

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR”

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

MÓNICA LUCÍA ZEGARRA SÁNCHEZ

LIMA – PERÚ

2005

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a todas las personas que con fe, esfuerzo y dedicación hicieron posible la creación de nuestra Facultad de Medicina Humana y a quienes luchan incansablemente para convertirla en la mejor.

AGRADECIMIENTOS

A mi padre, quien desde pequeña despertó en mí el amor a la medicina y del cual aprendí el significado y la mística que implica ser médico. A mi madre, que nunca ha permitido que olvidemos que la razón de ser del médico son sus pacientes. Y a todos los pacientes que confiaron en mí, permitiéndome aprender de ellos, y que al final, son mi razón de ser.

PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR

RESUMEN:

El objetivo del estudio es elaborar un perfil clínico y determinar las principales complicaciones de las gestantes con antecedente de cesárea, sometidas a parto vaginal. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. Se evaluó 512 historias clínicas, en el HNERM-ESSALUD entre el 2001 y el 2004 utilizando una ficha de recolección de datos. La tasa de éxito para el parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea fue del 91.99%. Existe relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$), con el tipo de parto previo, teniendo las gestantes con parto vaginal posterior a la cesárea 10.2 veces (OR = 10.27, IC 95% = 1.35 – 77.79) más probabilidad de éxito para el parto vaginal. En relación a la edad gestacional, entre las 37 y 39 semanas tienen 2.6 veces (OR = 2.63, IC 95% = 1.12 – 6.15) más probabilidad de éxito para el parto vaginal. La ausencia de patología obstétrica asociada favorece el éxito del parto vaginal en 2.3 veces ($p < 0.05$, OR = 2.38, IC 95% = 1.07 – 5.35). Las pacientes que ingresan en fase activa de trabajo de parto tienen 5.5 veces (OR = 5.51, IC 95% = 1.18 – 25) más posibilidades de éxito para el parto vaginal. En cuanto al peso al nacer, los RN con menos de 4000 gr. tienen 6.8 veces (OR = 6.8, IC 95% = 2.84 – 16.47) más probabilidades de éxito para el parto vaginal. Las complicaciones en las 471 pacientes que tuvieron parto vaginal fueron 14. 23% (67), de las cuales las complicaciones mayores fueron 2.76% (13): ruptura uterina 0.21% (1), atonía y/o hipotonía uterina 0.85% (4) y hemorragia uterina 1.70% (8). El perfil clínico incluye: edad gestacional comprendida entre las 37 y 39 semanas, parto vaginal previo o posterior al antecedente de cesárea, ausencia de patología obstétrica asociada, el ingreso en fase activa de trabajo de parto y un peso al nacer menor a 4000 gr. PALABRAS CLAVES: Cesareada anterior, incidencia, perfil clínico, parto vaginal y complicaciones.

SUMMARY:

The objective of this study is to elaborate the clinical profile and to determine the main complications of the pregnant patients with antecedent of caesarean section submitted to vaginal labor. We realized an observational, descriptive, transversal study and were evaluated 512 records in Rebagliati's hospital of the Social Security between 2001 and 2004 utilizing a collect data file. The vaginal labor had a success rate of 91.99%. There is significant statistic relations ($p < 0.05$) with the prior labor type: the pregnant with vaginal labor after caesarean section have 10.2 times (OR=10.27, IC 95%=1.35-77.79) more possibilities of success of vaginal labor. As for the gestational age, 37 and 39 weeks of gestation have 2.6 times (OR = 2.63, IC 95% = 1.12 – 6.15) more probability of success for the vaginal labor. The absence of obstetric pathology associated favours the success of the vaginal labor in 2.3 times ($p < 0.05$, OR = 2.38, IC 95% = 1.07 – 5.35). The pregnant patients who enter in active phase of labor's work have 5.5 times (OR = 5.51, IC 95% = 1.18 – 25) more possibilities of success for the vaginal labor. As for the weight at the moment of birth, the newborn with less than 4000 gr. have 6.8 times (OR = 6.8, IC 95% = 2.84 – 16.47) more chances of success for the vaginal labor. The complications related to the labor were 14.23% (63) being the greater complications: rupture uterine 0.21% (1), atonic and/or hypotonic uterine 0.85% (4) and uterine hemorrhagic 1.70% (8). We conclude that the clinical profile includes: gestational age between 37 and 39 weeks, a vaginal labour prior or subsequent to the antecedent caesarean section, absence of obstetric pathology associated, the entrance during active phase of labour's work and a weight the moment of birth bellow 4000 gr. **KEY WORDS:** Previous caesarean section, incidence, clinical profile, vaginal labour and complications.

INDICE

INTRODUCCIÓN	10
REVISION BIBLIOGRAFICA	12
MATERIALES Y METODOS	16
RESULTADOS.....	19
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	45

INTRODUCCIÓN

La práctica de la cesárea en sus inicios no fue considerada una práctica segura, siendo utilizada solo en casos excepcionales, hasta que en 1950 el obstetra norteamericano D'Essopo publicó un estudio de 1.000 operaciones cesáreas consecutivas, sin una sola muerte materna.^{1,2,4} Ese anuncio tuvo resultados insospechados. Entre 1929 y 1933 el índice de cesáreas en los Estados Unidos era aproximadamente de 2%; pasando a 28.8% para el año 90 y superando el 40% para el año 2000^{21,22}, a partir de la fecha continúa subiendo constantemente.³

Dicha realidad no es ajena a nuestro país, en el Perú, según ENDES 2000, a nivel del Ministerio de Salud, se realizaron más de 35,000 cesáreas sobre un total de 303,200 atenciones de parto, lo que corresponde al 11,5%, incrementándose para el año 2001 a un 12%. El mayor número de operaciones, como era de esperarse, por la concentración poblacional, ocurre en Lima, lo cual corresponde al 28%.⁶

De otro lado, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que es un centro referencial perteneciente al Seguro Social de Salud (ESSALUD) y por lo tanto atiende a gestantes referidas de las diferentes clínicas y hospitales a nivel nacional, el año 2003 se realizaron 4274 cesáreas de un total de 7369 atenciones de parto, convirtiéndolo a nivel nacional, en el hospital con la tasa más alta de cesáreas (58%).⁶

Sin embargo y a pesar del aumento del porcentaje de cesáreas, las pacientes generalmente tienen bajo riesgo. Esto implica que gran parte del incremento de la tasa de cesáreas es resultado del manejo médico y de la ausencia de protocolos hospitalarios más que de las características inherentes a las pacientes.^{3,5}

En 1980, The National Institute of Child Health and Human Development Conference concluyeron que un 25% a 30% del incremento del índice de cesáreas

podrían ser atribuidas a las cesáreas electivas a repetición, por lo que se planteó que el parto vaginal después de un parto por cesárea, sería una manera apropiada de disminuir el incremento de las mismas.³

En los últimos 20 años muchos trabajos de investigación se han realizado , numerosos investigadores y clínicos han intentado determinar qué mujeres podrían ser sometidas a un parto vaginal después de un parto por cesárea y cuales tendrían resultados pobres si son sometidas al mismo, ya que en la actualidad aún sigue siendo controversial el manejo del trabajo de parto de la paciente con antecedente de cesárea, para lograr esto se necesita de parámetros clínicos y exámenes de ayuda diagnóstica que permitan tomar buenas decisiones clínicas en el manejo de estas pacientes y se reduzcan al mínimo los acontecimientos adversos como la ruptura uterina.³

Por estas razones el presente trabajo ha sido diseñado con el objetivo de elaborar un perfil clínico y determinar las principales complicaciones de las pacientes gestantes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal, dicha información permitirá un adecuado manejo de la paciente con antecedente de cesárea en lo que respecta a las vías de terminación del parto, haciendo que el parto vaginal sea una alternativa segura tanto para la madre como para el feto, así mismo favorecerá la reducción de la tasa de cesáreas con la consecuente disminución de los costos en la atención de la mujer gestante.

REVISION BIBLIOGRAFICA

La paciente gestante con antecedente de cesárea se ha convertido en los últimos años en tema de múltiples trabajos de investigación, debido a lo especial de su condición y a lo controversial de su manejo. Esto último es mayor en lo que respecta a las vías de culminación del parto. En la actualidad existe gran cantidad de literatura extranjera que reporta resultados que podrían favorecer al parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea, sin embargo, no toda la literatura goza de aceptación y muy pocos trabajos son considerados lo suficientemente serios como para ser tomados en cuenta. En nuestro medio, se han realizado pocos trabajos de investigación sobre el tema, y una de las causas son los problemas relativos a las fuentes de información que faciliten la realización de los mismos.

Así, dentro de la literatura revisada encontramos trabajos como los de Flamm BL, Geiger AM, los cuales en 1997 publican un estudio multicéntrico realizado en 2502 mujeres post-cesareadas donde encuentran un aumento significativo de partos vaginales después de un parto por cesárea para las mujeres menores de 40 años comparado con aquellas mayores de 40 años. Además las pacientes post-cesareadas que han tenido un parto vaginal tienen 9 veces más probabilidades de tener un nuevo parto vaginal en la siguiente gestación, en comparación con aquellas que no tuvieron un parto vaginal tras la cesárea. Asimismo las mujeres que han tenido un parto vaginal antes del parto por cesárea tienen 1,5 a 1,8 veces más probabilidades de tener un nuevo parto vaginal después del parto por cesárea comparado con las mujeres sin una historia previa de parto vaginal.⁵

Zelop CM, y col., en un estudio retrospectivo de cohorte en 2775 mujeres en el 2001, demostraron que la edad gestacional mayor de 40 semanas está asociada a una menor probabilidad de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea

comparado con aquellas con edad gestacional menor de 40 semanas, tanto en el trabajo de parto espontáneo como en el inducido. Sin embargo el riesgo de ruptura uterina no aumenta substancialmente después de las 40 semanas. Mientras que sí se observó un aumento en el riesgo de ruptura uterina en aquellas pacientes que tuvieron inducción del trabajo de parto sin importar la edad gestacional. Por último concluyeron que esperar el trabajo espontáneo después de las 40 semanas de edad gestacional no disminuye la probabilidad de un parto vaginal sin complicaciones.²⁷

Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E., en el 2001 en un estudio conformado por 2749 mujeres post-cesareadas, encuentran que el índice de la ruptura uterina para las mujeres sometidas a trabajo de parto con RN que pesaban menos o igual a 4000 gr. era 1,0% contra un 1,6% para aquellas con RN que pesaban más de 4000 gr., aunque el análisis logístico de regresión reveló un índice algo más alto de ruptura uterina asociado a pesos al nacimiento mayores a 4000 gr. (IC al 95%, 0,7-4,1), esta diferencia no es estadísticamente significativa. Sin embargo, cuando se evaluó el índice de la ruptura uterina para las mujeres con RN que pesaban más de 4250 gr. el porcentaje se elevaba a 2,4%, por lo que concluyeron que las mujeres post-cesareadas con ponderado fetal sospechado mayor de 4000 gr. podrían ser sometidas a parto vaginal dado que el índice de ruptura uterina asociada a estos pesos no parece aumentar substancialmente en comparación a pesos más bajos al nacimiento. Sin embargo, uno debe aplicar cierta precaución en mujeres con infantes que pesan más 4250 gr., es importante observar que estos resultados representan el peso real al nacimiento.²⁸

Mohammed A. Elkousy y col., en el 2003 realizan una investigación que cuenta con 9960 mujeres gestantes con antecedente de cesárea, sometidas a parto vaginal entre los años 1995 a 1999 donde encuentran que el parto vaginal tuvo un porcentaje de éxito del 74% en total. El parto vaginal total después del parto por cesárea tuvo una tasa de éxito del 65%, 94%, 83%, y 93%, para los grupos 1 (mujeres gestantes con antecedente de cesárea sin partos vaginales anteriores), 2

(mujeres gestantes con antecedente de cesárea con historia de un parto vaginal posterior a la cesárea), 3 (mujeres gestantes con historia de parto vaginal antes del parto por cesárea) y 4 (mujeres gestantes con historia de partos vaginales, antes y después del parto por cesárea), respectivamente. Un análisis de los pesos neonatales al nacimiento de: más de 4000 gr., entre 4000 a 4249 gr., entre 4250 a 4500 gr., y mayores a 4500 gr., demostró en el grupo 1 una disminución en los partos vaginales al 68%, 52%, 45%, y 38%, respectivamente. En los grupos restantes (2, 3 y 4), no hubo una tasa por debajo del 63% para cualquiera de los pesos evaluados. Además para el grupo 1, se observó que el parto vaginal disminuía cuando la indicación para la cesárea previa había sido desproporción céfalo-pélvica. El porcentaje de ruptura uterina (3,6%) fue más alta en las mujeres del grupo 1 para los RN con pesos al nacimiento, mayores o iguales a 4000 gr.¹⁸

Hammoud A, Hendler I, Gauthier RJ, Berman S, Sansregret A y Bujold E. en el 2004 realizan un estudio de cohorte en pacientes mujeres con antecedente de cesárea, sometidas a parto vaginal entre 1988 y 2002. Dividieron a las pacientes en tres grupos según edad gestacional: 24-36 semanas 6 días, 37-40 semanas 6 días y mayor o igual a 41 semanas, encontraron que conforme avanza la edad gestacional se asocia a índices más altos de ruptura uterina y la tasa de éxito de parto vaginal era perceptiblemente más baja (el 83%, 76,9% y el 62,6% respectivamente).¹⁰

Dentro de los estudios de alta calidad revisados estos promueven una creciente posibilidad de parto vaginal para las mujeres con cesárea anterior que cumplan los siguientes criterios: edad materna menor de 40 años, un diagnóstico diferente al que motivó la cesárea previa y que la dilatación cervical sea favorable. Así mismo, se observa que factores como mujeres con un número creciente de cesáreas anteriores, una edad gestacional mayor de 40 semanas y un peso mayor de 4000 gr. al nacimiento indicarían un fracaso en el intento de parto vaginal y un aumento en las complicaciones.^{27,28,14,25}

Lindo Pérez M y col., en el 2005 realizan un estudio retrospectivo y descriptivo en el Hospital Uldarico Rocca Fernandez, en 298 gestantes a término con antecedente de cesárea entre los años 2000-2004 obteniendo una tasa de éxito del 54.7% en parto vaginal de donde el 99.4% de los RN tuvieron un APGAR mayor o igual a 7 a los 5 minutos, concluyendo que el parto vaginal en una gestante con antecedente de cesárea se considera seguro, con altas probabilidades de éxito y mínimo riesgo de ruptura uterina.¹⁵

MATERIALES Y METODOS

Lugar de estudio._ El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD de Lima, es un hospital referencial localizado en el Distrito de Jesús María. El Servicio de Gineco-obstetricia cuenta con una alta tasa de cesáreas, el 58% (4274) del total de nacimientos (7369) en el año 2003 convirtiéndolo en el hospital a nivel nacional con la tasa más alta de cesáreas, lo que permite contar con una población representativa necesaria para la elaboración del presente trabajo.

