PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TÍTULO:

Factores asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período Junio 2016 – Junio 2017.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Autor:

MD. Darwin Hernán Cervantes Ortega

Director:

Dr. Wilson Hernán Merecí

Director metodológico:

Dr. Hugo Pereira Olmos

Quito, 2017

DEDICATORIA:

El presente trabajo de tesis está dedicado a mis amados padres Mónica y Euclides quienes con su ejemplo, esfuerzo, dedicación y amor, supieron fomentar en mí valores y principios además de la confianza para cumplir las metas planteadas, siempre están presentes en los momentos más difíciles y con más razón en las alegrías.

A mi esposa e hijo Diana y Felipe quienes son y fueron la inspiración para seguir adelante día a día, para no dejarme vencer por las piedras que nos encontramos en este camino.

A mis abuelitos Charito y Rafael, son la representación de amor, respeto y sabiduría un ejemplo a seguir.

A mis tíos Teresita y Mario quienes pese a la distancia siempre estuvieron presentes para darme un consejo, una voz de aliento para seguir adelante.

I. TÍTULO:

Factores asociados con el éxito o fracaso del parto céfalo-vaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período junio 2016 – junio 2017.

Año 2017

II. AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer a mis tutores Dr. Wilson Merecí y Dr. Hugo Pereira por el apoyo incondicional ante cada una de mis dudas, supieron guiarme para culminar el presente trabajo.

Como no mencionar a cada uno de mis maestros y amigos que durante el camino de posgrado impartieron sus enseñanzas logrando enseñarme sobre el arte de la Ginecología y Obstetricia, aprendí a amar la profesión elegida.

III. TABLA DE CONTENIDOS:

DEDICATORIA: 2

I. TÍTULO: 3

II. AGRADECIMIENTOS: 4

III. TABLA DE CONTENIDOS: 5

IV. LISTA DE FIGURAS: 8

V. RESUMEN: 11

CAPÍTULO I 12

1.1 INTRODUCCIÓN: 12

1.2. JUSTIFICACIÓN. 14

1.3. **PROBLEMAS Y OBJETIVOS.** 15

1.3.1. Planteamiento del Problema: 15

1.3.2. Pregunta de la investigación: 16

1.3.3. Interrogantes de la investigación: 16

1.3.4. Objetivos: 16

1.4. HIPÓTESIS: 17

CAPÍTULO II 18

2.1. ANTECEDENTES: 18

2.2 INDICACIONES CESÁREA 20

2.2.1. Indicaciones absolutas: 20

2.2.2. Indicaciones relativas: 21

2.3 COMPLICACIONES CESÁREA 22

2.4 MANEJO DE PACIENTE CON CESÁREA PREVIA 23

2.4 TASA DE ÉXITO DEL PARTO. 23

2.5 ELECCIÓN DE LA VÍA DE PARTO. 23

2.5.1 Contraindicaciones de TOLAC. 24

2.6 Riesgos y Beneficios intento de parto vaginal frente a cesárea programada. 24

2.7 Características que aumentan la probabilidad de éxito de parto vaginal. 25

2.7.1 Parto vaginal exitoso previo. 25

2.7.2 Trabajo de parto espontáneo al ingreso. 26

2.8 Inducción de Parto. 27

2.9.1 Signos y síntomas de ruptura uterina. 28

2.10 Requisitos estructurales. 29

CAPÍTULO III 30

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 30

3.2. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN. 30

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA (SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA). 30

3.3.1. Población: 30

3.3.2. Muestra: 31

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS. 31

3.5. DURACIÓN DEL ESTUDIO. 31

3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN. 32

3.6.1. Criterios de inclusión casos: 32

3.6.2. Criterios de exclusión casos: 32

3.6.3. Criterios de inclusión controles: 33

3.6.4. Criterios de exclusión controles: 33

3.6.5. Criterios de eliminación: 33

3.7. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN (DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN). 33

