fórceps, tactos vaginales repetidos, monitoreo uterino), estancia hospitalaria prolongada, entre otros más.

Solo se encontró 1 caso (0.5%) de recién nacido con puntaje de APGAR menor o igual a 6 a los 5 minutos y un caso de asfixia perinatal en los nacidos de las pacientes en estudio, no se evaluó la primera complicación mencionada en el INMP[10], en el hospital nacional Cayetano Heredia en el 2010[29] también se encontró un solo caso de Apgar menor a 6 a los 5 minutos. Dicho caso encontrado en nuestro estudio posteriormente fue diagnosticado de asfixia perinatal. El punto de corte fijado en 6 a los cinco minutos en el score de APGAR es útil en la predicción de complicaciones neurológicas mediatas e inmediatas[4], lo que debe ser tomado en cuenta por el ginecobstetra antes de decidir la vía de parto. Con respecto a la asfixia perinatal, en un estudio realizado en el 2007 también en el INMP[22] se encontró que de un total de 278 pacientes sometidas a parto vaginal postcesárea 12 recién nacidos (4.2%) presentaron asfixia perinatal, siendo esta la complicación neonatal más frecuente en dicho estudio y 8 veces mayor a nuestro hallazgo[22]. Para explicar esto debemos considerar que el INMP es una institución de referencia nacional, en la que se atienden pacientes referidas con embarazos complicados, lo que lleva a obtener resultados de morbilidad tan elevados como el mencionado.

La tabla 12 también nos muestra la presencia de 3 casos (1.4%) de muerte fetal, siendo esta la complicación perinatal más frecuente, mientras que en un estudio realizado en el INMP en el año 2007[22] se encontró 7 casos (2.51%) de muerte neonatal de un total de 278 recién nacidos, vale aclarar que este dato según la base de datos del sistema informático materno perinatal del Perú incluye a los recién nacidos fallecido hasta la primera semana de vida, los 3 casos encontrados en nuestro estudio corresponden a fallecimientos dentro de las primeras 24 horas de vidas no especificándose las causas en los registros consultados.

Solo se presentó 1 caso (0.5%) de óbito fetal, las causas no se esclarecen en la historia clínica quedando como un óbito de causa desconocida. Dicha variable no ha sido tomada en cuenta en los estudios revisados.

No se encontró ningún caso de traumatismo fetal en los recién nacidos de las pacientes con cesárea previa que presentaron parto vaginal. En el resto de estudios revisados tampoco se encontró casos de traumatismo neonatal.

6. CONCLUSIONES

La frecuencia de partos vaginales en pacientes con cesárea previa en el hospital III Goyeneche entre el 1 de julio del 2008 al 30 de junio del 2013, corresponde a 213 casos (28.7%), lo que es aceptable dadas las condiciones sin embargo esta cifra aún dista de las recomendaciones dadas por el *American College of Obstetricians and Gynecologist*, de alcanzar un 37% como meta máxima para el año 2010.

Las principales complicaciones materno perinatales son el traumatismo perineal con 4 casos (1.9%) y la muerte fetal con 3 (1.4%). Resultados aceptables en comparación a los estudios revisados.

7. RECOMENDACIONES

Se recomienda tomar las medidas necesarias así como el adecuado uso de los protocolos de atención de pacientes primigestas, a fin de disminuir las tasas de cesáreas primarias en nuestro medio, ya que este es el inicio estratégico para el logro de dicho objetivo.

Recomendamos además, la actualización de protocolos y lineamientos básicos en cuanto al manejo de pacientes con cesárea previa, un grupo en el que se hace necesario reducir el número de embarazos culminados en una nueva cesárea.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Ahued J, Fernández S, Bailón R. Ginecología y obstetricia aplicadas. 1º Ed. Mexico DF: Editorial El Manual Moderno S.A.; 2003.

2. Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. Obstetricia y medicina materno-fetal. 1º Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2007.

3. Cragin B: Conservatism in obstetrics. New York: *Med J* 1916; 104: 1-3.

4. Cunningham F,Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23o Ed. Méjico DF, Méjico: McGraw-Hill INTERAMERICANA EDITORES S.A.; 2011.

5. Domínguez L, Vigil-De Gracia P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Clínica e investigación en Ginecología y obstetricia 2005; 32(3)

6. Dorda C. Rebirthing: El arte de renacer a la vida. 1º Ed. Buenos aires, Argentina: Editorial Kier S.A; 2005.

7. Ebell M. Evidence- Based Diagnosis: A Handbook of clinical prediction Rules. 1º Ed. EUA: Editorial Springer S.A.; 2000.