La mayoría de pacientes hospitalizados ingresan por el Servicio de Emergencia y el manejo de las pacientes con antecedente de cesárea que acuden al hospital para la conducción del trabajo de parto es de acuerdo al protocolo del hospital donde no se contempla el uso de oxitocina para la inducción del trabajo de parto, ni el uso de prostaglandinas para la maduración cervical.

Sujetos de estudio.- La población estudiada está conformada por el total de las gestantes (620) con antecedente de cesárea hospitalizadas y registradas según información obtenida a partir de los libros de estadística del servicio de Emergencia de Gineco-Obstetricia, durante el período comprendido entre enero del 2001 a diciembre del 2004. De las 620 pacientes, 12 historias clínicas no fueron encontradas y 96 no cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, establecidos previamente, por lo tanto un total de 108 historias clínicas fueron excluidas del estudio. Finalmente quedaron 512 pacientes gestantes con antecedente de cesárea, evaluadas en junta médica y sometida a parto vaginal, quienes ingresaron al estudio.

Las pacientes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: Pacientes gestantes sometidas a parto vaginal con antecedente de cesárea previa, pacientes cuyo antecedente de cesárea sea de tipo segmentaria transversa, gestantes con antecedente de cesárea con feto único y gestantes con antecedente de cesárea en presentación

cefálica. Se excluyó a las pacientes cuya historia clínica no estaba disponible, pacientes cuya historia clínica estaba incompleta, pacientes con antecedente de cesárea corporal clásica, pacientes con antecedente de miomectomía y pacientes con dos o más cesáreas anteriores.

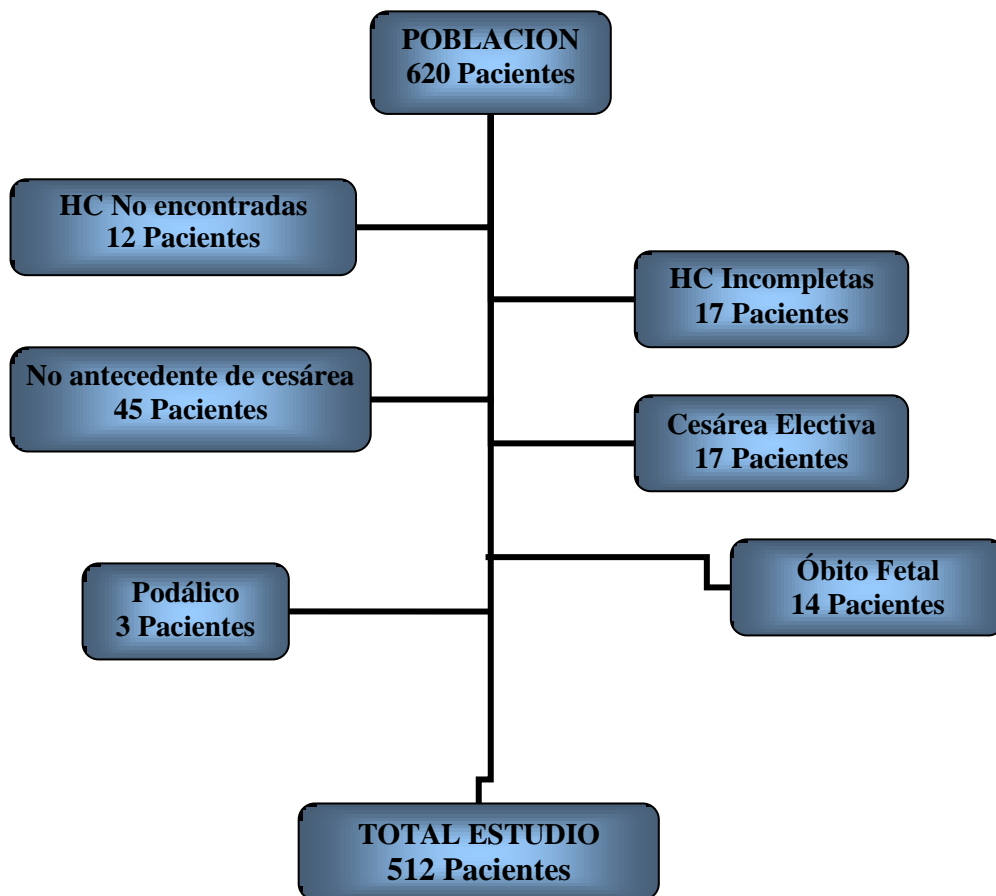


Figura 1. El gráfico muestra la distribución de los pacientes retirados del estudio de acuerdo a los criterios de exclusión.

Recolección de datos.- **La recolección de datos estuvo a cargo del investigador. Para la recolección de datos se elaboró una ficha de recolección de datos incluyendo como variables: edad materna, tipo de parto previo, edad**

gestacional, patología obstétrica asociada, dilatación al ingreso, acentuación del trabajo de parto, número de controles prenatales, periodo intergenésico, peso del recién nacido, APGAR, complicaciones maternas, grado de instrucción y estado civil.

la relación de pacientes que ingresaron al estudio fue obtenida del libro de hospitalizaciones de Emergencia de Gineco-Obstetricia del HNERM. Con la lista se acudió a Archivo de Historia Clínicas del HNERM y se solicitó la totalidad de las mismas, se descartaron para el estudio las pacientes cuya historias clínicas estaban incompletas o no se encontraban durante el periodo de estudio.

Las pacientes que contaron con historias clínicas completas ingresaron al estudio y se procedió a recoger la información necesaria para la elaboración del presente trabajo, en concordancia con las variables, mediante la aplicación de una ficha confeccionada especialmente para el estudio.

Sólo fueron tomados de las Historias Clínicas de las pacientes que ingresaron al estudio los datos referentes al objetivo del trabajo y al contenido de la ficha de recolección de datos, manteniendo en reserva cualquier otra información adicional contenida dentro de la historia clínica, protegiendo así, la confidencialidad de las pacientes.

El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de grados y títulos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, recibiendo autorización para su ejecución por parte de las autoridades respectivas.

Análisis Estadístico.- Para todas las variables se determinó frecuencias y porcentajes. El análisis estadístico incluyó la estimación de proporciones con intervalo de confianza, para lo cual se consideró una confiabilidad de 95%. El cálculo de asociación entre variables cualitativas se realizó a través de la prueba de Chi cuadrado, considerándose significativo si $P < 0.05$. No se hizo cálculo de la muestra por cuanto los sujetos de estudio incluyen a toda la población. El procesamiento de datos y los cálculos se hicieron con el programa SPSS 13.0.

RESULTADOS

De las 512 pacientes gestantes con antecedente de cesárea que completaron el estudio, 471 tuvieron parto vaginal, frente a 41 que terminaron en cesárea, obteniéndose una tasa de éxito del 91.99% para el parto vaginal. Siendo la distribución por años de 87 (16.99%), 123 (24.02%), 123 (24.02%) y 179 (34.97%) pacientes en los años 2001, 2002, 2003 y 2004 respectivamente. **TABLA N° 01. A.**

TABLA N° 01. A: Distribución de la población de estudio por años y por vía final del parto en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Término	cesárea anteriores sometidas a parto vaginal				
	2001	2002	2003	2004	Total
P. Vaginal	87 (18.47%)	115 (24.42%)	116 (24.63%)	153 (32.48%)	471 (91.99%)
Cesárea	00 (00.00%)	08 (19.51%)	07 (17.07%)	26 (63.42%)	41 (8.01%)
Total	87 (16.99%)	123 (24.02%)	123 (24.02%)	179 (34.97%)	512 (100.00%)

La tasa de éxito para el parto vaginal por años es del 100% (87) para el año 2001, del 93.50% (115) para el año 2002, del 94.31% (116) para el año 2003 y del 85.47% (153) para el año 2004. **TABLA N° 01. B.**

TABLA N° 01. B: Tasa de éxito del parto vaginal por años en pacientes gestantes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Años	cesárea anteriores sometidas a parto vaginal		
	Parto vaginal	Cesárea	Total
2001	87 (100%)	00 (00%)	87 (100%)
2002	115 (93.50%)	08 (6.50%)	123 (100%)
2003	116 (94.31%)	07 (5.69%)	123 (100%)
2004	153 (85.47%)	26 (14.53%)	179 (100%)
Total	471 (91.99%)	41 (8.01%)	512 (100%)

La edad materna de los 512 casos estudiados pertenecen en su mayoría 34.96% (179) al grupo de 31 a 35 años de edad, con una tasa de éxito para el parto vaginal 91.06% (163); seguido por el grupo etáreo de 26 a 30 años en los que se encuentran el 31.05% (159) de los casos, con una tasa de éxito del 91.19% (145) para el parto vaginal; en tercer lugar se encuentra el grupo de 36 a 40 años con el 16.21% (83) de los casos y con una tasa de éxito para el parto vaginal de 92.77% (77); en

cuarto lugar el grupo etáreo de 21 a 25 años con el 13.38% (68) y una tasa de éxito para el parto vaginal del 94.12% (64).

Los grupos etáreos: menor o igual a 20 años y mayor a 40 años fueron en menor proporción con el 1.37% (07) y el 3.13% (16) respectivamente, del total de la población, con tasas de éxito para el parto vaginal del 100% (07) en el primer caso y 93.75% (15) en el segundo caso.

No se encontró asociación entre la edad materna y el éxito para el parto vaginal ($P>0.05$). **TABLA N° 02 y 15.**

TABLA N° 02: Edad materna por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Edad Materna	Término de la gestación en cesareadas anteriores sometidas a parto vaginal		
	Vaginal	Cesárea	Total
Menor ó igual a 20 años	07 (100%)	00 (00%)	07 (1.37%)
De 21 a 25 años	64 (94.12%)	04 (5.88%)	68 (13.28%)
De 26 a 30 años	145 (91.19%)	14 (8.81%)	159 (31.05%)
De 31 a 35 años	163 (91.06%)	16 (8.94%)	179 (34.96%)
De 36 a 40 años	77 (92.77%)	06 (7.23%)	83 (16.21%)
Mayor de 40 años	15 (93.75%)	01 (6.25%)	16 (3.13%)
Total	471 (91.99%)	41 (8.01%)	512 (100%)

En cuanto al tipo de parto previo, el 61.33% (314) de la población corresponde a gestantes con antecedente de cesárea (grupo 1) con una tasa de éxito de 87.89% para el parto vaginal; el 16.40%(84) corresponde a gestantes con parto vaginal previo a la cesárea (grupo 2) con una tasa de éxito del 97.62%; el 18.95% (97) pertenece al grupo de gestantes con parto vaginal posterior a la cesárea (grupo 3) con una tasa de éxito del 98.97% y finalmente el 3.32% (17) corresponde a gestantes con parto vaginal anterior y posterior a la cesárea (grupo 4) con una tasa de éxito del 100% para el parto vaginal. Se encontró asociación entre el tipo de parto previo y el éxito del parto vaginal ($p < 0.05$). Donde la gestante con parto vaginal previo a la cesárea (grupo 2) tiene 5.7 veces más posibilidades de éxito para el parto vaginal (OR = 5.78, IC 95% 0 1.21 – 27.47) y la gestante con parto vaginal posterior a la cesárea (grupo 3) cuenta con 10.2 veces más probabilidad de éxito para el parto vaginal que aquellas que solo cuentan con el antecedente de cesárea (grupo 1).

TABLA N° 03 y 16.

TABLA N° 03: Tipo de Parto previo por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Tipo de parto previo	Término de la gestación en cesareadas anteriores sometidas a parto vaginal		
	Vaginal	Cesárea	Total
Grupo 1	276 (87.89%)	38 (12.10%)	314 (61.33%)
Grupo 2	82 (97.62%)	02 (2.38%)	84 (16.40%)
Grupo 3	96 (98.97%)	01 (1.03%)	97 (18.95%)
Grupo 4	17 (100.00%)	00 (00.00%)	17 (3.32%)
Total	471 (91.99%)	41 (8.01%)	512 (100%)

Grupo 1: Gestante con antecedente de cesárea; Grupo 2: Gestante con antecedente de cesárea y parto vaginal previo a la cesárea; Grupo 3: Gestante con antecedente de cesárea y parto vaginal posterior a la cesárea y Grupo 4: Gestante con antecedente de cesárea y parto vaginal anterior y posterior a la cesárea.

Con relación a la edad gestacional la tasa de éxito para el parto vaginal es de 92.31% (24) para el grupo de menor ó igual a 36 semanas (grupo 1), el 93.24% (69) para el grupo de 37 semanas (grupo 2), el 94.74% (162) para en grupo de 38 semanas (grupo 3), 91.23% (156) para el grupo de 39 semanas (grupo 4), de 85.29% (58) para el grupo de 40 semanas (grupo 5), el 100% para el grupo de 41 semanas (grupo 6) y finalmente el 100% para el grupo de mayor ó igual a 42 semanas (grupo 7). Siendo los grupos 6 y 7 no significativos por contar con pocos casos (un caso en cada grupo). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el éxito del parto vaginal y la edad gestacional con un $p < 0.05$. El grupo comprendido entre las 37 y 39 semanas de edad gestacional (grupo 2, grupo 3 y grupo 4) tiene 2.6 más probabilidades de éxito para el parto vaginal (OR = 2.63, IC 95% = 1.12 – 6.15) que los grupos comprendidos entre las 40 semanas a más (grupo 5, grupo 6 y grupo 7) y 36 semanas o menos (grupo 1) de edad gestacional. **TABLA N° 04 y N° 16.**

TABLA N° 04: Edad Gestacional por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Edad Gestacional	Término de la gestación en cesareadas anteriores sometidas a parto vaginal		
	Vaginal	Cesárea	Total
Grupo 1	24 (92.31%)	02 (7.69%)	26 (5.08%)
Grupo 2	69 (93.24%)	05 (6.76%)	74 (14.45%)
Grupo 3	162 (94.74%)	09 (5.26%)	171 (33.40%)
Grupo 4	156 (91.23%)	15 (8.77%)	171 (33.40%)
Grupo 5	58 (85.29%)	10 (14.71%)	68 (13.29%)
Grupo 6	01 (100%)	00 (00%)	01 (0.19%)
Grupo 7	01 (100%)	00 (00%)	01 (0.19%)
Total	471 (8.01%)	41 (91.99%)	512 (100%)

Grupo 1: Menor o igual a 36 semanas; Grupo 2: 37 semanas; Grupo 3: 38 semanas; Grupo 4: 39 semanas; Grupo 5: 40 semanas; Grupo 6: 41 semanas y Grupo 7: Mayor o igual a 42 semanas.