3.7.1. Técnica de investigación. 33

3.7.2. Instrumento de recolección de la información: 34

3.7.3. Fuente de datos: 34

3.8. MATRIZ DE VARIABLES. 35

3.9. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO. 36

3.10. TÉCNICA, INSTRUMENTOS 41

3.11. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS. 41

3.12. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS. 41

CAPÍTULO IV 43

4.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO. 43

CAPÍTULO V 60

5.1. DISCUSIÓN. 60

5.2. CONCLUSIONES. 65

5.3. RECOMENDACIONES. 66

CAPÍTULO VI 67

5.1. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 67

CAPITULO VII 72

7.1. ANEXOS 72

IV. LISTA DE FIGURAS:

Figura 1. Porcentaje de nacimientos por cesáreas según prestador del servicio 2012 - 2015 19

Figura 2. Matriz de variables. 35

Figura 3. Distribución de pacientes según grupo étnico y vía de terminación del embarazo. Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017 44

Figura 4. Distribución de pacientes según estado civil y vía de terminación del embarazo. Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017 45

Figura 5. Distribución de pacientes según nivel de instrucción y vía de terminación del embarazo. Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017. 46

Figura 6. Distribución de pacientes según vía de terminación del embarazo. Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017..... 49

Figura 7. Distribución de pacientes según edad materna al momento del ingreso. Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017..... 50

Figura 8. Distribución de pacientes según antecedente de parto vaginal y vía de terminación del embarazo. Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017..... 51

Figura 9. Distribución de pacientes según índice de masa corporal y vía de terminación del embarazo. Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017. 52

Figura 10. Distribución de pacientes según vía de terminación del embarazo y presentar enfermedad inducida por el embarazo. Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017..... 53

Figura 11. Distribución de pacientes según vía de terminación del embarazo y edad gestacional al momento del ingreso. Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017. 54

Figura 12. Distribución de pacientes según vía de terminación del embarazo y dilatación al momento del ingreso. Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017. 55

Figura 13. Distribución de pacientes según vía de terminación del embarazo y sexo neonatal. Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017..... 56

Figura 14. Distribución de pacientes según vía de terminación del embarazo y eventos perinatales adversos. Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017..... 57

LISTA DE TABLAS:

Tabla 1. Causas de Cesárea en América Latina 21

Tabla 2. Definición y operacionalización de variables. 36

Tabla 3. Diagnósticos por los cuales se realizó cesárea a repetición.Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017. 48

Tabla 4. Eventos maternos y neonatales adversos según la vía de terminación del embarazo. Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017..... 58

Tabla 5. Factores asociados con el éxito y fracaso de parto vaginal. Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017. 59

V. RESUMEN:

Objetivo: Identificar los factores asociados con el éxito o fracaso del parto vaginal en pacientes con labor de parto y antecedente de cesárea.

Materiales y métodos: Estudio de casos y controles de mujeres con antecedente de cesárea y embarazo, que acudieron al Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período Junio 2016 – Junio 2017. Se identificó y calculó la tasa de parto vaginal, los factores que predicen el éxito y el fracaso de parto vaginal mediante Odds Ratio y las complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 163 pacientes, de las cuales 99 fueron el grupo casos y 64 el grupo control, obteniéndose una tasa de 60.74% para el parto vaginal después de una cesárea, los factores que se asociaron con el éxito de parto vaginal fueron, antecedente de parto vaginal OR: 2.9; (IC 95% 1.22-6.83), dilatación cervical mayor o igual a 4 cm en el momento del ingreso OR: 3.96; (IC; 95%: 2.00-7.84), los factores que se asociaron con fracaso de parto vaginal fueron, edad materna mayor de 35 años OR: 0.23; (IC 95% 0.09-0.53), índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m^2, (OR: 0.46; IC 95% 0.24-0.88), edad gestacional mayor a 41 semanas, OR 10.13; (IC; 95%: 1.19-86.32).

