



Dayana García
dayanakarim@hotmail.es
Estudiante de la escuela de Medicina
Universidad Centro Occidental Lisandro
Alvarado

EVOLUCIÓN DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo describir la evolución del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa que acudieron al Servicio de Emergencias Obstétrica del Hospital Central Universitario Dr. "Antonio María Pineda". En este sentido, se realizó una investigación tipo descriptivo transversal en el lapso agosto-diciembre 2022; con una muestra probabilística de 81 pacientes cuyo promedio de edad fue $23,59 \pm 0,70$ años, y edad gestacional promedio de $38,65 \pm 1,15$ semanas; como antecedentes obstétricos 70,37% eran nulíparas y 59,25% eran segundas gesta. Al ingreso, 41,97% presentaban $\geq 75\%$ de borramiento del cuello uterino y 55,55% dilatación ≥ 4 cm; además, al final 90,12% contaban con $\geq 75\%$ de borramiento y 81,71% dilatación ≥ 4 cm. La tasa de éxito de parto eutócico o vaginal fue de 79,01% y 20,99% de cesárea, siendo la causa de estas últimas distocias de dilatación (64,71%), bienestar fetal comprometido (29,41%) y taquicardia fetal (5,88%). La duración promedio del trabajo de parto fue $4,11 \pm 1,50$ horas, correspondiendo a 62,5% menos de 12 horas en las nulíparas y de 28,13% menor de 8 horas en las multíparas. No se registró ninguna complicación materna. En conclusión, se debe tener en cuenta que la posibilidad de éxito de la vía vaginal en las gestantes con una cesárea anterior dependerá de la correcta selección de las mismas a una prueba de trabajo de parto y continúa siendo una alternativa válida para las mujeres y sus neonatos.

Palabras clave: Cesárea previa, Parto vaginal, trabajo de parto, evolución.

EVOLUTION OF VAGINAL DELIVERY IN PATIENTS WITH PRIOR CESAREAN SECTION

Abstract

The present study aimed to describe the evolution of vaginal delivery in patients with a history of previous cesarean section who attended the Obstetric Emergency Service of the University Central Hospital Dr. "Antonio Maria Pineda". In this sense, a transverse descriptive research in the period August to December 2013 was performed; with a probability sample of 81 patients whose average age was 23.59 ± 0.70 years and 38.65 ± 1.15 average weeks GA; obstetric history as 70.37% and 59.25% were nulliparous seconds were epic. At admission, 41.97% had $\geq 75\%$ effacement and dilation 55.55% ≥ 4 cm; also at the end 90.12% had $\geq 75\%$ effaced and dilated 81.71% ≥ 4 cm. The success rate of vaginal birth or eutocic was 79.01% and 20.99% of caesarean section, being the cause of the latter expansion dystocia (64.71%), fetal wellbeing committed (29.41%) and tachycardia fetal (5.88%). The average duration of labor was 4.11 ± 1.50 hours, corresponding to 62.5% less than 12 hours in nulliparous and 28.13% less than 8 hours in multiparous. No maternal complications were reported. In conclusion, we must consider the possibility of successful vaginal gestated in patients with a previous cesarean will depend on the correct selection of them to a test of labor and continues to be a valid alternative to women and their infants.

Keywords: Previous cesarean section, vaginal delivery, labor, evolution.

Recibido: 12-03-2023
Revisado: 28-03-2023
Aceptado: 15-04-2023

Introducción

El manejo de la gestante con una cesárea previa es controversial, así lo expresa Romero y otros (2004) no existiendo hasta el momento un criterio universal y uniforme acerca de cuál es la conducta a seguir para culminar el embarazo en parto vaginal. Para citar algunos ejemplos, Benavides (2008) menciona la utilización de los oxitócicos durante el trabajo de parto; los procedimientos señalados para acelerar el trabajo de parto, criterios que se manejan en la atención del final de la gestación. Igualmente, señala este autor que la selección de estos criterios va a depender tanto del servicio donde se maneje como de las causas que se consideren para indicarla.

Lo señalado anteriormente establece que la tasa de cesáreas se encuentra en aumento, pudiéndose evitar muchas de ellas con una prueba de trabajo de parto, que en la mayoría de casos lleva a un parto vaginal exitoso, evitando así el alto costo social y económico que conlleva el efectuar una nueva cesárea, disminuyendo los días de hospitalización y la morbilidad puerperal.

Por otro lado, García y Villazón (2008) cita la sentencia hecha por Craigin en 1916, que "después de cesárea, siempre cesárea", actualmente permanece vigente sólo para un grupo pequeño de gestantes, ya que fue promulgada en una etapa de la medicina en la que no se realizaba en forma rutinaria incisiones en el segmento inferior y tampoco se contaba con el arsenal terapéutico actual. Por lo tanto, se hace necesaria una reevaluación de esta doctrina, ya que los riesgos de una cicatriz uterina, como son la mortalidad materna o fetal por rotura uterina, han disminuido drásticamente.