El 11.52% (59) tiene patología obstétrica asociada y una tasa de éxito del 84.75% (50) para el parto vaginal, de este grupo el 54.24% (32) corresponde a RPM (Ruptura Prematura del Membranas) y el 45.76% (27) corresponde a Hipertensión Gestacional con tasas de éxito para el parto vaginal de 81.25% (36) y 91.52% (25) respectivamente; en contraposición con el 88.48% (453) que no tienen patología obstétrica asociada y una tasa de éxito del 92.93% (421) para el parto vaginal. Se encontró asociación entre la presencia de patología obstétrica asociada y la tasa de éxito para el parto vaginal ($p < 0.05$), siendo la ausencia de la misma un factor que favorece el éxito del parto vaginal en dos veces (OR = 2.38 y un IC 95% = 1.07 – 5.34). **TABLA N° 05. A, 05. B, 15 y 16.**

TABLA N° 05. A: Patología obstétrica asociada por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Patología Obstétrica Asociada	Término de la gestación en cesareadas anteriores sometidas a parto vaginal		
	Vaginal	Cesárea	Total
Tiene	50 (84.75%)	09 (15.25%)	59 (11.52%)
No Tiene	421 (92.93%)	32 (7.07%)	453 (88.48%)
Total	471 (91.99%)	41 (8.01%)	512 (100.00%)

TABLA N° 05. B: Frecuencia de Patología obstétrica Asociada por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Patología Obstétrica Asociada	Término de la gestación en cesareadas anteriores sometidas a parto vaginal		
	Vaginal	Cesárea	Total
Hipertensión Gestacional	25 (92.59%)	02 (7.41%)	27 (45.76%)
Ruptura Prematura de Membranas	26 (81.25%)	06 (18.75%)	32 (54.24%)
Diabetes Mellitus	00 (00%)	00 (00.00%)	00 (00%)
Total	51 (86,44%)	08 (12.56%)	59 (100%)

Las pacientes que llegaron en fase activa de trabajo de parto 159 (31.05%) tuvieron una tasa de éxito del 98.11% (156) para el parto vaginal; disminuyendo al 94.85% (184), 83.17% (84) y 81.03% (47) conforme lo hacían en fase latente de trabajo de parto, pródromos de trabajo de parto y no trabajo de parto respectivamente. Se encontró asociación entre la dilatación al ingreso y la tasa de éxito para el parto vaginal ($p < 0.05$). El grupo conformado por las gestantes con antecedente de cesárea que ingresaron al hospital en fase activa de trabajo de parto tiene 5.5 veces más probabilidades de éxito para el parto vaginal (OR = 5.51, IC 95% = 1.18 – 25) que los que lo hicieron en fase latente, en pródromos o en ausencia de trabajo de parto.

TABLA N° 06, 15 y 16

TABLA N° 06: Dilatación al Ingreso al Hospital por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Dilatación al ingreso	Término de la gestación en cesareadas anteriores sometidas a parto vaginal		
	Vaginal	Cesárea	Total
No trabajo de parto	47 (81.03%)	11 (18.94%)	58 (11.33%)
Pródromos de trabajo de parto	84 (83.17%)	17 (16.83%)	101 (19.73%)
Trabajo de parto fase latente	184 (94.85%)	10 (5.15%)	194 (37.89%)
Trabajo de parto fase activa	156 (98.11%)	03 (1.89%)	159 (31.05%)
Total	471 (8.01%)	41 (91.99%)	512 (100%)

El 96.68% (495) no tuvo acentuación de trabajo de parto obteniendo una tasa de éxito del 92.32% (457) para el parto vaginal; frente al 3.32% (17) que tuvo acentuación de trabajo de parto y una tasa de éxito del 82.35% (14) para el parto vaginal. No se encontró asociación entre acentuación de trabajo de parto y éxito del parto vaginal ($p > 0.05$). **TABLA N° 07 y 15**

TABLA N° 07: Acentuación del Trabajo de Parto por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Acentuación del Trabajo de Parto	Término de la gestación en cesareadas anteriores sometidas a parto vaginal		
	Vaginal	Cesárea	Total
Tiene	14 (82.35%)	03 (17.65%)	17 (3.32%)
No Tiene	457 (92.32%)	38 (7.68%)	495 (96.68%)
Total	471 (91.99%)	41 (8.01%)	512 (100%)

El 74.80% (383) de la población cuenta con controles prenatales adicionales, el 15.63% (80) con el componente básico, el 8.40% (43) con controles prenatales incompletos y el 1.17% (6) no cuenta con controles prenatales además les corresponde tasas de éxito de 92.17% (353), 92.78% (74), 84.78 (39) y 83.33% (05) para el parto vaginal respectivamente. No se encontró asociación entre número controles prenatales y el éxito del parto vaginal ($p > 0.5$). **TABLA N° 08 y 15**

TABLA N° 08: Número de controles Prenatales por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Nro. De Controles Prenatales	Término de la gestación en cesareadas anteriores sometidas a parto vaginal		
	Vaginal	Cesárea	Total
Sin controles	05 (83.33%)	01 (16.67%)	06 (1.17%)
Controles prenatales incompletos	39 (84.78%)	04 (9.30%)	43 (8.40%)
Componente básico	74 (92.78%)	06 (7.15%)	80 (15.63%)
Controles prenatales adicionales	353 (92.17%)	30 (7.83%)	383 (74.80%)
Total	471 (91.99%)	41 (8.01%)	512 (100%)

En cuanto al periodo intergenésico, el grupo 3 (3 o más años) cuenta con el 82.81% (424) de la población, el grupo 2 (2 años) con el 15.43% (79) y el grupo 1 (1 año) con el 1.76% (9) con tasas de éxito para el parto vaginal de 91.98% (390), 92.41% (73) y 88.89% (8) respectivamente. No se encontró asociación entre el periodo intergenésico y el éxito del parto vaginal ($p > 0.5$). **TABLA N° 09 y 15**

TABLA N° 09: Periodo intergenésico por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Periodo Intergenésico	Término de la gestación en cesareadas anteriores sometidas a parto vaginal		
	Cesárea	Vaginal	Total
Grupo 1	01 (11.11%)	08 (88.89%)	09 (1.76%)
Grupo 2	06 (7.59%)	73 (92.41%)	79 (15.43%)
Grupo 3	34 (8.72%)	390 (91.98%)	424 (82.81%)
Total	41 (8.01%)	471 (91.99%)	512 (100%)

Grupo 1: un año; Grupo 2: 2 años y Grupo 3: 3 o más años.

El peso al nacer cuenta con 4 grupos, correspondiendo al menor de 4000 gr. (grupo 1) el 92.19% (472) del total de la población y una tasa de éxito del 93.83% (443), al de 4000 gr. a 4249 gr. (grupo 2) el 6.25% (32) del total y una tasa del 68.75% (22), al grupo de 4250 gr. a 4499 gr. (grupo 3) el 0.98% (5) y una tasa del 80% (4) y finalmente el grupo igual o mayor a 4500 gr. (grupo 4) con el 0.58% (3) del total de la población y una tasa de éxito del 66.7% (2) para el parto vaginal. Se

estableció asociación estadísticamente significativa entre el peso al nacer y el éxito del parto vaginal en la gestante con antecedente de cesárea ($p < 0.05$). Determinándose que pesos menores de 4000 gr. (grupo 1) favorecen en éxito del parto vaginal en 6.8 veces más, en comparación con pesos de 4000 gr. o más (grupo 2, grupo 3 y grupo 4). **TABLA N° 10, 15 y 16**

TABLA N° 10: Peso al Nacer por Término de la gestación en gestantes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Peso al Nacer	Término de la gestación en cesareadas anteriores sometidas a parto vaginal		
	Cesárea	Vaginal	Total
Grupo 1	29 (6.13%)	444 (93.87%)	473 (92.38%)
Grupo 2	10 (31.25%)	22 (68.75%)	32 (6.25%)
Grupo 3	01 (25.00%)	03 (75.00%)	04 (0.78%)
Grupo 4	01 (33.33%)	02 (66.67%)	03 (0.59%)
Total	41 (8.01%)	471 (91.99%)	512 (100%)

Grupo 1: Menor o igual a 4000 gr. Grupo 2: De 4000 – 4249 gr. Grupo 3: De 4250 – 4499 gr. y Grupo 4: Igual o mayor a 4500 gr.

El 100% (512) de la población estudiada (Recién Nacidos) tuvo un APGAR igual o mayor a 7 a los cinco minutos. **TABLA N° 11**

TABLA N° 11: APGAR por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

APGAR 5'	Término de la gestación en cesareadas anteriores sometidas a parto vaginal 2004		
	Cesárea	Vaginal	Total
Grupo 1	00	00	00
Grupo 2	00	00	00
Grupo 3	41 (8.01%)	471 (91.99%)	512 (100%)
Total	41 (8.01%)	471 (91.99%)	512 (100%)

Grupo 1: APGAR menor a 3; Grupo 2: APGAR de 3 a 6 y Grupo 3: APGAR mayor o igual a 7

El 14.06% (72) del total de la población (512) tuvo complicaciones asociadas a la vía final del parto. Al total (471) de la población estudiada que terminaron en parto vaginal le corresponde el 14.23% (67) de las complicaciones. Siendo las complicaciones más frecuentes el desgarro grado I con 36.1% (26), seguido por el desgarro grado II con 28.8% (15) de los casos, en tercer lugar la hemorragia uterina con el 13.9% (10), en cuarto lugar el hematoma de zona de episiotomía con el 9.7% (7), el quinto lugar le corresponde a la atonía uterina y/o hipotonía uterina con el 6.9% (6).

En menor porcentaje se encuentran complicaciones de tipo infeccioso con 5.6% (6), el desgarro de 3er grado con el 2.8% (4), por último al desgarro de 4to grado, al edema vulvar y a la ruptura uterina les corresponde el 1.4% (1) para cada uno.

Al analizar sólo las complicaciones mayores relacionadas al parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea, tales como ruptura uterina, atonía y/o hipotonía uterina y hemorragia uterina encontramos que corresponde a este grupo sólo el 2.76% (13) del total de las complicaciones para el parto vaginal. Corresponde a la ruptura uterina el 0.21% (1), a la atonía y/o hipotonía el 0.85% (4) y para la hemorragia uterina el 1.70% (8) del total de las complicaciones mayores. **TABLA N° 12. A, 12. B y 12. C**

TABLA N° 12. A: Complicaciones Maternas por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD – entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Complicaciones maternas	Término de la gestación en cesareadas anteriores sometidas a parto vaginal del 2004		
	Tiene	No Tiene	Total
Vaginal	67 (14.23%)	404 (85.77%)	471 (91.99%)
Cesárea	05 (12.20%)	36 (87.80%)	41 (8.01%)
Total	72 (14.06%)	440 (85.94%)	512 (100%)

TABLA N° 12. B: Listado Complicaciones Maternas en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD – entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	
	Total	%
Ruptura Uterina	1	1.4
Atonía Uterina y/o hipotonía uterina	5	6.9
Hemorragia uterina	10	13.9
Infección	4	5.6
Desgarro de 1er grado	26	36.1
Desgarro de 2do grado	15	28.8
Desgarro de 3er grado	2	2.8
Desgarro de 4to grado	1	1.4
Hematoma en zona de episiotomía	7	9.7
Edema vulvar	1	1.4
TOTAL	72	100.00

TABLA N° 12. C: Complicaciones mayores en gestantes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal que concluyeron en el mismo.

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	
	Total	% en base al total
Ruptura Uterina	1	0.21
Atonía Uterina y/o hipotonía uterina	4	0.85
Hemorragia uterina	8	1.70
TOTAL	13	2.76

En cuanto al grado de instrucción la mayor parte de la población de estudio se encuentra distribuida en el grupo de secundaria completa con el 47.46% (443) del total, con una tasa de éxito del 92.59% (225) para el parto vaginal. El otro gran grupo está compuesto por las pacientes que cuentan con superior completa 33.40% (171) con una tasa de éxito del 88.89% (152) para el parto vaginal. No se estableció relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el éxito del parto vaginal ($p > 0.05$). **TABLA N° 13 y 15**

TABLA N° 13: Grado de Instrucción por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Grado de Instrucción	Término de la gestación en cesareadas anteriores sometidas a parto vaginal 2004		
	Vaginal	Cesárea	Total
Analfabeta	02 (100%)	00	02 (0.39%)
Primaria incompleta	11 (100%)	00	11 (2.15%)
Primaria completa	05 (100%)	00	05 (0.98%)
Secundaria incompleta	21 (100%)	00	21 (4.10%)
Secundaria completa	225 (92.59%)	18 (7.41%)	243 (47.46%)
Superior incompleta	55 (93.22%)	04 (6.78%)	59 (11.52%)
Superior completa	152 (88.89%)	19 (11.11%)	171 (33.40%)
Total	471 (91.99%)	41 (8.01%)	512 (100%)

La población dominante con el 61.52% (315) del total corresponde al grupo de las casadas, que además cuenta con una tasa de éxito del 92.06% (290) para el parto vaginal. En segundo lugar se encuentra el grupo de las convivientes con el 32.06% (164) del total de la población y una tasa de éxito para el parto vaginal del 91.47% (150). No se estableció relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el éxito del parto vaginal ($p > 0.05$). **TABLA N° 14 y 15**

TABLA N° 14: Estado Civil por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal en el HNERM – ESSALUD entre los periodos enero - 2001 y diciembre – 2004.

Estado Civil	Término de la gestación en cesareadas anteriores sometidas a parto vaginal del 2004		
	Vaginal	Cesárea	Total
Soltera	24 (92.31%)	02 (7.69%)	26 (5.08%)
Casada	290 (92.06%)	25 (7.94%)	315 (61.52%)
Conviviente	150 (91.46%)	14 (8.54%)	164 (32.03%)
Divorciada	02 (100%)	00	02 (0.39%)
Viuda	05 (100%)	00	05 (0.98%)
Total	471 (91.99%)	41 (8.01%)	512 (100%)

TABLA N° 15: Valor significativo para las variables estudiadas en relación al éxito del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea en el HNERM, enero 2001 a diciembre 2004.

VARIABLES	PARTO VAGINAL N = 471	PARTO CESAREA N = 41	P
Edad materna			0.79
Menor o igual a 20 años	07 (100%)	00 (00%)	
De 21 a 25 años	64 (94.12%)	04 (5.88%)	
De 26 a 30 años	145 (91.19%)	14 (8.81%)	
De 31 a 35 años	163 (91.06%)	16 (8.94%)	
De 36 a 40 años	77 (92.77%)	06 (7.23%)	
Mayor de 40 años	15 (93.75%)	01 (6.25%)	
Tipo de parto previo			0.024
Grupo 1	276 (87.89%)	38 (12.10%)	
Grupo 2	82 (97.62%)	02 (2.38%)	
Grupo 3	96 (98.97%)	01 (1.03%)	
Grupo 4	17 (100.00%)	00 (00.00%)	
Edad gestacional			0.396
Grupo 1	24 (92.31%)	02 (7.69%)	
Grupo 2	69 (93.24%)	05 (6.76%)	
Grupo 3	162 (94.74%)	09 (5.26%)	
Grupo 4	156 (91.23%)	15 (8.77%)	
Grupo 5	58 (85.29%)	10 (14.71%)	
Grupo 6	01 (100%)	00 (00%)	
Grupo 7	01 (100%)	00 (00%)	
Patología obstétrica asociada			0.040
No tiene	421 (92.93%)	32 (7.07%)	
Tiene	50 (84.75%)	09 (15.25%)	
RPM	26 (81.25%)	06 (18.75%)	
HG	25 (92.59%)	02 (7.41%)	
Dilatación al ingreso			0.010
No trabajo de parto	47 (81.03%)	11 (18.94%)	
Pródromos de TP	84 (83.17%)	17 (16.83%)	
TP: Fase latente	184 (94.85%)	10 (5.15%)	
TP: Fase activa	156 (98.11%)	03 (1.89%)	
Acentuación de TP			0.148
Tiene	14 (82.35%)	03 (17.65%)	
No tiene	457 (92.32%)	38 (7.68%)	
Número de CPN			0.790
No CPN	05 (83.33%)	01 (16.67%)	
CPN Incompletos	39 (84.78%)	04 (9.30%)	
Componente básico	74 (92.78%)	06 (7.15%)	
CPN adicionales	353 (92.17%)	30 (7.83%)	

TABLA N° 15: Valor significativo para las variables estudiadas en relación al éxito del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea en el HNERM, enero 2001 a diciembre 2004.