No se obtuvo diferencias estadísticamente significativas en relación a la existencia de una patología asociada con el embarazo, al igual que el sexo y peso neonatal, ni complicaciones.

Conclusiones: El parto vaginal después de cesárea es un método seguro de terminación de embarazo, los factores que incrementan la probabilidad de parto

vaginal son antecedente de parto vaginal e ingreso con dilatación mayor o igual a 4 cm.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1985 recomienda que la tasa de nacimientos por cesárea debe estar entre 5 y 15%, sin embargo en los últimos años se ha propuesto revisar la tasa de cesáreas recomendadas, ya que se ha demostrado que la mortalidad materna, neonatal e infantil no se ven afectadas a medida que incrementa la tasa de cesárea sobre el 10%, sin embargo existe dificultad para la valoración de una tasa ideal ya que no se cuenta con un sistema de clasificación universalmente aplicado para determinar los motivos de una tendencia ascendente, la cesárea se justifica cuando es capaz de disminuir la morbimortalidad materno y neonatal, por lo tanto se debe procurar realizar este procedimiento quirúrgico a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de llegar a una tasa óptima. (OMS, 2015)

En el 2014 la OMS recomendó utilizar el sistema de clasificación de cesáreas de Robson por la necesidad de tener un sistema de clasificación universal y optimizar la realización de cesáreas. (Jiangfeng Ye, 2014)

En el 2015 el porcentaje de cesáreas en América Latina se encuentra en el 38,9%. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador D. N., 2015).

A nivel mundial la cesárea es realizada en un alto porcentaje de embarazadas; en Europa se reporta una incidencia de 21%, en Estados Unidos 26 %, en Australia 23% y en Latinoamérica países como Chile y Brasil rebasan el 50%. En el Ecuador, en el

año 2014 la tasa de cesáreas fue de 41.2%, en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública los partos por cesárea representaron el 29,3%, mientras que en los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social representaron el 49,5% y en clínicas privadas el 69,9%-74%, las cesáreas que clínicamente estaban justificadas es menos del 36%, desde el 2001 el número de cesáreas realizadas aumentó más del 50%, con una tasa de crecimiento anual del 4,03%. (Ortiz-Prado E, 2017)

Entre las indicaciones para realizar una cesárea se ha encontrado que el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es la causa más frecuente en los centros privados comparados con los públicos (446 por 10000 nacidos vivos frente 274 por 10000 nacidos vivos), (Ortiz-Prado E, 2017), junto con el diagnóstico de cesárea anterior. (Bibara M, 2013).

En la antigüedad a toda mujer embarazada con antecedente de una cesárea en un segundo embarazo se le realizaba obligatoriamente otra cesárea, esto gracias a que en 1916 Craigin indicó "una vez una cesárea, siempre una cesárea", en la actualidad esta indicación permanece cuando existe el antecedente de cesárea con una incisión vertical corporal. (Institute of Obstetricians and Gynaecologists, 2013)

Con la intensión de disminuir la morbi-mortalidad relacionada con cesárea en Europa, el trabajo de parto después de cesárea (TOLAC) se convirtió en una indicación habitual, en Estados Unidos en 1950 aparecen los primeros informes sobre TOLAC y desde 1970 comienza a ser considerada en embarazos seleccionados de bajo riesgo. (Institute of Obstetricians and Gynaecologists, 2013)

Gracias a esta recomendación la tasa de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea se incrementó del 5% en 1985 al 28,3% en 1996, así mismo aumentó el número

de informes de ruptura uterina. Razón por lo cual en el 2006 disminuye la tasa de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea al 8.5 %. (ACOG A. C., 2010)

El primer trabajo sobre TOLAC, fue publicado en 1994 por Miller en el cual se obtiene una tasa de éxito de parto vaginal del 60%, además de presentar un buen margen de seguridad. Es así que se empieza a realizar recomendaciones sobre una prueba de trabajo de parto para casi todas las mujeres con antecedente de cesárea e incisión transversal baja. (M. Castillo Núñez, 2009).