En este sentido, muchos obstetras temen someter a la paciente con cesárea previa al estrés uterino y perineal de un parto vaginal. En hospitales que cuentan con Servicios de Emergencias Obstétricas de todo el mundo, entre los que se encuentra Venezuela se ha tomado la conducta de someter a estas pacientes al trabajo de parto normal con resultados exitosos: se ha visto una evolución similar a las pacientes nulíparas. Sin embargo, García y Villazón (2008) reportan que el incremento de la tasa global de cesáreas es cada vez es más frecuente entre la población obstétrica de gestantes multíparas con antecedente de una o más cesáreas anteriores, por lo que es fácil entender que el antecedente de cesárea anterior sea un motivo frecuente del total de cesáreas. Este aumento en la incidencia de cesáreas se ha convertido en una gran preocupación de los servicios de salud debido al incremento de la morbilidad materna y de los costos.

En consecuencia, la práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente, el propósito de esta conducta es evitar los posibles

riesgos asociados a la cesárea. De hecho, estudios como el realizado por Sáenz y otros (2010) indican que la vigilancia durante el trabajo de parto después de una cesárea tiene una probabilidad de éxito con una mínima morbilidad neonatal y materna.

Para conocer el problema

La cesárea segmentaría es la intervención obstétrica mediante la cual se extrae el feto, la placenta y las membranas ovulares a través de una laparotomía, seguida de una histerotomía. La misma, tiene una serie de complicaciones maternas que pueden surgir durante la intervención o en el postoperatorio. De todas formas, se acepta que, como cualquier intervención quirúrgica, la cesárea tiene un riesgo de muerte, un riesgo que, en principio, es superior al que tiene un parto vaginal (Usandizaga y De la Fuente, 2010).

En este sentido, la Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (siglas en inglés ACOG, 2010) expresan que es cada vez es más evidente que la cesárea no es una panacea. Comparada con el parto vaginal, la cesárea está asociada a mayor pérdida de sangre, recuperación más larga, trastornos neonatales respiratorios más frecuentes, lesiones vesicales y ureterales de la madre, infecciones postparto, eventos tromboembólicos, y mayor número de rehospitalizaciones.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2010) señala que en una institución el porcentaje de cesáreas debe ser de un 15%, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) lo fija en 15,5% (Cunningham y otros, 2006). De hecho, Farr y otros (2007) mencionan que los índices más altos de cesárea están en América Latina, con un rango entre 16% y 40%.

En Venezuela, Uzcátegui y Cabrera (2010) han observado un incremento significativo en los nacimientos por cesárea, siendo una importante causa de morbilidad materna. Igualmente, señalan que los riesgos relativos y absolutos asociados al trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior han originado un aumento en la tasa de cesáreas, a pesar de las evidencias que demuestran la seguridad y los beneficios del trabajo de parto.

En relación, al parto vaginal luego de una cesárea, se han venido realizando diversos trabajos en los últimos años como los reportados Sáenz y otros (2007) dejan en evidencia que el parto vaginal es posible después de una cesárea y que las complicaciones son menores que en una cesárea iterativa en un determinado tipo de gestantes escogidas previamente.

En otro orden de ideas, Benavides (2008) se ha demostrado que el riesgo de muerte y complicaciones maternas en una cesárea es mucho mayor, que las que se pueden presentar en un parto vaginal; además, hay que resaltar que las pacientes con cirugías abdominales previas, entre ellas una cesárea anterior, tiene mayor posibilidad de adherencias, tanto de pared abdominal como de asas intestinales, epiplón, que incluso pudieran estar adheridas a pared uterina, lo que dificultaría el abordaje de la cavidad abdominal, con mayor manipulación, lo que puede retardar la extracción fetal y traería consigo mayor complicaciones maternas, como perforación intestinales, ilio paralítico, infecciones, obstrucción intestinal por bridas, hemorragias, complicaciones anestésicas, entre otros.

Es evidente, que el monitoreo durante el trabajo de parto, cobra importancia tal como lo expresa ACOG (2008). Para ello, se debe tomar en cuenta los siguientes criterios:

- Indagar la causa de la primera cesárea (permanente o transitoria).
- Técnica quirúrgica utilizada.
- Evolución del puerperio (fiebre).
- Antecedente de partos vaginales.
- Exploración cuidadosa del feto (presentación, tamaño, anormalidades, anormalidades ovulares).
- Exploración de la pelvis (pelvimetría clínica y radiológica).
- Tacto vaginal (encajamiento, estado del cuello, maniobra de Hillis).
- Exploración de la dinámica uterina (frecuencia, duración e intensidad de las contracciones).
- Exploración de la cicatriz quirúrgica (pared abdominal y uterina, entre y durante las contracciones).
- Exploración del estado general de la paciente (pulso, tensión arterial, respiración, temperatura, síntomas alarmantes).
- Buscar intencionalmente síntomas aun discretos de rotura uterina.

Con referencia a lo anterior, el riesgo más temido al someter a trabajo de parto a una paciente con antecedente de una cesárea es la rotura uterina. Cuero y Clavijo, (2011) lo define como un defecto que implica el grueso entero de la pared uterina, incluyendo el peritoneo

sobrepuesto, con la salida del contenido intrauterino hacia la cavidad abdomino-pelviana, que requiere intervención operatoria y se presenta en menos del 1% de los casos.