VARIABLES	PARTO VAGINAL N = 471	PARTO CESAREA N = 41	P
Peso al nacer			0.0001
Menos de 4000 gr.	444 (93.87%)	29 (6.13%)	
De 4000 - 4229 gr.	22 (68.75%)	10 (31.25%)	
De 4250 – 4499 gr.	03 (75.00%)	01 (25.00%)	
Más de 4500 gr.	02 (66.67%)	01 (33.33%)	
Grado de instrucción			0.526
Analfabeta	02 (100%)	00	
Primaria incompleta	11 (100%)	00	
Primaria completa	05 (100%)	00	
Sec. incompleta	21 (100%)	00	
Secundaria completa	225 (92.59%)	18 (7.41%)	
Sup. Incompleta	55 (93.22%)	04 (6.78%)	
Superior completa	152 (88.89%)	19 (11.11%)	
Estado civil			0.208
Soltera	24 (92.31%)	02 (7.69%)	
Casada	290 (92.06%)	25 (7.94%)	
Conviviente	150 (91.46%)	14 (8.54%)	
Divorciada	02 (100%)	00	
Viuda	05 (100%)	00	

TABLA N° 16: Modelo de variables que explica la tasa de éxito del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea, analizadas por sub-grupos, en el HNERM, enero 2001 a diciembre 2004.

VARIABLES	PARTO VAGINAL N = 471	PARTO CESAREA N = 41	P	OR	IC 95%
Tipo de parto previo			0.024		
Grupo 1	276 (87.89%)	38 (12.10%)			
Grupo 2	82 (97.62%)	02 (2.38%)	0.027	5.78	1.21-27.47
Grupo 3	96 (98.97%)	01 (1.03%)	0.024	10.27	1.35-77.79
Grupo 4	17 (100.00%)	00 (00.00%)	0.973	1.037	0.12 - 8.8
Edad gestacional			0.082		
Grupo 1	24 (92.31%)	02 (7.69%)	0.37	2.12	0.39-11.32
Grupo 2, Grupo 3 y Grupo 4	387 (93.02%)	29 (6.98%)	0.025	2.63	1.12-6.15
Grupo 5, Grupo 6 y Grupo 7	60 (85.71%)	10 (14.29%)			
Patología obstétrica asociada			0.040	2.38	1.07 – 5.34
No tiene	421 (92.93%)	32 (7.07%)			
Tiene	50 (84.75%)	09 (15.25%)			
Dilatación al ingreso			0.010		
No trabajo de parto	47 (81.03%)	11 (18.94%)			
Pródromos de TP	84 (83.17%)	17 (16.83%)	0.321	0.58	0.2 – 1.6
TP: Fase latente	184 (94.85%)	10 (5.15%)	0.603	1.32	0.4 – 3.83
TP: Fase activa	156 (98.11%)	03 (1.89%)	0.029	5.51	1.18 - 25
Peso al nacer			0.0001		
Menos de 4000 gr.	444 (93.87%)	29 (6.13%)	0.0001	6.8	2.84-16.47
De 4000 a más.	27 (69.23%)	12 (30.77%)			

DISCUSIÓN

El incremento del índice de cesáreas generó un nuevo grupo de pacientes, la cesareada anterior, del cual se desconocía el manejo y principalmente las previsiones que debían tomarse en el momento del trabajo de parto y la conducción del mismo. Por muchos años se sostuvo la teoría de que la paciente con antecedente de cesárea debía culminar gestaciones posteriores en cesárea, sobretodo para evitar los acontecimientos desastrosos a los que conlleva la ruptura uterina.^{1,4,22.}

Posteriormente se reportaron trabajos en donde la gestante con antecedente de cesárea, bajo condiciones adecuadas, podría concluir su gestación por vía vaginal, con un riesgo mínimo y sin la presencia de complicaciones mayores. Adicional a esto al determinarse en 1980 que el 25% al 30% del incremento del índice de cesáreas podría ser atribuido a las cesáreas electivas a repetición, se sumó el interés por disminuir los costos que implica la atención de las mismas, por lo que se planteó que el parto vaginal después de un parto por cesárea, es una manera apropiada de disminuir el incremento de las cesáreas.^{3,7,9,15,20.}

Todo esto hizo que se generara gran expectativa con respecto a este grupo de pacientes, lográndose así que sean múltiples los investigadores y clínicos que intentan determinar qué mujeres podrían ser sometidas a un parto vaginal con éxito después de un parto por cesárea y cuales tendrían resultados pobres si son sometidas al mismo. Sin embargo y a pesar de la evidencia existente, no se ha logrado estandarizar o determinar las características clínicas que este grupo de pacientes deben cumplir para lograr que el parto vaginal sea una alternativa segura tanto para la madre como para el feto y que no repercuta en un incremento de la mortalidad materno – fetal.

Mohammed A. Elkousy y col., realiza una investigación que cuenta con 9960 mujeres gestantes con antecedente de cesárea, que fueron sometidas a parto vaginal entre los años 1995 a 1999 reportándose que el parto vaginal tuvo un porcentaje de éxito del 74% en total. ¹⁸

Un estudio nacional (Lindo Pérez M y col.) publicado en el 2005, realizado en 298 gestantes a término con antecedente de cesárea, reporta una tasa de éxito del 54.7% para el parto vaginal de donde el 99.4% de los RN tuvieron un APGAR mayor o igual a 7 a los 5 minutos. Concluyendo que el parto vaginal en una gestante con antecedente de cesárea se considera seguro y con altas probabilidades de éxito y mínimo riesgo de ruptura uterina. ¹⁶

En nuestro estudio se reporta una tasa de éxito para el parto vaginal del 91.99% (471), mayor a la cifra reportada por la literatura (Tabla N° 01). Asimismo encontramos que el 100% (471) de los RN tuvieron un APGAR mayor o igual a 7 a los 5 minutos (Tabla N° 10).

Flamm BL, estudio 2502 mujeres post-cesareadas y reporta un aumento significativo en la tasa de éxito para los partos vaginales después de un parto por cesárea, para las mujeres menores de 40 años comparado con aquellas mayores de 40 años.⁵ En nuestro estudio se observa que la edad materna predominante fue de 26 a 35 años, conteniendo a más de la mitad de la población estudiada, así mismo la tasa de éxito para el parto vaginal en este grupo está alrededor del 91%. Sin embargo no se logró establecer relación estadísticamente significativa entre la tasa de éxito para el parto vaginal y la edad materna ($p > 0.05$). (Tabla N° 02 y N° 15)

Se encontró que en relación al tipo de parto previo, el 31.33% (314) de la población de estudio pertenece a las gestantes con antecedente solo de cesárea, con una tasa de éxito para el parto vaginal del 87.89% (276), menor, si lo comparamos con las tasas de éxito de las gestantes que han tenido un parto vaginal anterior y/o

posterior a la cesárea, con tasas de éxito que fluctúan entre el 97% y el 100%. Así mismo se estableció relación estadísticamente significativa entre el parto previo y la tasa de éxito para el parto vaginal con un $p < 0.05$ (Tabla N° 15), demostrándose que las gestantes con parto vaginal previo a la cesárea (grupo 2) tienen 5.7 veces más posibilidad de terminar su gestación en parto vaginal (OR = 5.78, IC 95% = 1.21 – 27.47), que las pacientes que sólo tienen el antecedente de cesárea (grupo 1), aumentando el éxito para el parto vaginal en 10.2 veces (OR = 10.27, IC 95% = 1.35 – 77.79) si la gestante ha tenido un parto vaginal posterior a la cesárea (Tabla N° 16), siendo los valores en este trabajo mayores a los encontrados por Flamm BL, quien reporta que las pacientes post-cesareadas que han tenido un parto vaginal antes del parto por cesárea tienen 1,5 a 1,8 veces más probabilidades de tener un nuevo parto vaginal después del parto por cesárea comparado con las mujeres sin una historia previa de parto vaginal, asimismo las gestantes con un parto vaginal posterior a la cesárea tienen 9 veces más probabilidades de tener un nuevo parto vaginal en la siguiente gestación, en comparación con aquellas que no tuvieron un parto vaginal tras la cesárea.⁵ Por otro lado Mohammed A. Elkousy y col., en el 2003 reafirma los hallazgos de Flamm, reportando que las gestantes con antecedente de cesárea que tuvieron un parto vaginal previo y/o posterior a la misma cuentan con una tasa de éxito para el parto vaginal mayor a las que sólo tienen antecedente de cesárea.¹⁸

Nuestro trabajo agrupó a la población, por semanas cumplidas, para la edad gestacional, encontrando que el 87.25% (416) del total se encuentran entre las 37 y 39 semanas (grupo 2, grupo 3 y grupo 4), con tasas de éxito para el parto vaginal que fluctúan entre el 91% al 94% (Tabla N° 04). Se encontró significación estadística con un $p < 0.05$. Las gestantes con antecedente de cesárea con una edad gestacional comprendidas entre las 37 y 39 (grupo 2, grupo 3 y grupo 4) semanas de gestación obtuvieron 2.6 (OR = 2.63, IC 95% = 1.12 – 6.15) veces más posibilidad de terminar su gestación por vía vaginal en comparación con las gestantes con antecedente de cesárea que tuvieron 40 semanas o más (grupo 5, grupo 6 y grupo 7) de edad gestacional. No hubo significación estadística para el grupo de 36 semanas o menos

(grupo 1) con un $p > 0.05$, coincidiendo con lo informado por Zelop CM y col. en un estudio retrospectivo de cohorte, donde demostró que la edad gestacional mayor de 40 semanas está asociada a una menor probabilidad de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea comparado con aquellas con edad gestacional menor de 40 semanas, tanto en el trabajo de parto espontáneo como en el inducido. Sin embargo el riesgo de ruptura uterina no aumenta substancialmente después de las 40 semanas. Mientras que sí se observó un aumento en el riesgo de ruptura uterina en aquellas pacientes que tuvieron inducción del trabajo de parto sin importar la edad gestacional. Por último concluyeron que esperar el trabajo espontáneo después de las 40 semanas de edad gestacional no disminuye la probabilidad de un parto vaginal sin complicaciones.²⁷ En nuestro trabajo no se evaluó la inducción del trabajo de parto, por no estar contemplado dentro del protocolo de manejo del parto vaginal del hospital donde se realizó el estudio. Por otro lado, sí se tomó en cuenta la acentuación del trabajo de parto, encontrándose una tasa de éxito para el parto vaginal mayor en las pacientes que no tuvieron acentuación del trabajo de parto con el 92.32% (457) frente a las que sí fueron acentuadas (Tabla N° 07), pero no se encontró relación estadísticamente significativa entre ambos ($p > 0.05$) (Tabla N° 15).

En el presente trabajo se evaluó la variable patología obstétrica asociada. De las 59 gestantes con patología obstétrica asociada la ruptura prematura de membranas (RPM) se encontró presente en el 54.24% (32), la hipertensión gestacional (HG) en el 45.76% (27) y la diabetes gestacional (DG) con cero casos (Tabla N° 05. B). La tasa de éxito para el parto vaginal fue del 92.93% (421) en el caso de ausencia de patología obstétrica asociada, siendo estadísticamente significativa con un $p < 0.05$. Se determinó que la ausencia de patología obstétrica asociada favorece en 2.3 veces (OR = 2.38, IC 95% = 1.07 – 5.34) el éxito del parto vaginal (Tabla N° 15 y N° 16).

Al evaluarse la dilatación al ingreso,³ se encontró que el 68.93% (353) de la población fue admitida al hospital en fase latente y fase activa de trabajo de parto,

obteniéndose una tasa de éxito para el parto vaginal de 94.85% (184) y 98.11% (156) para el TP fase latente y TP fase activa respectivamente (Tabla N° 06). Siendo estadísticamente significativo con un $p < 0.05$ (Tabla N° 15). Se determinó que las gestantes con antecedente de cesárea que llegan en fase activa del trabajo de parto tienen 5.5 (OR = 5.51, IC 95% = 1.18 – 25) veces más posibilidades de que el término de su gestación sea por vía vaginal, en comparación con las que llegan en fase latente de trabajo de parto, en pródromos de trabajo de parto y las que ingresan sin trabajo de parto (Tabla N° 15 y N° 16).

Al estudiarse variables como número de controles prenatales, periodo intergenésico, grado de instrucción y estado civil, no se encontró relación estadísticamente significativa para el éxito del parto vaginal con un $p > 0.05$ para todos los casos.

En nuestro trabajo observamos que un peso menor de 4000 gr. favorece el éxito del parto vaginal con una tasa de éxito del 93.87% (444) en comparación a pesos mayores o iguales a 4000 gr. en donde el éxito del parto vaginal disminuye, siendo estadísticamente significativo con un $p < 0.05$, lo cual indica que un peso menor a 4000 gr. tiene 6.8 veces (OR = 6.8, IC 95% = 2.84 – 16.47) más chance de terminar su gestación en parto vaginal en comparación con pesos iguales o mayores a 4000 gr. (Tabla N° 15 y N° 16). Coincidiendo con lo encontrado en la literatura que reporta, que factores como mujeres con un número creciente de cesáreas anteriores, una edad gestacional mayor de 40 semanas y un peso mayor de 4000 gr. al nacimiento indicarían un fracaso en el intento de parto vaginal y un aumento en las complicaciones.^{3,7,9,15,20}

En nuestro trabajo las complicaciones en forma global estuvieron presentes en el 14.06% (72), siendo los más frecuentes el desgarro de grado I y II con el 36.1% (26) y 28.8% (15), respectivamente, es decir fueron más frecuentes las complicaciones asociadas a la atención del parto. Al evaluar las complicaciones

mayores como la ruptura uterina, la atonía y/o hipotonía y la hemorragia uterina en las gestantes cesareadas anteriores que terminaron en parto vaginal (471), encontramos que representan el 2.76% (13), siendo la más frecuente la hemorragia uterina con el 1.7% (8), en segundo lugar la atonía y/o hipotonía con el 0.85% (4) y por último la ruptura uterina con el 0.21% (1). Siendo estos valores menores a los encontrados por Zelop CM, Shipp TD y col. que reportan que el índice de ruptura uterina para las mujeres sometidas a trabajo de parto con RN que pesaban menos o igual a 4000 gr. era 1,0%.²⁸

CONCLUSIONES

Nuestro estudio reporta una tasa de éxito para el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea del 91.99% (471).