1.2. JUSTIFICACIÓN.

Según la Organización Mundial de Salud (2015) en Latinoamérica 4 de cada 10 partos se realiza por cesárea correspondiente al 38,9% del total de nacimientos, mientras que en el Ecuador en el 2014 se reportó una taza de cesárea del 41,2 %, valores muy por encima de lo recomendado por esta organización (10-15%), en el 2016 en el Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi se alcanzó el 31% de cesáreas dato que no se encuentra dentro de los rangos aceptables.

Esta alta incidencia de cesáreas se considera un problema de salud pública, debido a que se relaciona con un incremento de morbimortalidad materna producto de los riesgos quirúrgicos y anestésicos.

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública del Ecuador dentro de los diagnósticos para realizar una cesárea se encuentran pacientes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana, antecedente de 2 cesáreas o más , situación transversa, presentación fetal en pelviana, placenta previa, antecedente de cirugía uterina, cardiopatía clase III y IV, estado fetal inestable, hidrocefalia fetal, malformaciones, sin existir un porcentaje

exacto de cada una, indicándose únicamente que dentro de las principales etiologías se encuentra por cesárea previa, de ahí la importancia del presente trabajo investigativo.

En el Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi a toda paciente con Embarazo a término o con antecedente de cesárea previa mayor a dos años, que acuden con actividad uterina, son candidatas directas a un parto vaginal, no se han descrito datos estadísticos del porcentaje de partos con antecedente de cesárea previa, no existe documentación de las complicaciones, al seguir esta conducta.

El aporte del presente trabajo para el Hospital será documentar el porcentaje de partos vaginales exitosos, sus complicaciones y determinar cuáles son los factores que influyen en la probabilidad de éxito del parto vaginal.

1.3. **PROBLEMAS Y OBJETIVOS.**

1.3.1. Planteamiento del Problema:

La tasa de cesárea se obtiene de la suma de las primeras cesáreas las cuales representan el 50% y la cesárea a repetición que representa el otro 50%, el incremento de nacimientos por cesárea a nivel mundial se ha convertido en un problema de salud, presentando cifras muy por encima de lo recomendado por la OMS. (Cunningham FG, 2010)

Debido al incremento de la tasa de cesáreas el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomendó que gran parte de mujeres con antecedente de cesárea son candidatas adecuadas para un parto vaginal. (ACOG A. C., 2010)

Hay aún controversia sobre el manejo de estas pacientes existiendo variación en el porcentaje de mujeres que se someten a una prueba de parto que va desde el 28 al 82%,

de igual manera hay variación sobre la tasa de éxito reportadas del 49% a 87%. (Guise J-M, 2010)

No se dispone de datos a nivel del hospital sobre la tasa de éxito, complicaciones, ni de los factores que incrementan la probabilidad de parto posterior a cesárea por lo cual se ha planteado realizar el presente estudio con previa autorización de las autoridades de la casa de salud.

1.3.2. Pregunta de la investigación:

¿Cuáles son los factores asociados con el éxito o fracaso del parto vaginal posterior a una cesárea, en las pacientes tratadas en el Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el periodo Junio 2016 – Junio 2017?

1.3.3. Interrogantes de la investigación:

¿Cuáles son las características demográficas y étnicas en la población de estudio?

¿Cuál es el porcentaje de éxito de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea?

¿Cuáles son los diagnósticos por lo que se realizó cesárea?

¿Cuáles son las complicaciones perinatales en pacientes con trabajo de parto y antecedente de cesárea?

1.3.4. Objetivos:

1.3.4.1. Objetivo principal:

- Identificar los factores asociados con el éxito o fracaso del parto vaginal en pacientes con labor de parto y antecedente de cesárea.