Para someter a una paciente cesareada a una prueba de trabajo, Guise y otros (2010) sin excepciones aclara que deberán cumplir con los siguientes requisitos: vigilancia hospitalaria, contar con una sala quirúrgica preparada, sangre para transfusión disponible en cantidad suficiente, vigilancia competente de un obstetra responsable, prueba de trabajo de parto no mayor de 12 horas y familiaridad del médico en reconocer con rapidez el cuadro clínico de la rotura uterina.

Por lo mencionado anteriormente, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos de Estados Unidos (2010) emite un boletín sobre el parto vaginal después de una cesárea previa. Donde reconoce, en primer lugar, que el parto vaginal después de una cesárea constituye una meta válida para la mujer embarazada con una cesárea previa. En el plano individual, se busca que el parto vaginal después de una cesárea, este asociado a una reducción en las complicaciones maternas de un parto, así como a las complicaciones de futuros partos. A nivel de la salud de la población de madres y niños, el parto vaginal después de una cesárea ayuda a reducir la tasa nacional de cesáreas, una meta básica en todos los países con tasas elevadas de partos por cesárea.

La probabilidad de lograr un parto vaginal después de una cesárea es de 60-80% (ACOG, 2010). También, sugiere que la mayor parte de las madres con una cesárea con incisión transversa en el útero son candidatas a un parto vaginal después de una cesárea, y éste se le debe ofrecer. La sospecha de que el feto sea grande, no debe considerarse como una contraindicación para intentar un parto vaginal después de una cesárea previa. Una duración del embarazo de más de 40 semanas no debe considerarse tampoco como una razón para no intentar un parto vaginal después de una cesárea previa.

Asimismo, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2012) indica los beneficios del parto vaginal después de cesárea frente a la operación cesárea reiterada electiva pueden incluir: menor pérdida de sangre y, por lo tanto, menor riesgo de necesitar una transfusión de sangre, menor riesgo de infección, hospitalización y tiempo de recuperación postparto más breves, se evita la cirugía mayor abdominal y las consecuencias maternas futuras potenciales de varios partos con cesárea como histerectomía, lesiones del intestino o de la vejiga, transfusión, infección y placentación anormal tal como placenta previa y placenta acreta.

Con respecto a lo anterior, se considera el parto vaginal en pacientes con cesárea previa como una alternativa segura, que no presenta un incremento en la morbilidad materno-fetal, aunque existe preocupación con respecto al riesgo de rotura uterina en pacientes con cicatriz previa. De hecho, Goetzinger y Macones (2008) describen algunos factores como tener un parto vaginal previo, tener el cuello uterino borrado al momento de la admisión, no tener la misma causa que ocasionó la cesárea anterior, mujeres blancas, entre otros, favorecen la probabilidad de parto vaginal después de una cesárea previa.

En vista, que en el Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda durante el año 2019 se registraron 14021 partos; sin embargo, no hay registro sobre cuántas mujeres con antecedente de cesárea terminaron su embarazo en parto vaginal, ni tampoco estudios publicados en esta institución de cómo evolucionan durante la progresión del parto. De esta manera, se pretende describir cómo es la evolución de aquellas mujeres que serán sometidas a parto vaginal y tienen como antecedente una cesárea previa, tomando en cuenta los factores que intervienen en el éxito del procedimiento, esto supone llevar a cabo una minuciosa evaluación tanto de la indicación de la cesárea previa y del tipo de incisión uterina practicada como de la presentación y del peso fetal estimado en el embarazo actual.

Basado en lo descrito anteriormente, surgió la siguiente interrogante: ¿Cuál es la evolución del trabajo de parto en pacientes cesareada anterior? Para dar respuesta a esta pregunta se realizó un estudio cuyo propósito es describir la evolución del trabajo de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea.

Por lo expresado, surgió la inquietud de realizar un estudio de tipo descriptivo transversal, tomando como población embarazadas con antecedente de cesárea anterior que asistieron al Servicio de Emergencias Obstétricas del Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda” de Barquisimeto, estado Lara.

El método que guio la investigación

El presente estudio fue una investigación de tipo descriptivo transversal, el cual mide de forma independiente las variables y aun cuando no se formulen hipótesis, las primeras aparecerán enunciadas en los objetivos de la investigación.