De los resultados del estudio, concluimos, que el perfil clínico de la gestante con antecedente de cesárea que garantizaría una alta posibilidad de éxito (más del 90%) al ser sometida a la chance de parto vaginal con un mínimo de riesgo para la madre y el recién nacido debería incluir:

- 1. Edad gestacional comprendida entre las 37 y 39 semanas de gestación.**
- 2. Parto vaginal previo o posterior al antecedente de cesárea.**
- 3. Ausencia de patología obstétrica asociada.**
- 4. Ingreso en fase activa de trabajo de parto.**
- 5. Peso estimado al nacer del recién nacido menor a 4000 gr.**

Las variables tales como la edad materna, la acentuación de trabajo de parto, el número de controles prenatales, el grado de instrucción y el estado civil no influyeron sobre el éxito del parto vaginal en la paciente gestante con antecedente de cesárea.

Las complicaciones reportadas en las pacientes gestantes con antecedente de cesárea sometidas a chance de parto vaginal y cuyo parto culminó en el mismo corresponden al 14.23% (67 casos), siendo en su mayoría complicaciones menores. Las complicaciones mayores representan el 2.76% (13) del total, siendo la más frecuentes la hemorragia uterina 1.70% (8), la atonía y/o hipotonía 0.85% (4) y en tercer lugar la ruptura uterina con el 0.21% (1) de los casos.

El 100% de los recién nacidos tuvieron un Apgar mayor a 7 a los 5 minutos, indicando que el parto vaginal en la gestante con antecedente de cesárea no incrementa la morbilidad neonatal.

Es importante lograr estandarizar a partir de las características clínicas encontradas en este estudio, el manejo y principalmente las previsiones que deben tomarse en el momento del trabajo de parto y la conducción del mismo en la gestante con antecedente de cesárea sometida a parto vaginal, para lograr que el parto vaginal sea una alternativa segura tanto para la madre como para el feto y que no repercuta en un incremento de la morbilidad y/o mortalidad materno – fetal. De esta manera al disminuir el índice de cesáreas, podrían reducirse los costos de la atención médica y orientar esos recursos a otros problemas de salud que afectan a la población de menores recursos en países como el nuestro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. "A review of cesarean section at sloane Hospital for women 1942-1947", Am. J.Obstet. Gynecol. 59:77, 1950.
2. Cragin EB. Conservatism in obstetrics. N Y Med J 1916;104:1-3.
3. Cesarean childbirth: report of a consensus development conference sponsored by the NICHHD in conjunction with the National Center for Health Care Technology and assisted by the Office for Medical Applications of Research. Bethesda: National Institutes of Health; 1981. NIH publication No.: 82-2067.
4. Diccionario Enciclopédico Salvat. 2ª ed. Barcelona: Salvat;1954.t-4:151-2.
5. Famm BL, Geiger AM. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. Obstet Gynecol 1997;90:907-10.
6. Francisco Miranda Catiri. Parto vaginal en cesareada anterior: Libro de resúmenes de los LUNES CIENTIFICOS DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martis del 2004; pag. 84-88.
7. Fraser W, Maunsell E, Hodnett E, Moutquin JM. Randomized controlled trial of a prenatal vaginal birth after cesarean section education and support program: Childbirth Alternatives Post-Cesarean Study Group. Am J Obstet Gynecol 1997;176:419-25.
8. Ginecología y obstetricia: MAD Corp. S.A. Lima – Perú 1999: José Pacheco Romero.

9. Hamilton BE, Martin JA, Sutton PD. Births: preliminary data for 2002. *Natl Vital Stat Rep* 2003;51:1-20.
10. Hammoud A, Hendler I, Gauthier RJ, Berman S, Sansregret A, Bujold E. The effect of gestational age on trial of labor after Cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2004 Mar; 15 (3): 202-6.
11. Hulley SB, Cumming SR. *Designing Clinical Research.* Williams & Wilkins, 1998. Baltimore, USA.
12. J. Villar, MD, MPH, MSc, y el Dr. P. Bergsjø, MD, PhD, Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal 2003.
13. Jennifer L. Bailit, MD, MPH,a,c Thomas E. Love, PhD,b,c Brian Mercer, MDa: Rising cesarean rates: Are patients sicker? *Am J Obstet Gynecol* January 29 – 2004; 800.
14. Jason N. Hashima, MD, MPH,a,b Karen B. Eden, PhD,a,c Patricia Osterweil, BS,a,c Peggy Nygren, MA,a,c Jeanne-Marie Guise, MD: Predicting vaginal birth after cesarean delivery: A review of prognostic factors and screening tools *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2004) 190, 547-55
15. King DE, Lahiri K. Socioeconomic factors and the odds of vaginal birth after cesarean delivery. *JAMA* 1994;272:524-9.
16. Lindo Pérez M, Paredes Laguna A, Zea Moreano C, Cienfuegos Solis H, Limas Guerrero M: Parto vaginal en cesareada anterior. Experiencia de 4 años en el Hospital Uldarico Rocca Fernandez, Essalud (2000-2004). XV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología 2005; 99-00.

17. Martin J, Hamilton B, Ventura S, Manacker F, Park M, Sutton P. Births: Final data for 2001. National vital statistics reports; vol 51, no 2. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2002.
18. Mohammed A. Elkousy MD, Mary SammelSc, Erika StevensMA, Jeffrey F. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates, J Obstet Gynecol 2003; 188:824-30.
19. Mormontoy W. Elaboración del Protocolo de Investigación. 2da. Edic. Boehringer Ingelheim, 1994. Lima-Perú.
20. Pickhardt MG, Martin JN, Meydrech EF, Blake PG, Martin RW, Perry KG, et al. Vaginal birth after cesarean delivery: are there useful and valid predictors of success or failure? Am J Obstet Gynecol 1992;166:1811-9.
21. Polit DF, Hungler BP. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ta. Edic. MacGraw-Hill Interamericana. 1997. México, D.F.
22. Placek, P.J. y Taffel, S.M. "Recent patterns in cesarean delivery in the United States". En Obstet. and Gynecol. Clinics of North America 15:607, 1988.
23. Stafford RS. The impact of nonclinical factors on repeat caesarean section. JAMA 1991;265:59-63.
24. Tacuri Ceballos C, Matorras Weinig R, Nieto Díaz A, Ortega Gálvez A. Historia de la cesárea. Tokoginecol 1997;56(4):189-93.

25. Weinstein D, Benshushan A, Tanos V, Zilberstein R, Rojansky N. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:192-8.
26. Williams Obstetricia: 21^a edición: F. Gary Cunningham, Norman F. Grant, Kenneth J. Leveno, Larry C.
27. Zelop CM, Shipp TD, Cohen A, Repke JT, Lieberman E. Trial of labor after 40 weeks' gestation in women with prior cesarean. *Obstet Gynecol* 2001;97:391-3.
28. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Outcomes of trial of labor following previous cesarean delivery among women with fetuses weighing >4000 g. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:903-5.