1.3.4.2. Objetivos específicos:

- Establecer el porcentaje de parto vaginal exitoso en pacientes con antecedente de cesárea mayor a dos años.
- Identificar los factores sociodemográficos que se asocian con el fracaso de parto vaginal.
- Identificar los factores obstétricos que se asocian con el fracaso de parto vaginal.
- Identificar las complicaciones perinatales en pacientes con trabajo de parto y antecedente de cesárea.
- Conocer los diagnósticos por las que se realizó cesárea.

1.4. HIPÓTESIS:

¿Los factores asociados con el éxito de parto vaginal posterior a una cesárea son dilatación cervical al momento del ingreso mayor a 4 cm y tener parto vaginal previo, mientras que el fracaso está asociado con edad materna mayor a 35 años en las pacientes tratadas en el Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi?

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

2.1. ANTECEDENTES:

La cesárea es el procedimiento quirúrgico que permite el nacimiento del feto a través de la pared abdominal, etimológicamente viene del latín secare, que significa cortar. No está claro el origen de su nombre ya tiene varias versiones, la más popular corresponde al nacimiento de Julio César, la mayoría de historiadores consideran al médico francés Francois Rousset como el precursor de la cesárea, quien en 1581 publica el ¨Nuevo tratado de la histerotomía o parto por cesárea¨, donde se recomienda este procedimiento en una mujer viva, en la misma se indica que el útero no debe ser suturado. (Martínez Salazar.G. L, 2015)

Otro posible origen viene de Roma en los años 672 y 715 a.C, con Numa Pompilio como soberano; mismo que imponía la extracción del feto por vía abdominal a mujeres embarazadas que habían muerto con el fin de salvar al feto, a través de la Lex Regia que prohibía enterrar a una embarazada que ha muerto sin antes extraer al producto de la concepción. (Martínez Salazar.G. L, 2015)

En Sudamérica la primera cesárea se realizó en Venezuela por Alfonso Ruiz Moreno en 1820, con resultados no tan alentadores ya que la madre falleció dos días después de la cirugía y el feto sobrevivió. (Martínez Salazar.G. L, 2015)

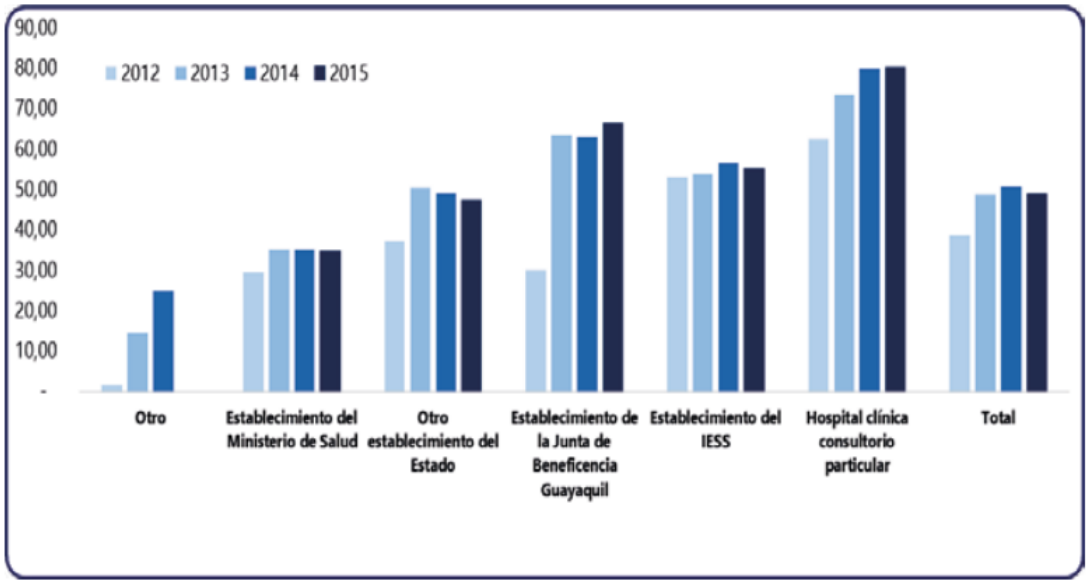
En 1882 Ferdinand Adolf Keher y Max Sänger ginecólogos alemanes introducen la sutura de plata y seda para la histerorrafia, la técnica de Sänger ¨operación clásica¨