La población está definida como la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las unidades de población poseen una característica común. En este sentido, se tomó como referencia la población de mujeres que acudieron al Servicio de Emergencias Obstétricas del Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda” siendo de 14021 partos registrados en el año 2019 (Departamento de Registros y Estadísticas de Salud, 2012). Con esta población se estimó la muestra de tipo probabilística calculada según lo reportado por Cuero y otros (2011), quienes obtienen una frecuencia de 20,3% de pacientes que terminaron en parto vaginal; además se tomó un nivel de significancia del 95% ($\alpha = 0,05$), asimismo, al tamaño muestral se le realizó un ajuste por pérdidas de 10%, lo cual finalmente quedó conformada por 81 pacientes; el mismo fue calculado a través de programa estadístico Epistat. No obstante, las pacientes cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con una cesárea previa
- Embarazo a término
- Pacientes en trabajo de parto espontaneo
- Condiciones cervicales favorables para inducción del trabajo de parto
- Sin contraindicación para la conducción del trabajo de parto
- Bienestar fetal y materno conservado.
- Sin evidencia de alteraciones ovulares
- Criterios de exclusión:

Causas maternas:

- Anemias de moderadas a severas
- Pacientes HIV positivas
- Coagulopatías
- Deterioro materno
- Insuficiencia cardiaca y respiratoria
- Estrechez pélvica
- Antecedentes de más de una cesárea o cirugías uterinas previas
- Condiciones cervicales desfavorables para el parto vaginal
- Periodo intergenésico corto (menor de 15 meses de la cesárea anterior)

- Causas ovulares:
- Oligoamnios
- Placenta previa
- Senectud placentaria
- Alteraciones en el doppler
- Circulares de cordón. Etc.

Causas fetales:

- Macrosomía fetal
- Situación transversa
- Presentación podálica
- Presentaciones deflejadas
- Embarazo gemelar
- Bienestar fetal comprometido (liquido meconial, taquicardia o bradicardia fetal).

Procedimiento

Con el objetivo de llevar a cabo esta investigación, se solicitó la autorización del jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda”, para realizar el estudio en el Servicio de Emergencias Obstétricas. Una vez obtenido el permiso respectivo, se seleccionaron las pacientes que formaron parte de la muestra según los criterios establecidos, y a quienes se les expuso el tipo de investigación, la relevancia de la misma y la participación que tendrían; luego se procedió a la firma del consentimiento informado por escrito de cada paciente. Seguidamente, se llenó el partograma para ver la evolución de estas pacientes durante los tres períodos del trabajo de parto.

Al culminar la recolección de los datos se procesaron en el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 15.0 de acuerdo a los objetivos de estudios. Posteriormente fueron tabulados y presentados en cuadros y gráficas. Con los resultados obtenidos se determinó cómo evoluciona el trabajo de parto en pacientes que tienen como antecedente una cesárea.

Resultados

Cuadro 1.

Distribución de las pacientes en estudio según grupos de edad. Servicio de Emergencias Obstétricas. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

Grupos de Edad (Años)	N°	%
16-20	26	32,09
21-25	30	37,03
26-30	18	22,22
31-35	5	6,17
36-40	2	2,47
Total	81	100,0

Gráfico 1. Distribución de las pacientes en estudio según grupos de edad. Servicio de Emergencias Obstétricas. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

En el cuadro y gráfico anterior se aprecia las edades más frecuentes en pacientes con antecedente de cesárea previa, resultando que el 37,03% se encuentran entre los 21-25 años, seguido del rango de edad de 16-20 años con 32,09% y 22,22% estaban entre los 26-30 años. Se calculó el promedio del grupo general resultando de $23,59 \pm 0,70$ años.

Cuadro 2.

Distribución de las pacientes estudiadas según Antecedentes Obstétricos. Servicio de Emergencias Obstétricas. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

Antecedentes Obstétricos	N°	%
Gesta		
II	48	59,25
III	26	32,09
IV	7	8,64
Paras		
0	57	70,37
I	19	23,45
II	4	4,93
III	1	1,23

Cesáreas		
I	81	100,0
Abortos		
I	9	11,11
	n=81	

En relación a los antecedentes obstétricos se observa que 59,25% de las pacientes son segunda gesta, seguido de 32,09% con tres gestas y 8,64% con cuatro gesta. A su vez, 70,37% refirieron ser nulíparas, sin embargo, dentro de estas se encontraban el 11,11% de las pacientes que tenían el antecedente de abortos y el 23,45% cuentan con una para. Además, 100% contaban con una cesárea anterior.

Cuadro 3.

Distribución de las pacientes en estudio según edad gestacional. Servicio de Emergencias Obstétricas. Hospital Central universitario Dr. Antonio María Pineda.

Edad Gestacional	N°	%
37	11	13,58
38	27	33,33
39	22	27,16
40	18	22,22
41	3	3,70
Total	81	100,0

Gráfico 2. Distribución de las pacientes en estudio según edad gestacional. Servicio de Emergencias Obstétricas. Hospital Central universitario Dr. Antonio María Pineda.

En relación a la edad gestacional, se evidencia que 33,33% contaban con 38 semanas, seguido de 27,16% con 39 semanas y 22,22% con 40 semanas; siendo el promedio de $38,65 \pm 1,15$ semanas de gestación.

Cuadro 4.