ANEXO

GRAFICO NRO. 01. B

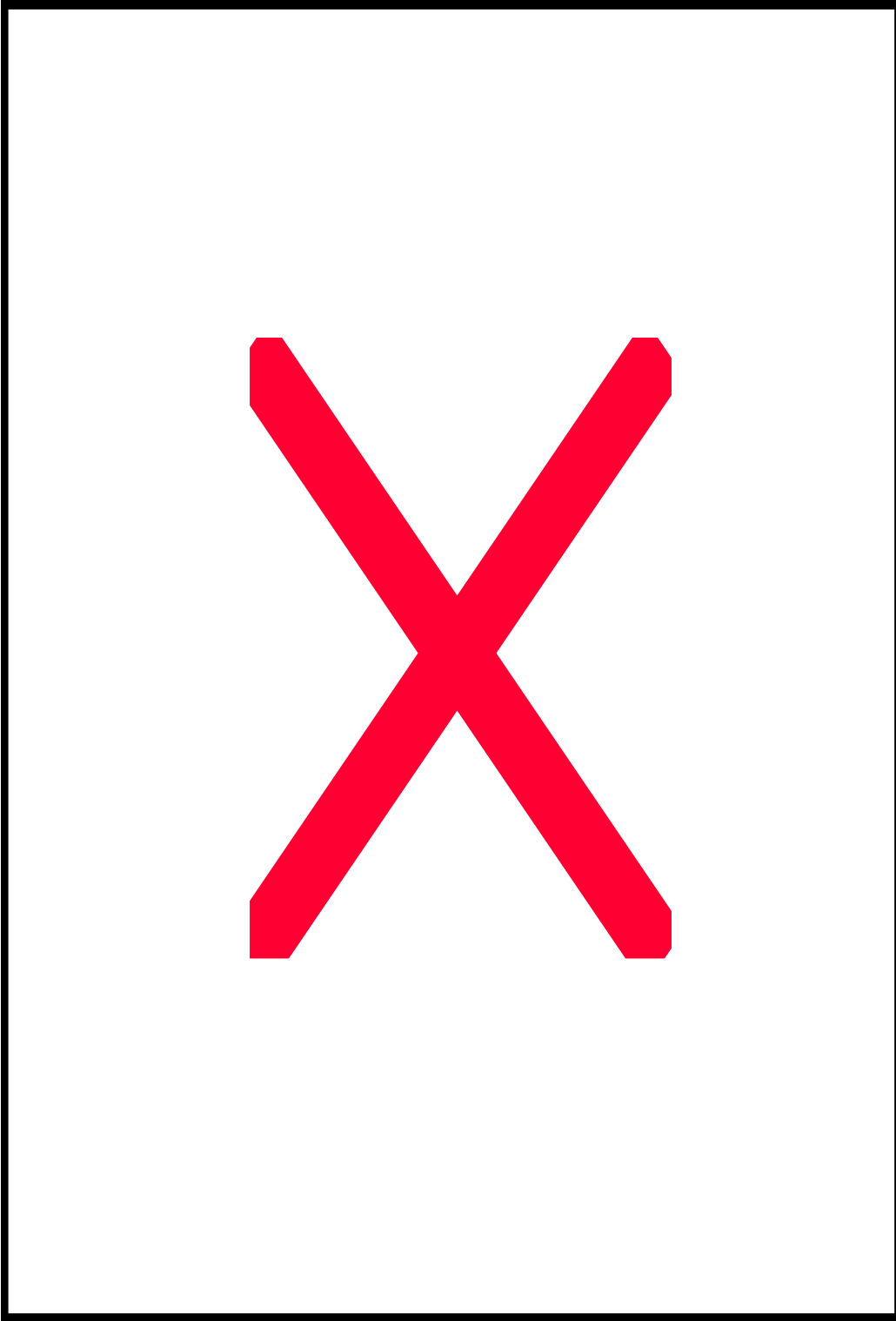


GRAFICO NRO. 02. A

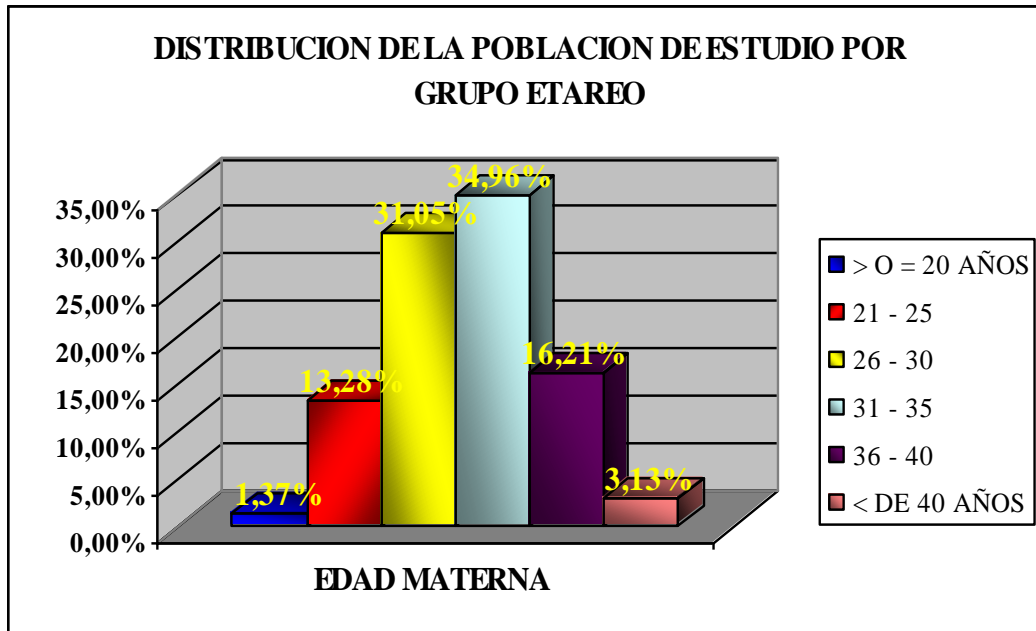


GRAFICO NRO. 02. B

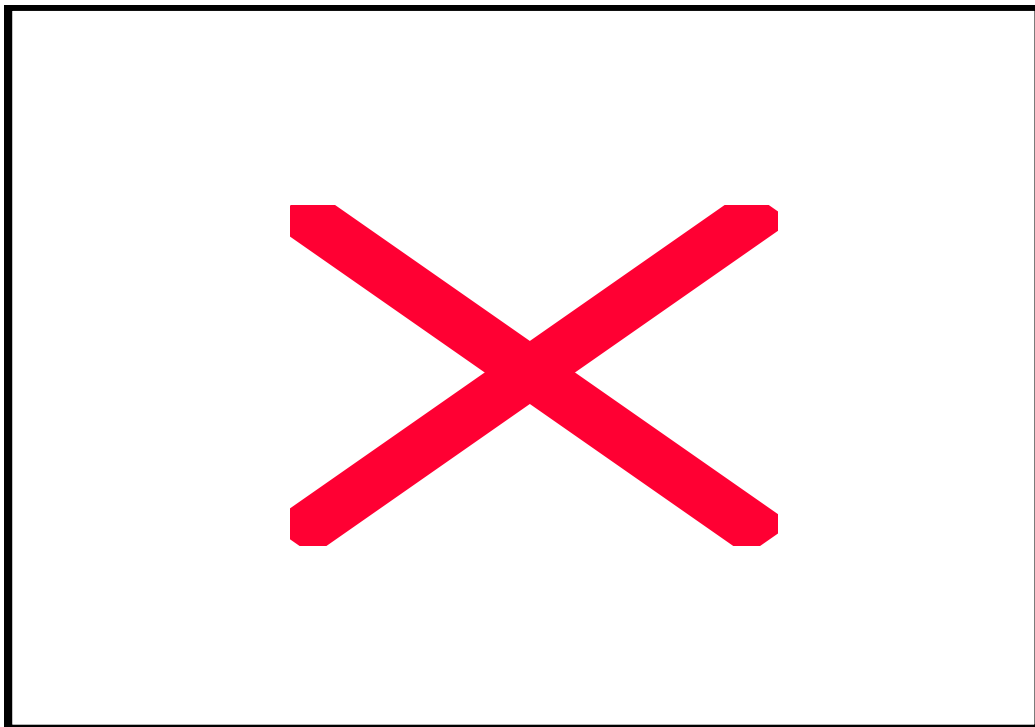
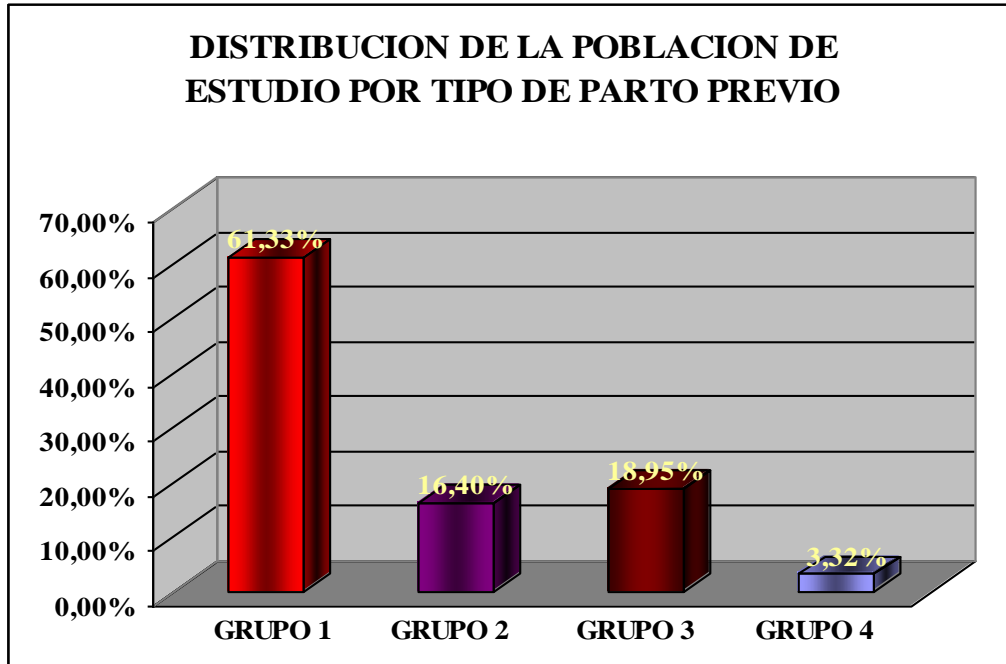
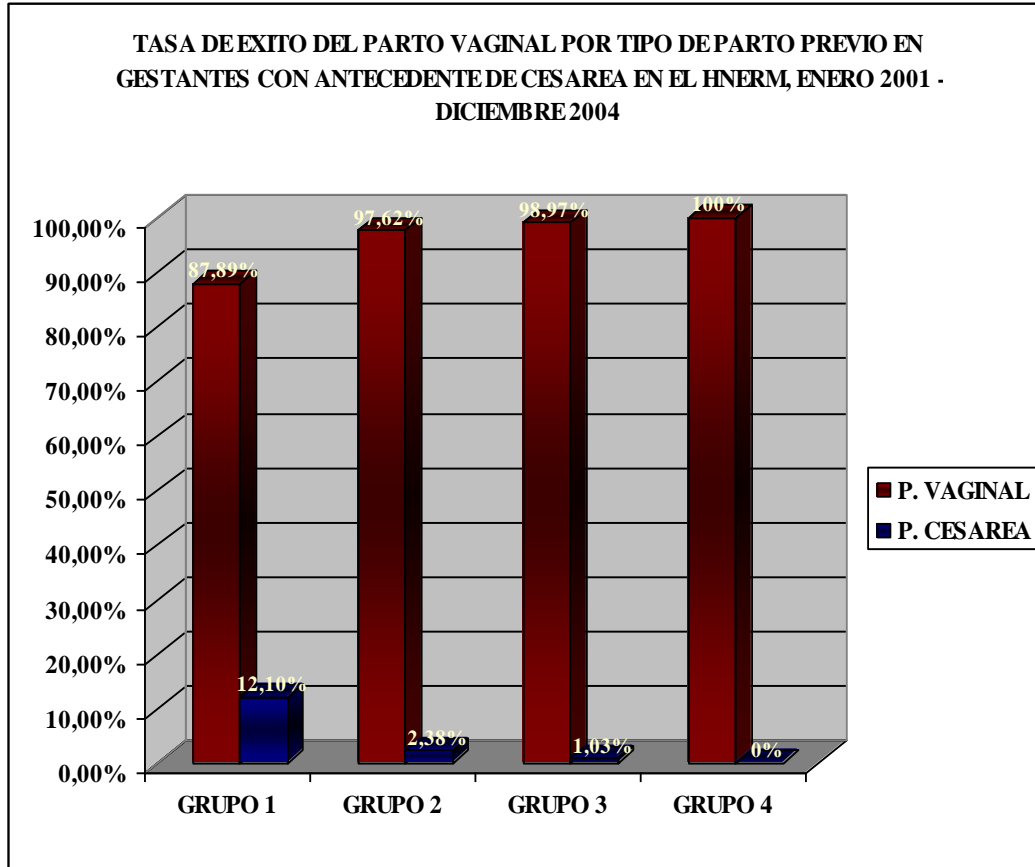


GRAFICO NRO. 03. A



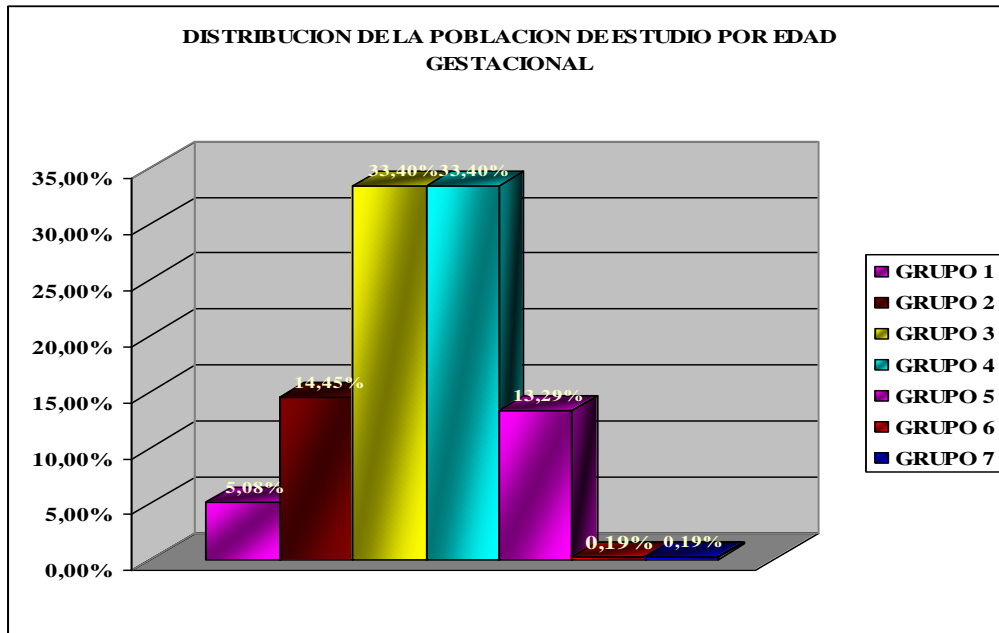
Grupo 1: Gestante con antecedente de cesárea; Grupo 2: Gestante con antecedente de cesárea y parto vaginal previo a la cesárea; Grupo 3: Gestante con antecedente de cesárea y parto vaginal posterior a la cesárea y Grupo 4: Gestante con antecedente de cesárea y parto vaginal anterior y posterior a la cesárea.

GRAFICO NRO. 03. B



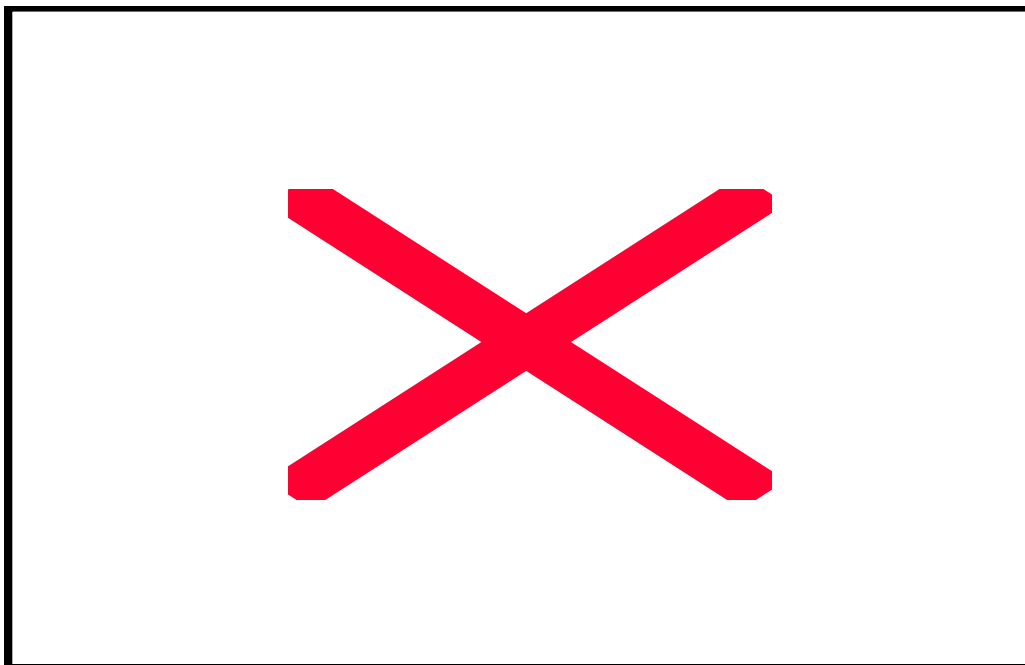
Grupo 1: Gestante con antecedente de cesárea; Grupo 2: Gestante con antecedente de cesárea y parto vaginal previo a la cesárea; Grupo 3: Gestante con antecedente de cesárea y parto vaginal posterior a la cesárea y Grupo 4: Gestante con antecedente de cesárea y parto vaginal anterior y posterior a la cesárea.

GRAFICO NRO. 04. A



Grupo 1: Menor o igual a 36 semanas; Grupo 2: 37 semanas; Grupo 3: 38 semanas; Grupo 4: 39 semanas; Grupo 5: 40 semanas; Grupo 6: 41 semanas y Grupo 7: Mayor o igual a 42 semanas.

GRAFICO NRO. 04. B



Grupo 1: Menor o igual a 36 semanas; Grupo 2: 37 semanas; Grupo 3: 38 semanas; Grupo 4: 39 semanas; Grupo 5: 40 semanas; Grupo 6: 41 semanas y Grupo 7: Mayor o igual a 42 semanas.