consiste en realizar le histerotomía longitudinalmente, mientras que Keher realizó con éxito la incisión transversa. (Martínez Salazar.G. L, 2015)

La cesárea es la cirugía mayor practicada con mayor frecuencia, la tasa de cesárea ha aumentado en todo el mundo en los últimos cincuenta años, misma que es variable en los diferentes países, en el 2015 en América Latina el porcentaje de cesáreas se encuentra en el 38,9%, en Ecuador en el 2012 según el INEC el parto único por cesárea representó el 8,83% de ingresos hospitalarios, mientras que el parto único espontáneo representó el 14,52%. (MSP, 2014)

En el 2015 las provincias donde se reportó mayor número de partos por cesárea fueron Guayas con 61,79%, Los Ríos con 62,31%, Manabí 60,14% y las provincias con menos casos de cesárea fueron Morona Santiago con 20.04% y Napo con 23,53%, mientras que Pichincha presento el 44,86%, existiendo mayor número partos por cesárea a privado frente al nivel público**. (Figura 1.)** (Ministerio de Salud Pública del Ecuador D. N., 2012-2015)

Figura 1: Porcentaje de nacimientos por cesáreas según prestador del servicio 2012 - 2015



Nota: Tomado de Boletín Nacimientos por cesárea MSP 2012 – 2015

2.2 INDICACIONES CESÁREA

Las indicaciones de cesárea se clasifican en absolutas y relativas. (Martínez, 2013)

2.2.1. Indicaciones absolutas:

Cuando no existe controversia en la indicación para su realización, Cesárea iterativa, sufrimiento fetal, situación transversa, placenta previa total o parcial, antecedente de cirugía uterina, cardiopatía clase III y IV, hidrocefalia fetal, embarazo gemelar con el primer gemelo en pelviano, herpes genital activo, tumor que obstruya el canal del parto, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Infección materna con el virus de inmunodeficiencia humana, Embarazo pretérmino con peso fetal menor a 1500 gr, desproporción en relación feto pélvica (DCP). (Ministerio de Salud Pública del Ecuador D. N., 2015)

2.2.2. Indicaciones relativas:

Son aquellas indicaciones que existe discusión para realizar el procedimiento, presentación pelviana, restricción de crecimiento intrauterino, trastornos hipertensivos, distocia de rotación, fracaso de inducción, deseo materno. (Vélez Pérez E, 2012)

En América Latina la OMS en el año 2005 realizó una encuesta en ocho países, durante tres meses las causas de cesárea fueron. (Tabla 1) (José Villar, 2006)

Tabla 1. Causas de Cesárea en América Latina

Causas De Cesárea	**%**
DCP, distocia, detención de dilatación	26
Monitoreo fetal alterado	20
Cesárea previa sin complicaciones en el embarazo actual	16
Cesárea previa con complicaciones en el embarazo actual	15
Otras complicaciones en el embarazo	12
Presentación de Nalgas y otras	11
Preeclampsia, eclampsia	11
Otras indicaciones fetales	9
Esterilización	6
Inducción fallida	4
Restricción de crecimiento intrauterino	3

NOTA: Tomado de Villar J., Valladares E., Wojdyla D., et al., Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006; 367: 1819-29.