Distribución de las pacientes en estudio según características de la primera parte del trabajo de parto. Servicio de Emergencias Obstétricas. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

Primera Parte del Trabajo de Parto	Ingreso		Final	
	Nº	%	Nº	%
Borramiento				
>75%	34	41,97	73	90,12
25-75%	27	33,33	7	8,64
<25%	20	24,69	1	1,23
Dilatación				
<4 cm	36	44,44	15	18,51
≥4 cm	45	55,55	66	81,71
n=81				

Durante la primera parte del trabajo de parto, se logró obtener 41,97% al ingreso y 90,12% al final presentarán un borramiento del cuello uterino mayor del 75%; mientras, que 55,55% al ingreso y 81,71% reportarán una dilatación mayor o igual a 4 cm.

Cuadro 5.

Distribución de las pacientes en estudio según tipo de parto. Servicio de Emergencias Obstétricas. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

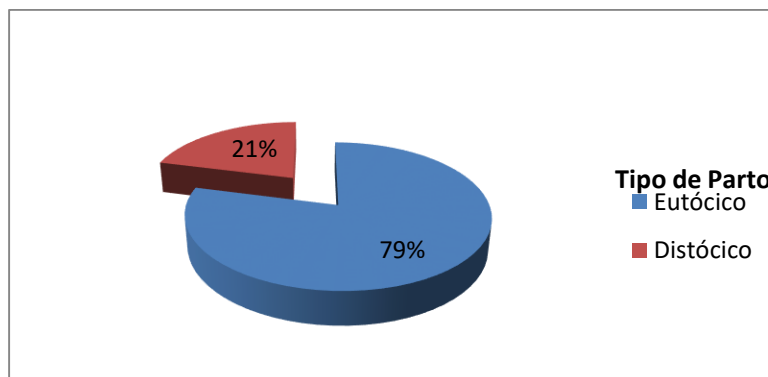


Gráfico 3. Distribución de las pacientes es estudio según tipo de parto. Servicio de Emergencias Obstétricas. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

En relación al tipo de parto, se observa que 79,01% fueron eutócico y 20,99% distócico.

Cuadro 6.

Distribución de las pacientes según causa de la distocia. Servicio de Emergencias Obstétricas. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

Causas de la Distocia	N°	%
1.- Bienestar Fetal		
Comprometido: 1.1.- Taquicardia Fetal	1	5,88
1.2.- Líquido Meconial	5	29,41
2.- Distocia de dilatación	11	64,71
n=17		

Del total de pacientes que culminaron el parto por cesárea, se observa que la principal causa fue la distocia de dilatación con 64,71%, seguido de bienestar fetal comprometido por líquido meconial con 29,41% y con menor frecuencia bienestar Fetal comprometido por taquicardia fetal con 5,88%.

Cuadro 7.

Distribución de las pacientes en estudio según duración del trabajo de parto. Servicio de Emergencias Obstétricas. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

Duración del Trabajo de Parto	Eutócico		Distócico	
	Nº	%	Nº	%
Nulíparas				
Expulsivo	1	1,56	0	0,0
<12 horas	40	62,50	15	88,23
≥12 horas	1	1,56	0	0,0
Múltiparas				
Expulsivo	4	6,25	0	0,0
<8 horas	18	28,13	1	5,88
≥8 horas	0	0,0	1	5,88
		n=64	n=17	

Tomando en cuenta las pacientes que lograron parto eutócico, se pudo determinar que en las nulíparas 62,50% reportaron una duración menor de 12 horas; mientras, que las pacientes con parto distócico o cesárea fue de 88,23%. En cambio las múltiparas con parto eutócico 28,13% fueron menor de 8 horas y 6,25% expulsivo. No obstante, se calculó el promedio del grupo de parto eutócico resultando igual a $4,11 \pm 1,50$ horas.

Cuadro 8.

Distribución de las pacientes en estudio según complicaciones maternas. Servicio de Emergencias Obstétricas. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

Complicaciones Maternas	Nº	%
Si	0	0,0
No	81	100,0
Total	81	100,0

Por último, no se registraron complicaciones maternas.

Discusión

El manejo de la gestante con una cesárea previa es aún controversial, no existiendo hasta el momento un criterio universal y uniforme acerca de la mejor conducta a seguir en estos casos. Muchas son las variables que se manejan en la atención del final de la gestación, por esto no existiendo una normativa a la hora de indicar una operación cesárea, los criterios van a depender tanto del servicio donde se maneje como de las causas que se consideren para indicarla (Romero y otros, 2004).

En el Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda” se atendieron un total de 14021 partos para el año 2019, encontrándose una tasa de cesárea de 48,75%. Es por ello, que la decisión de utilizar como procedimiento una cesárea o parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa, depende de diversos factores, los cuales influyen en la posibilidad de presentar complicaciones.

En este sentido, se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra conformada por 81 pacientes con embarazos a término y el antecedente de una cesárea. Estas pacientes se caracterizaron también por registrar un promedio de edad de $23,59 \pm 0,70$ años y una edad gestacional de $38,65 \pm 1,15$ semanas. Al compararlo con el estudio realizado por Torres y Rodríguez (2011) señalan que la edad de las pacientes oscila entre $25,36 \pm 5,89$ años y la edad gestacional fue de $38,50 \pm 1,05$ semanas; mientras, que Santisteban y otros (2012) encuentra un promedio mayor de edad siendo de $27,3 \pm 3,58$ años.