GRAFICO NRO. 05. A. 1

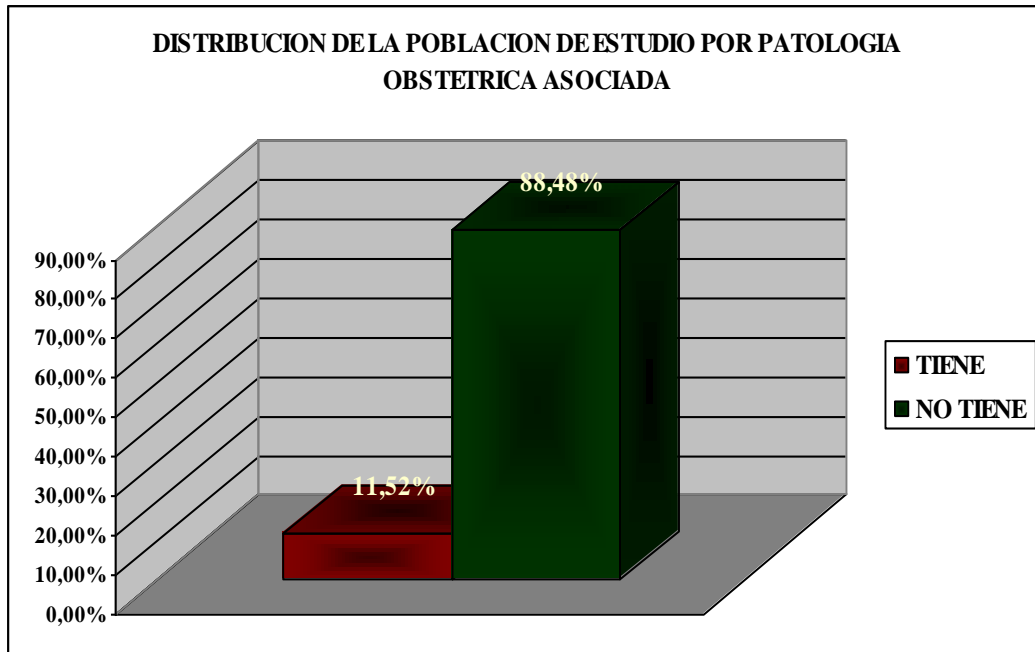


GRAFICO NRO. 05. A. 2

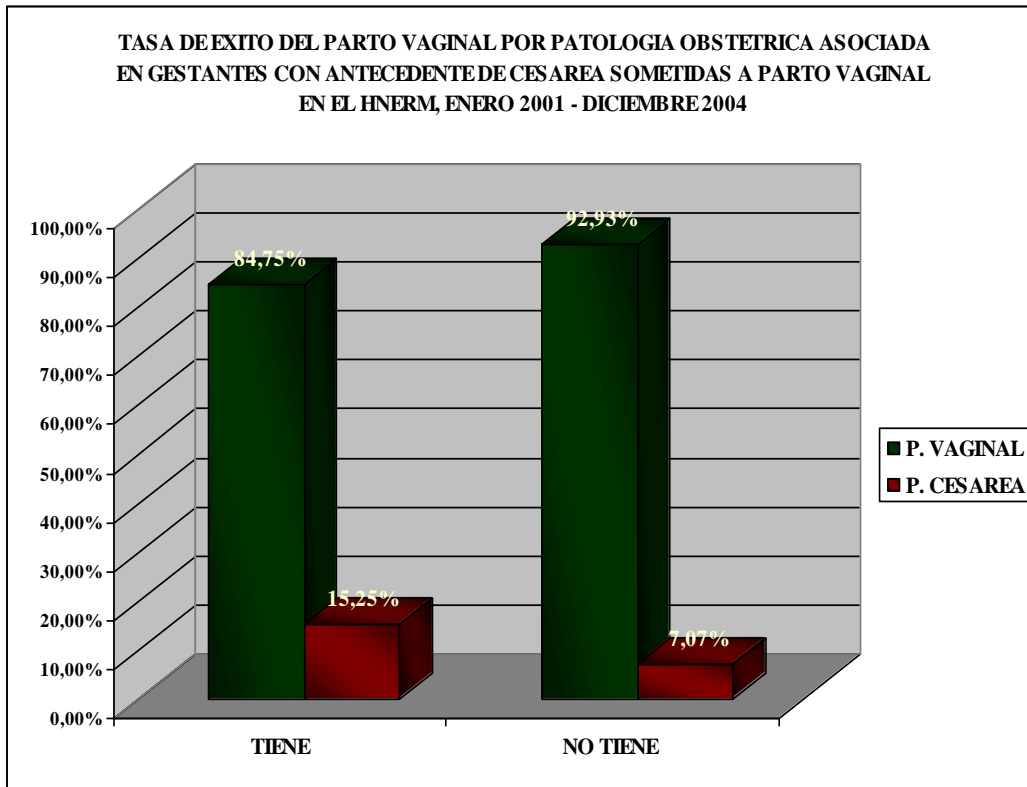


GRAFICO NRO. 05. B

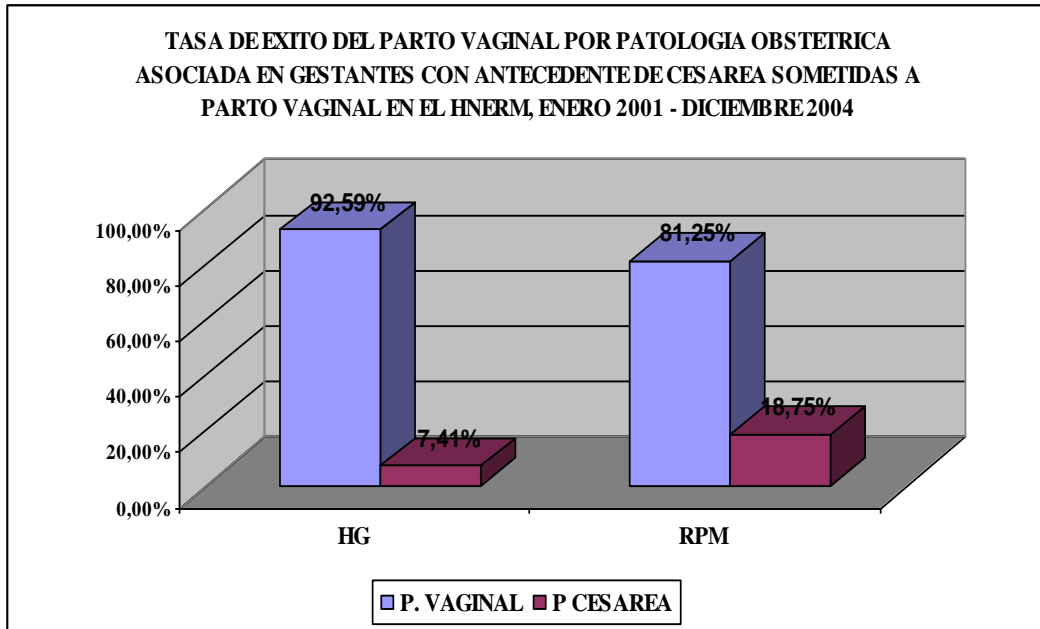


GRAFICO NRO. 06. A

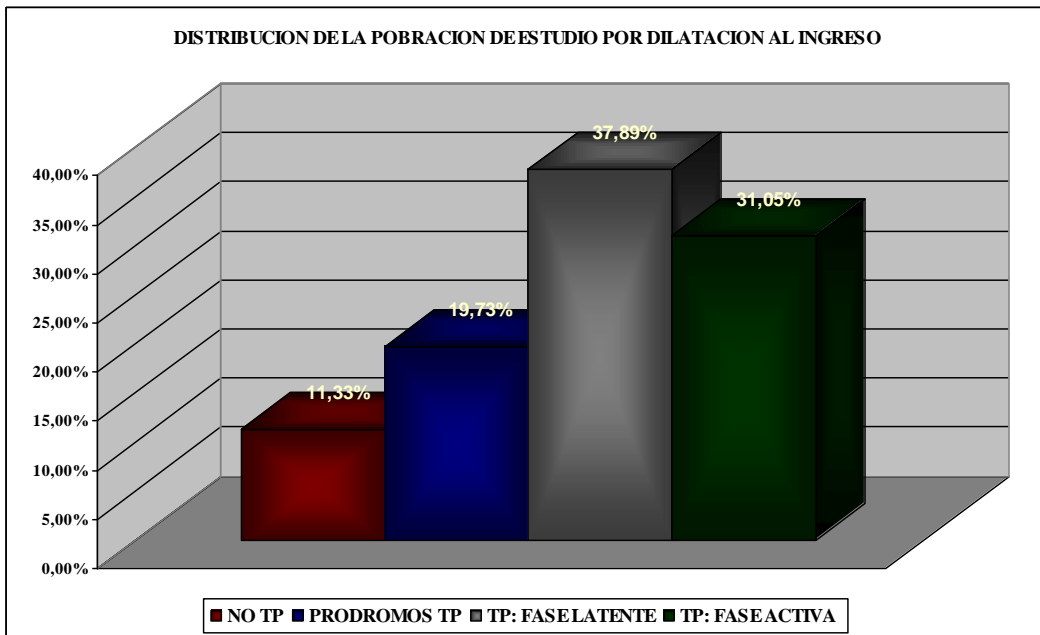


GRAFICO NRO. 06. B

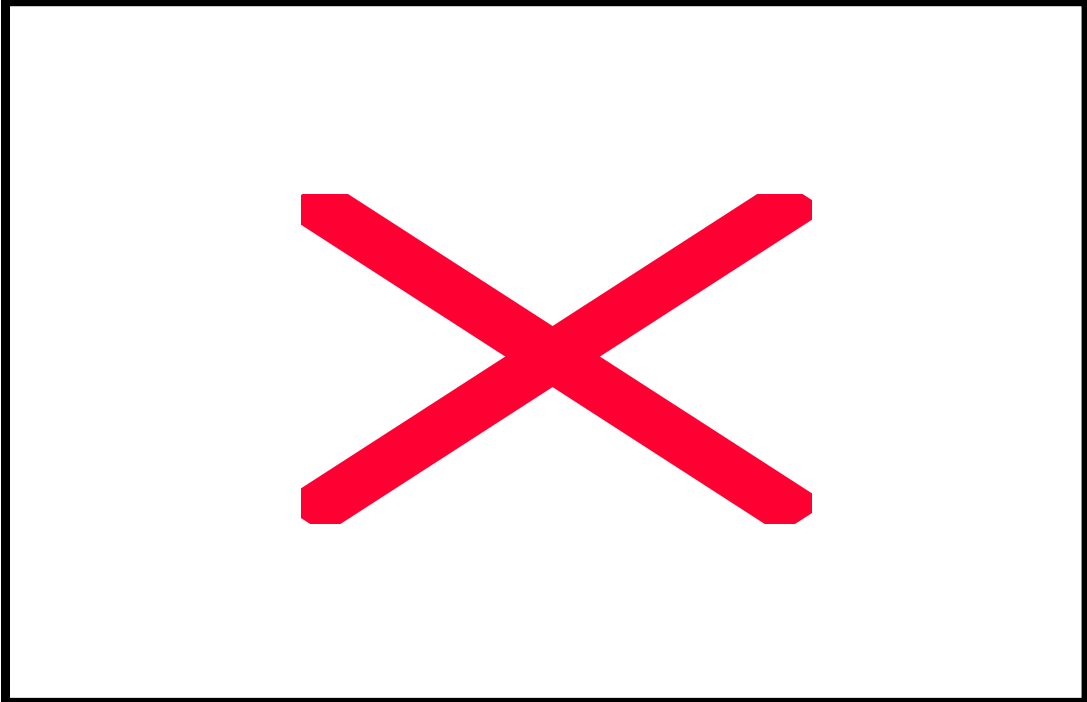


GRAFICO N° 07

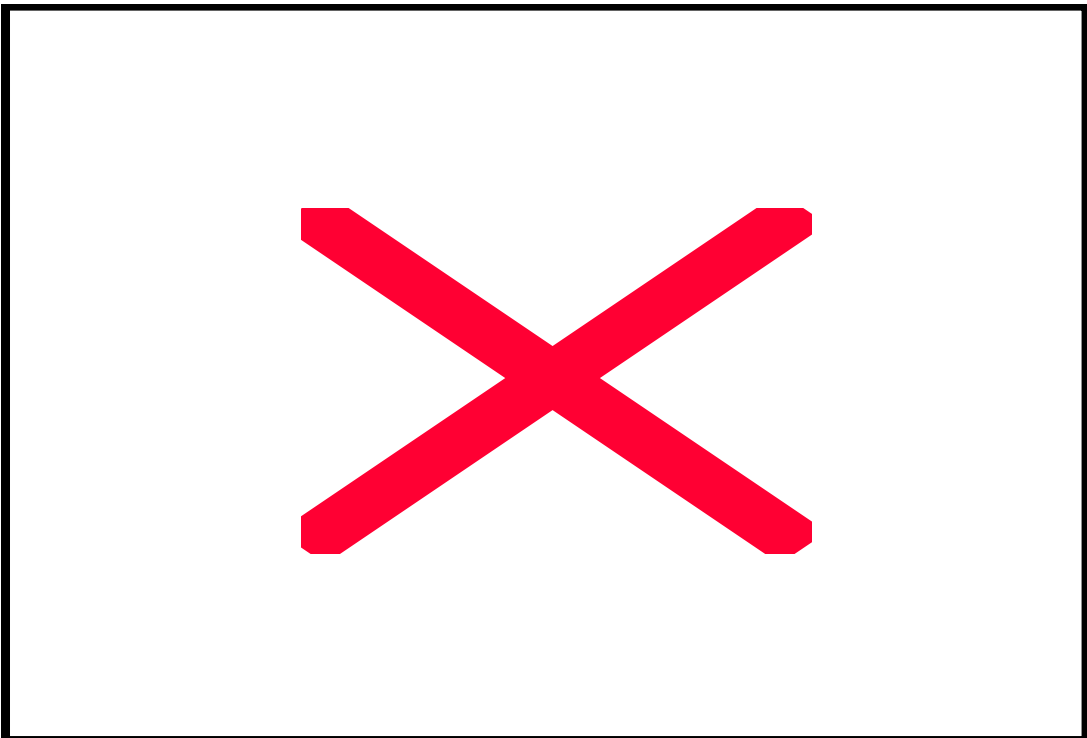
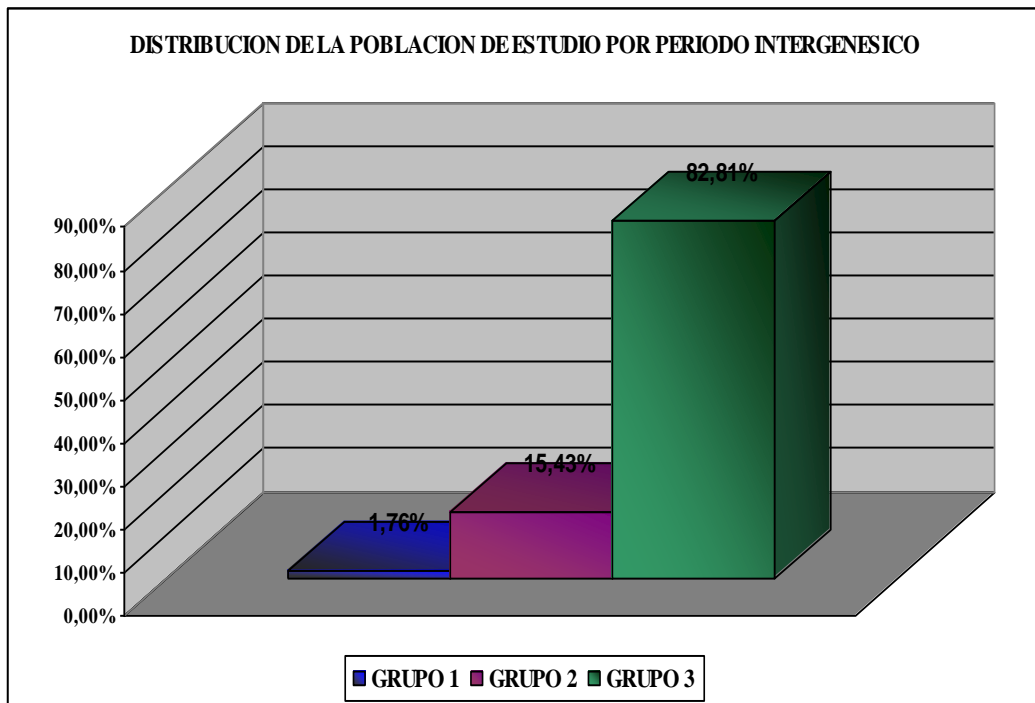