8. Ellen L, Mozurkewich E, Hutton E: Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. Am J Obstet Gyneco 2000; 183(5); 1187 - 97.

9. Estadísticas sanitarias mundiales ONU. 2013; 102 – 4.

10. Huertas E, Pocco D. Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior. Rev Per Ginecol Obstet 2010; 56: 284-288.

11. Getahun D. Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. Onstet. Gynecol. New Jersey USA 2006 Apr; 107(4): 771-8.

12. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al: Can a prediction model for vaginal birth after cesarean also predict the probability of morbidity related to a trial of labor? Am J Obstet Gynecol 2009. 200(1): 56-57.

13. Lindo M, Paredes A, Zea C, Cienfuegos H, Limas M. Parto vaginal en cesareada anterior. Rev Per Ginecol Obstet 2004; 50: 217-222.

14. Lydon Rochelle M, HoltV. Risk of uterine ruoture during labor among women with a prior cesarean delivery. N Engl J Med 2001: 345(1): 3 – 8

15. Macones GA, Cahill AG, Stamilio DM, et al: Can uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery be predicted? Am J ObstetGynecol 2006; 195: 1148-1149.

16. Martinez M, y cols: Índice de riesgo gestacional, vía de parto y resultados perinatales Progresos de Obstetricia y Ginecología 2003; 48(5).

17. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica y De procedimientos en obstetricia y Perinatología. Lima –Peru. 2010.

18. Pacheco J, Saona P. Ginecología Obstetricia y reproducción. 1º edición. Lima: Pacheco Romero y MAD Corporación S.A; 1999.

19. Pavón L y cols. Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. Revista médica de la Universidad Veracruzana, diciembre 2002; 2(2).

20. Puma J. Factores asociados y riesgos de complicaciones materno-perinatales del parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el hospital nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo entre los años 2001 y 2006. Tesis Unas para optar el grado de bachiller.

21. Rabasia D, Wood S, Pollard J. Uterine rupture during trial of labor among women with previous cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2000; 183(5): 1176 – 1179

22. Ramires J. Complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal: Instituto Nacional Materno Perinatal 2007. Tesis para optar el título de especialista en Ginecobstetricia.

23. Ramos C. Conducta Obstétrica en gestantes con antecedentes de cesárea según score de flamm-geiger hospital Goyeneche-Arequipa setiembre 2005-agosto 2006. Tesis unas para optar el grado de bachiller.

24. Ricci A, Perucca P, Altamirano A. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. Rev. chil. obstet. Ginecol 2003; 68(6): 523-8.

25. Rodriguez Ey cols: Birth route after nterior cesarean section: associated factors.- Prog. Obstet. Ginecol 2003; 46(6):250-6.

26. Rodríguez G, León I, Segura A, Atienza M. Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior.Rev Cub Med Mil 2011; 40 (3).

27. Ryan K y Cols. Change in cesarean section rate as a reflection of the present malpractice crisis. Conn Med 2005 Mar; 69(3): 139 -41.

28. Romero A. Prueba de trabajo de parto en pacientes con antecedente de cesárea previa. Revista de Post grado de la VI catedra de medicina Argentina febrero 2004: 135.

29. Sáenz C, Santana S. Comparación de complicaciones maternas neonatales cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas. Rev Per Ginecol Obstet 2010; 56: 232-237.

30. Sánchez R, y cols. Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa. Rev Fac Med Unam 2003; 46(1)

31. Schwarcz RL, Duverges CA, Diaz AG, Fescina RH. Obstetricia. 6º Ed. Buenos Aires, Argentina: El Ateneo; 2005.

32. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, et al: Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. Obstet Gynecol 2001; 97:175-177.

33. Stanton B, Kliegman R, Schor N, Behrman R. Nelson textbook of Pediatrics. 19º Ed. Philadelphia: Editorial Mcgraw-Hill; 2011.

34. Torres E. Partos: mecanismo, clínica y atención. 1º Ed. Mexico: Editorial El Manual Moderno; 2009.

35. Vergara R, Acosta M. Experiencias en el parto vaginal postcesárea en un hospital haitiano. Rev Cubana Obstet Ginecol 2003; 29 (1): 138 - 60.

36. Vargas A, Levano A, Lazo M. Parto vaginal despues de una cesarea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital. Rev Peru Ginecil obstet 2013; 59: 261-266

37. Zevallos J. Matriz estratégica de seguimiento de indicadores a nivel hospitalario. Arequipa. 2009 ,consultado el 23 de febrero del 2014. Disponible en www.hrhdaqp.gob.pe/trasp_proyectos/planificacion/pdf/indicadores.pdf.