En lo que respecta a los antecedentes obstétricos, Sáenz y otros (2010) establece que 51,3% de mujeres tenían como antecedente solo un parto previo y Huertas y Pocco (2010) afirma que 17,9% registró parto vaginal previo; en este estudio 70,37% no refirieron parto vaginal previo; sin embargo, 23,45% manifiesta una para antes de la cesárea. Al compararlo con lo reportado por Del Rio (2012) consigue como antecedentes obstétricos que 82% no tienen partos previos, 10% antes y 6% posterior a la primera cesárea.

En relación a la evolución del trabajo de parto en su primera parte, De Rio (2012) señala que al ingreso 56% de las pacientes presentaban $>75\%$ de borramiento del cuello uterino y 64% dilatación ≥ 4 centímetros. En el presente estudio, se logró obtener que al ingreso 41,97% y 90,12% al final que presentaron borramiento del cuello uterino $>75\%$; mientras, que 55,55% al ingreso y

81,71% reportaran una dilatación mayor o igual a 4 cm. En el estudio de Sánchez y otros (2003) al relacionar las variables, las pacientes que tuvieron un parto vaginal sin dificultades, fueron las que al ingreso tenían actividad uterina regular, con dilatación mayor a 4 cm y actividad uterina regular tuvieron mayor cantidad de partos que aquellas que al ingreso no tenían modificaciones cervicales o que tenían actividad uterina irregular o nula.

Como resultado del trabajo de parto, Del Rio (2012) logra una tasa de éxito de parto vaginal de 87,2% y 12,8% por cesárea. En el presente estudio se obtuvo que 79,01% fueran partos eutócico o vaginal y 20,99% distócico o cesárea. Por su parte, SOGC (2005) afirma que la tasa de éxito del parto por vía vaginal después de una cesárea oscila entre el 72-76%, llegando al 87-90% si ha habido un parto vaginal previo. En otro estudio, realizado por Núñez y otros (2011) expresa resultados contrarios donde 88,3% culminaron en una cesárea iterativa y la prevalencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa fue 12%. También, Santisteban y otros (2012) obtuvieron como resultados que el éxito del parto vaginal fue 86,5%, de los cuales el 69,7% fueron por partos espontáneos y 14,6% partos estimulados con oxitocina.

Cabe mencionar, aquellas pacientes que culminaron en cesárea, se registró como principal causa la distocia de dilatación con 64,71%, seguido de bienestar fetal comprometido por líquido meconial con 29,41% y bienestar fetal comprometido por taquicardia fetal con 5,88%. Sin embargo, Núñez y otros (2011) presentan como las causas más frecuentes de la cesárea alteración del bienestar fetal (23,1%), macrosomía (17,6%) y sospecha de dehiscencia de sutura uterina anterior (11,7%). Mientras, que Del Rio (2012) fueron taquicardia fetal (33,33%), Meconial espeso (33,33%), distocia de dilatación (16,67%) y de descenso (16,67%).

Tomando en cuenta las pacientes que lograron parto eutócico o vaginal, se pudo determinar que el promedio del parto fue de $4,11 \pm 1,50$ horas; no obstante, en las nulíparas 62,50% presentaron una duración menor de 12 horas; sin embargo, del total de los partos distócicos un 88,23% de estos se encontraron en el grupo de pacientes nulíparas con menos de 12 horas del trabajo de parto. En cambio las multíparas con parto eutócico 28,13% fueron menor de 8 horas y 6,25% expulsivo. Contrariamente, Del Rio (2012) encuentra una duración promedio del trabajo de parto mayor correspondiendo a $9,60 \pm 2,40$ horas.

En cuanto a las complicaciones maternas ninguna paciente presentó algún tipo de complicación, lo cual coincide con Huertas y Pocco (2010) y Guise y otros (2010) no reportaron

complicaciones; contrariamente, Núñez y otros (2011) señalan que la más frecuente fue el desgarro vaginal (42,85%), aunque 14,29% presentó dehiscencia del segmento tercio izquierdo. A pesar de que Cunningham y otros (2006) y Sáenz y otros (2010) consideraron seis complicaciones: muerte materna, rotura uterina, endometritis, infección de herida operatoria, histerectomía y necesidad de transfusión sanguínea, siendo las dos primeras las más temidas e importantes.

Finalmente, se puede afirmar que la mejor evidencia sugiere que el parto vaginal después de una cesárea es una opción razonable para la mayoría de las mujeres. Actualmente se carecen de estudios definitivos que permitan identificar a los pacientes que corren mayor riesgo de resultados adversos. La conclusión principal y evidencia actual es que el parto vaginal después de cesárea es una alternativa válida para las mujeres y sus neonatos.