GRAFICO NRO. 08

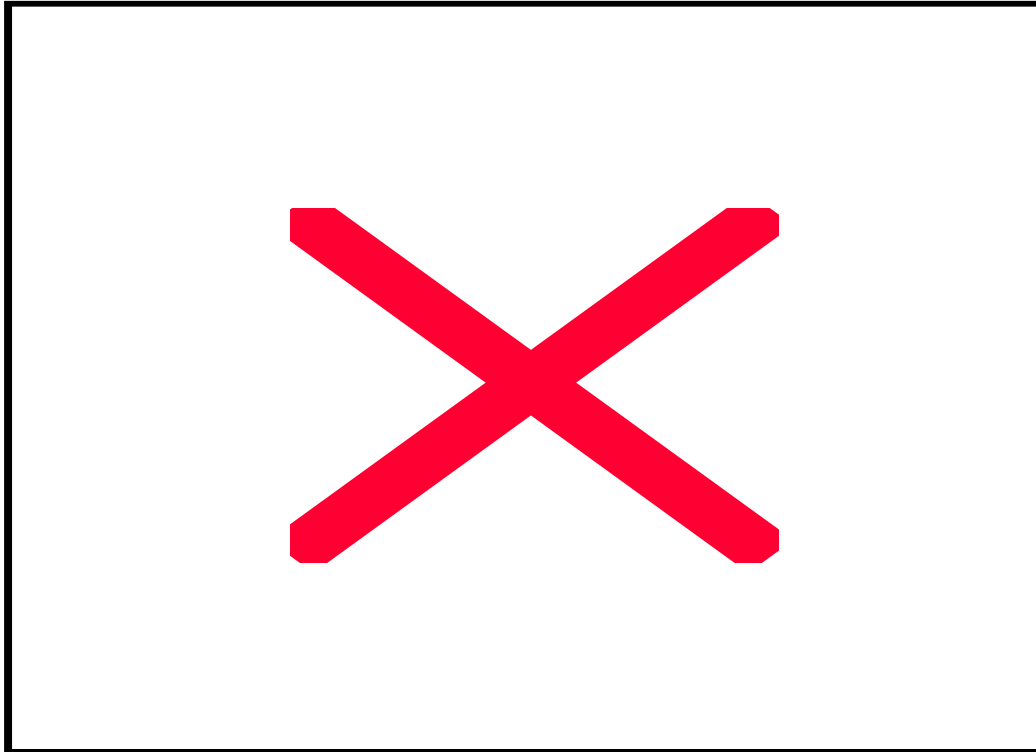


GRAFICO NRO. 09. A



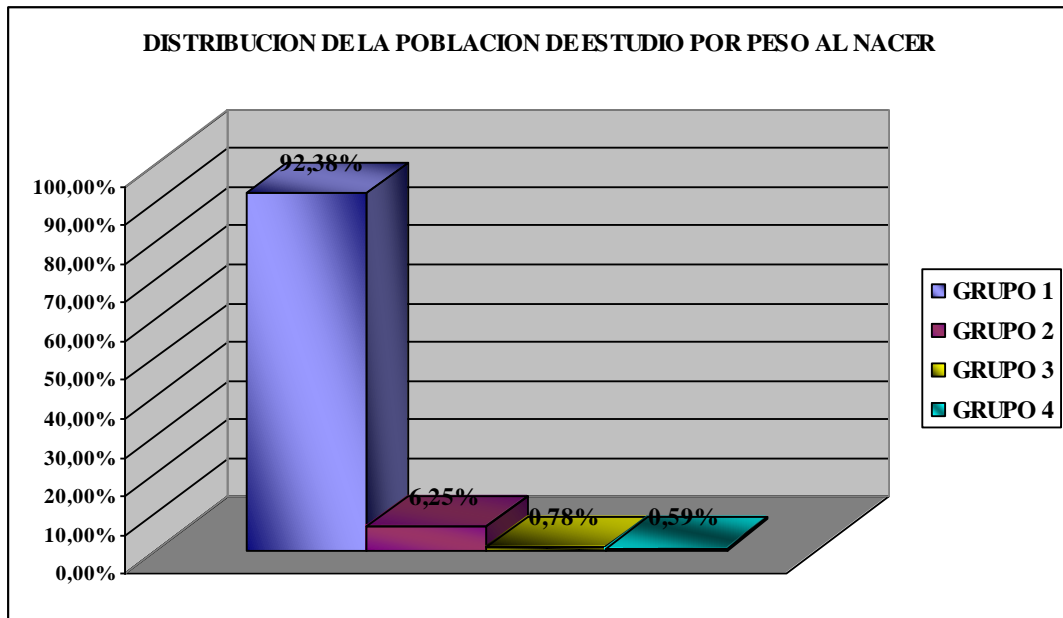
Grupo 1: un año; Grupo 2: 2 años y Grupo 3: 3 o más años.

GRAFICO NRO. 09. B



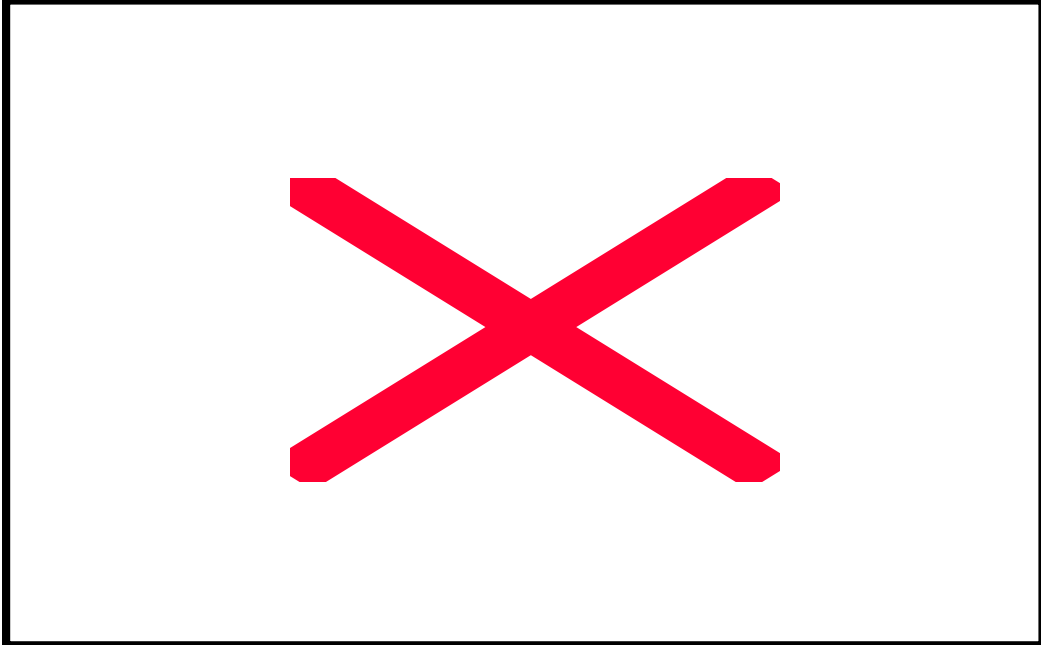
Grupo 1: un año; Grupo 2: 2 años y Grupo 3: 3 o más años.

GRAFICO NRO. 10. A



Grupo 1: Menor o igual a 4000 gr. Grupo 2: De 4000 – 4249 gr. Grupo 3: De 4250 – 4499 gr. y Grupo 4: Igual o mayor a 4500 gr.

GRAFICO NRO. 10. B



Grupo 1: Menor o igual a 4000 gr. Grupo 2: De 4000 – 4249 gr. Grupo 3: De 4250 – 4499 gr. y Grupo 4: Igual o mayor a 4500 gr.

GRAFICO NRO. 12. C

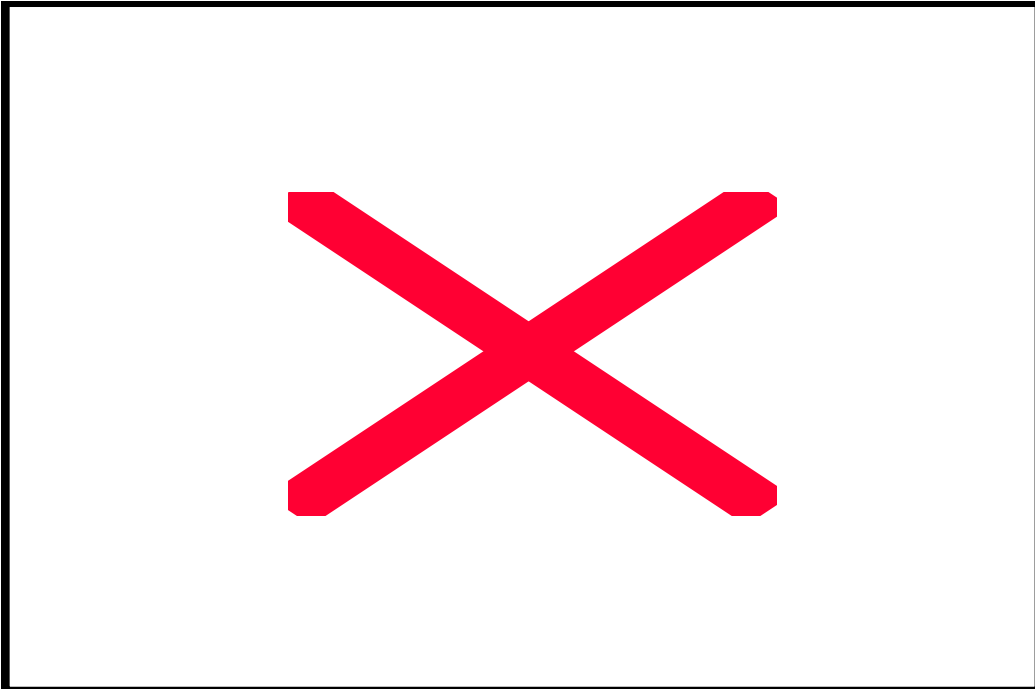


GRAFICO NRO. 13. A

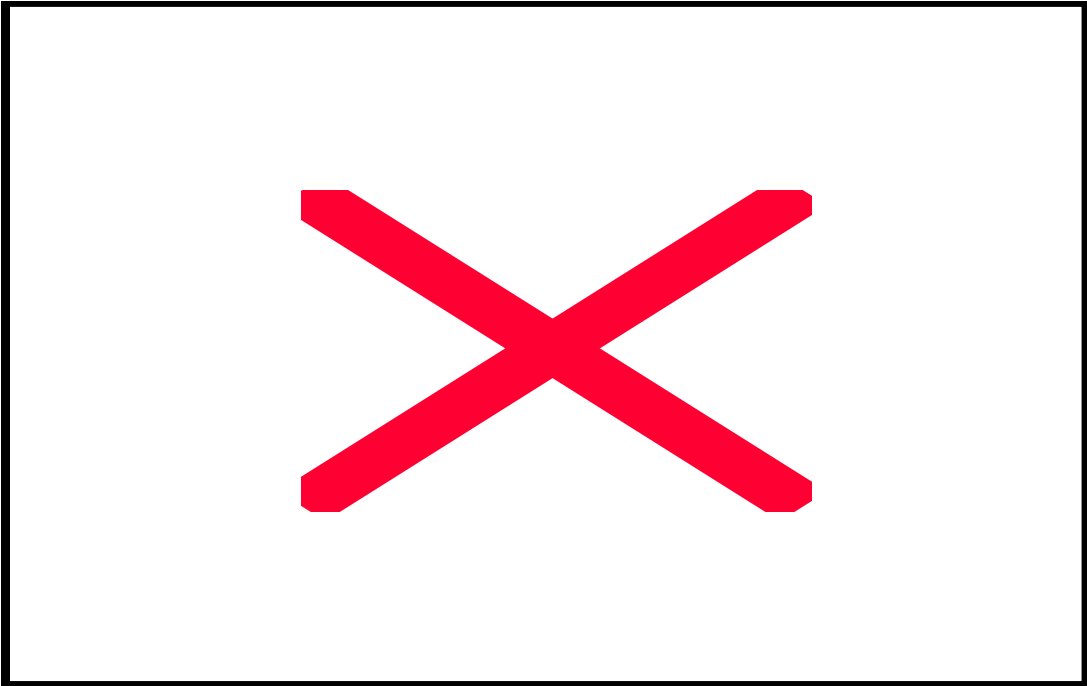


GRAFICO NRO. 13. B

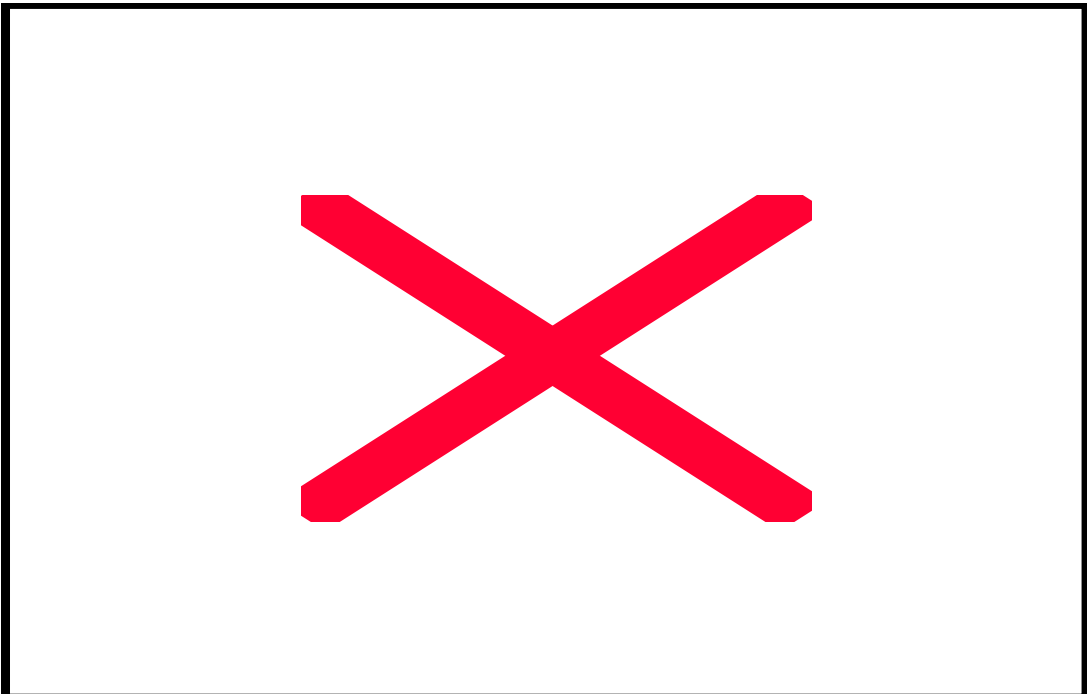


GRAFICO NRO. 14. A

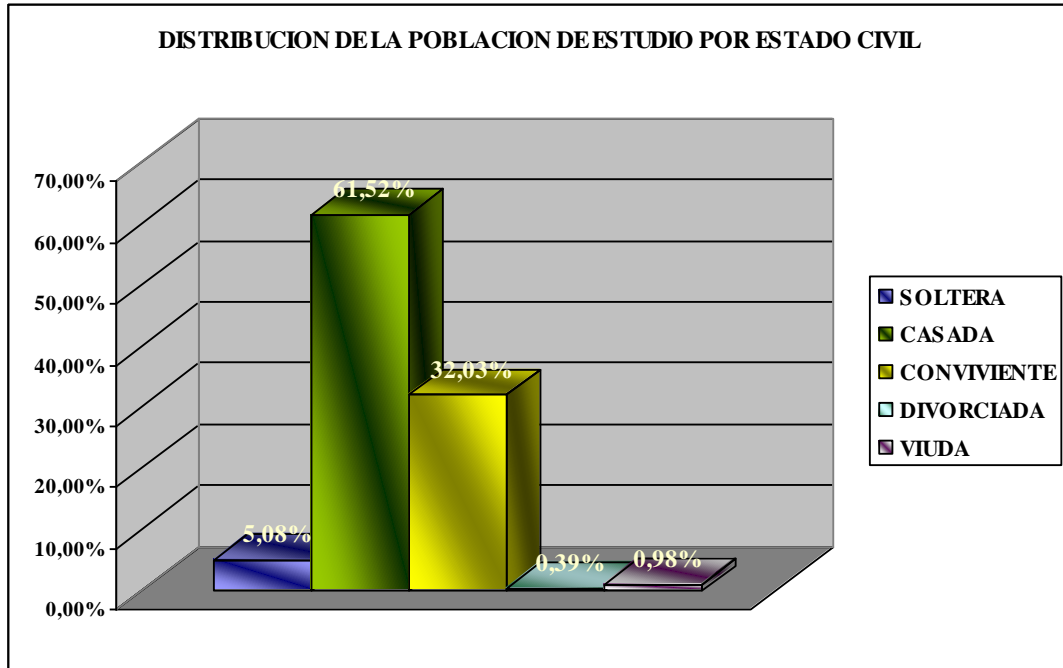


GRAFICO NRO. 14. B