Conclusiones

Con el propósito de evaluar la seguridad del parto en gestantes con embarazo a término y antecedente de una cesárea, basado en los resultados obtenidos, se presentan las siguientes conclusiones:

1. El promedio de edad del grupo general fue de $23,59 \pm 0,70$ años, cuyo antecedente obstétrico más importante fue que más de la mitad de la muestra eran pacientes nulíparas con un promedio de edad gestacional de $38,65 \pm 1,15$ semanas.
2. Como característica de la primera parte del trabajo de parto, se logró obtener que las pacientes tuvieran actividad uterina regular al ingreso, es decir, borramiento mayor o igual al 75% y dilatación mayor a 4 cm y estas tuvieron mayor cantidad de partos que aquellas que al ingreso no tenían modificaciones cervicales o que tenían actividad uterina irregular o nula.
3. La tasa de éxito de parto eutócico o vaginal fue de 79,01%, con una duración promedio de $4,11 \pm 1,50$ horas.
4. Las principales causas de parto distócico o cesárea fueron distocia de dilatación, bienestar fetal comprometido por líquido meconial y taquicardia fetal.
5. No se registraron complicaciones maternas.

Se concluye que, el parto vaginal en pacientes con cesárea anterior se considera seguro y con altas probabilidades de éxito con mínimos o nulos riesgos dadas todas las condiciones mínimas

favorables; por lo tanto, es una alternativa aceptable para evitar una cesárea repetida electiva en pacientes con cesárea previa.

Recomendaciones

Finalmente, para que el parto eutócico simple sea exitoso luego de una cesárea, se tiene que tener ciertas condiciones, siempre y cuando este establecido en las Normas de Práctica Clínica y Procedimientos del Departamento de Obstetricia y Ginecología, aunado a la experiencia del personal médico de la especialidad en obstetricia y ginecología. Para ello, es necesario:

- Mantener un control prenatal adecuado, donde la paciente sea conocida en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico.
- Asesorar a las gestantes en la importancia de tener un parto vaginal y todos los beneficios que este tiene, para desterrar la idea concebida de la cesárea sin causa seriamente definida.
- Contar con el personal médico suficiente: enfermería, anesthesiólogo, obstetra capacitado, pediatra.
- Contar con un pabellón disponible en la sala de partos.
- Contar con un servicio de banco de sangre que funcione.
- Realizar un trabajo en equipo con el personal de anestesia, donde se logre colocar analgesia obstétrica a todas aquellas pacientes que se le realizará inducción o conducción del trabajo de parto con una cesárea previa.
- Incentivar a las puérperas, futuras gestantes, a realizar controles prenatales desde el primer trimestre, velando así por condiciones óptimas para el binomio madre-niño.
- Mantener un control estricto y monitoreo desde el inicio del trabajo de parto, evaluando periódicamente la frecuencia y la intensidad de las contracciones uterinas, el avance en cuanto a la dilatación cervical y el descenso de la presentación.
- Monitoreo fetal continuo, donde se determine la frecuencia cardiaca fetal y las características del líquido amniótico.

- Fomentar medidas que se pueden emplear para prevenir la rotura uterina principal complicación, aparte de estar basadas en una adecuada selección de las pacientes; además, existen medidas que dependerán de la técnica empleada para realizar la cesárea.
- Mantener la comunicación con la paciente desde antes del parto, desde la consulta prenatal explicándole las ventajas y desventajas del parto vaginal tanto para la madre como para el producto, comparándolas con las de tener un parto por cesárea segmentaria.
- Actualizar las Normas de Práctica Clínica y Procedimientos del Departamento de Obstetricia y Ginecología, en especial señalando los criterios para realizar prueba de parto a toda embarazada con cesárea previa sin contraindicaciones para el mismo.
- Continuar con esta línea de investigación para obtener un protocolo de manejo para este tipo de pacientes en el centro hospitalario, en el cual se permita dar la oportunidad de parto por vía vaginal a aquellas gestantes que cumplan con las condiciones necesarias y que no presenten contraindicaciones

Referencias

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). *Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles*. Practice Bulletin No. 106. Obstet Gynecol; 114:192–202.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). Vaginal birth after previous cesarean delivery. Practice Bulletin No. 115. Obstet Gynecol; 16:450–63.
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación introducción a la metodología científica*. Ed. Episteme. Caracas. Pp. 67-69.
- Benavides, L. (2008). *Conducta durante el trabajo de parto de la mujer con cesárea previa*. Ginecología y Obstetricia Mexicana; 76(10):621-8.
- Código de Deontología Médica. (2003). LXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana. Caracas, Venezuela.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (2000). Gaceta Oficial de República Bolivariana de Venezuela, N° 37.541 (Extraordinaria).
- Cuero, O; Clavijo, C. (2011). *Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia): Estudio de Cohorte*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 62, N.2, Pp. 148-154.
- Cunningham, F., McDonald, P., Gant, N. (2009). *Conduct of normal labor and delivery*. En: Cunningham, F; McDonald, P; Gant, N; eds. Williams obstetrics. 23rd Edition, The McGraw-Hill Companies, Inc.

- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Gilstrap, L., Hauth, J., Wenstrom, K. (2006). *Obstetricia de Williams*. 22ª Edition. México: Mac Graw-Hill.
- Dawson, B., Trapp, R. (2002). *Bioestadística Médica*. Tercera edición. Manual Moderno. México.
- Del Rio, M. (2012). *Parto Vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa*. Servicio de Sala de Parto. Hospital General Dr. Pastor Oropeza Riera. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Barquisimeto, estado Lara. Trabajo de grado para optar a especialista en Obstetricia y ginecología del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Barquisimeto, Estado Lara.
- Ebell, M. (2007). *Predicting the likelihood of successful vagina birth after cesarean delivery*. Am Fam Physician; 76:1192-4.
- Farr, S., Jamieson, D., Vásquez, R., Ahmed, Y., Heilig, M. (2007). *Risks factors for cesarean delivey among Puerto Rican women*. Obstet Gynecol; 109:1351-1357.
- García, A., Villazón, H. (2008). *Resolución del Embarazo de Término, secundaria a Cesaréa previa*. Hospital Materno Infantil “German Urquidi”. Bolivia. Revista de Salud Pública Vol. 19. N° 29. Pp. 11-16.
- García, J., Jiménez, F., Arnaud, M., Ramírez, Y., Lino, L. (2011). *Introducción a la Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud*. Editorial Mc Graw Hill.
- Goetzinger, K., Macones, G. (2008). *Operative vaginal delivery: current trends in obstetrics*. Womens Health (Lond Engl); 4:281–90.
- Guise, J., Eden, K., Emeis, C., Denman, M., Marshall, M. (2010). *Vaginal birth after cesarean: new insights*. Evidence Reports/Technology Assessments No. 191. (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-I.) AHRQ Publication No. 10-E003, Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. Obstet Gynecol; 115(6):1267-78
- Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5a ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Huertas, E., Pocco, D. (2010). *Prueba de Trabajo de Parto en Cesareada anterior*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia; 56: 284-288.
- Kettle, C., Johanson, R. (2002). *Continuous versus interrupted sutures for perineal repair*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1.
- Ley Orgánica para la Protección del Niño y Adolescente. (1998). Gaceta Oficial N° 5.266. República de Venezuela.
- Ley del Ejercicio de la Medicina. (1982). República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 3002.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2003). *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva*. Decreto Ministerial N° 364 publicado en Gaceta Oficial N° 37.705. Caracas, Venezuela.
- Núñez, M; Orquiola, L; Cataldi, C. (2011). *Prevalencia de Parto Vaginal en Pacientes con Cesárea Previa*. Hospital Materno Infantil San Pablo (Asunción, Paraguay). Revista de Obstetricia y Ginecología de Paraguay. Disponible en: scielo.iics.una.py/pdf/hn/v2n2/v2n2a05.pdf. (Consulta: 10-07-2013).
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estadísticas sanitarias mundiales 2009*. Disponible en: <http://www.who.int/statistics>. (Consulta: 10-07-2013).

- Pérez, P. (2005). *Parto vaginal en la cesareada anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé*. Tesis para optar al grado de especialista en Gineco-Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina Human. Unidad de Postgrado.
- Rodríguez, E., Escudero, A., Gaité, M., Suárez, M. (2003). *Vía del parto tras cesárea anterior: factores asociados*. Prog Obstet Ginecol; 46:250-6.
- Romero, A., Arce, R., Lind, E., Bazán, C. (2004). *Prueba de trabajo de parto en pacientes con antecedentes de cesárea previa*. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina: N° 135. Pp. 12-16.
- Sáenz, C., Santana, S., Torres, L. (2010). *Cesárea electiva y parto vaginal en cesareada previas: comparación de complicaciones materno-neonatales*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia: 56: 232-237.
- Sánchez, R., Hantz, I., Ortiz, O., Chávez, A. (2003). *Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa*. Revista Facultad de Medicina. UNAM Vol.46 N°.1.
- Santisteban, J., Sánchez, M., Leyva, L. (2012). *Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital "Laura Esther Rodríguez Dulanto" de Supe. 2004-2010*. Revista Aporte Santiaguino; 3(2): 222-230.
- Scott, J. (2011). *Parto Vaginal Después de Cesárea: Un Planteamiento de Sentido Común*. The American College of Obstetricians and Gynecologists; 118:342-50.
- Sims, E., Newman, R., Hulsey, T. (2001). *Vaginal birth after cesarean: to induce or not to induce*. Am J Obstet Gynecol; 184 (6):1122-4.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2012). *Parto vaginal tras cesárea*. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Programa de Obstetricia y Ginecología; 55: 347-66.
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). (2005). *Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth: No. 155*. J Obstet Gynaecol Can; 27: 164-74.
- Torres, Y., Rodríguez, M. (2011). *Parto Vaginal después de cesárea: Experiencia en el Hospital Universitario "Dr. Manuel Núñez Tovar"*. Maturín. Edo. Monagas XXVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología.
- Usandizaga, J., De la Fuente, P. (2010). *Tratado de Obstetricia-Ginecología*. Ed. Marban. Madrid. Vol 1. Cap 14: 655.
- Uzcátegui, O., Cabrera, C. (2010). *Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento Informado*. Revista de Obstetricia y Ginecología Venezolana; 70(1):47-52