El incremento de la tasa de cesáreas es multifactorial, en Estados Unidos una de cada tres mujeres terminaran su embarazo por cesárea, existe variación entre los diversos estados y hospitales, se ha realizado varios estudios valorando las características demográficas maternas sin lograr explicar cuáles son los factores que influyen en el incremento de la tasa de cesárea, por lo cual se sugiere que son los factores modificables como preferencia materna y prácticas hospitalarias los que contribuyen al incremento de la tasa de cesáreas. (ACOG A. C., Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No. 1, 2014)

Existe controversia sobre las indicaciones para realizar cesárea entre diferentes casas de salud, por lo que se ha propuesto que la relación médico paciente influye como factor para el aumento del número de cesáreas, señalando al médico de preferir la cirugía por comodidad y beneficio económico. (Ruiz-Sánchez J, 2013)

Según (Barber, y otros, 2011) el incremento de la tasa de cesárea, el 50% se debió a las primeras cesáreas con las siguientes indicaciones estado fetal no tranquilizador 32%, detención de la dilatación 18%, gestación múltiple 16%, sospecha de macrosomía 10%, preeclampsia 10%, solicitud materna 8%, condiciones materno-fetales 5%.

2.3 COMPLICACIONES CESÁREA

Al realizar una nueva cesárea incrementa el riesgo hemorragia, necesidad de transfusión sanguínea, infecciones, daño de órganos vecinos principalmente vejiga e intestinos, esto es debido por la presencia de adherencias lo cual incrementa la dificultad para realizar la cirugía. (Marshall N, 2011)

Además de dificultad de embarazos futuros, implantación anormal de la placenta (acretismo placentario, placenta previa), ruptura uterina y problemas en los neonatos principalmente taquipnea transitoria. (Dodd JM, 2013)

2.4 MANEJO DE PACIENTE CON CESÁREA PREVIA

Se recomienda para la mayoría de mujeres con antecedente de cesárea un parto vaginal, en Finlandia, Países Bajos y Suecia en los controles prenatales reciben información, apoyo y conocen sobre las ventajas de parto vaginal después de cesárea, entre las semanas 36 – 37 visitan el hospital para realizar un plan de nacimiento. (Nilsson. C, 2015)

2.4 TASA DE ÉXITO DEL PARTO.

Existe gran variación sobre la tasa de éxito del parto por vía vaginal después de una cesárea que va desde el 49% y llega hasta 90%, si habido un parto vaginal previo la probabilidad incrementa, por lo cual se debería ofrecer un intento de parto vía vaginal a todas las mujeres con cesárea previa. (RCOG, 2015)

La probabilidad de parto vaginal después de cesárea varía según las características demográficas y obstétricas de cada individuo. (ACOG A. C., 2010)

Según (Li W. H., 2016) tasa de conversión de cesárea es del 19.3%, la causa más común es la detención del trabajo de parto en el 79.6%, seguido de sufrimiento fetal en el 14.3%.

2.5 ELECCIÓN DE LA VÍA DE PARTO.

Toda mujer con antecedente de una cesárea e incisión transversal baja es candidata para TOLAC por lo tanto se recomienda que durante la consulta prenatal, idealmente

antes de las 36 semanas informar adecuadamente sobre los riesgos, beneficios y contraindicaciones del parto vaginal tras una cesárea previa, así como los riesgos y beneficios de realizar una nueva cesárea. (SEGO, 2010)

La decisión final sobre vía del nacimiento debe ser acordada por la mujer y el personal de salud. (RCOG, 2015)

Cuando la madre solicita cesárea por temor al dolor del trabajo de parto deben ser derivadas a terapia cognitiva para disminuir el miedo, se debe hacer firmar un consentimiento informado sobre los riesgos y beneficios de la cesárea, el médico puede negarse a realizar este procedimiento y transferir a la paciente. (Ivan, 2010)

2.5.1 Contraindicaciones de TOLAC.

Se consideran contraindicaciones para TOLAC aquellas pacientes con alto riesgo de ruptura uterina y aquellas en las que el parto vaginal está contraindicado, sin embargo en las pacientes que presentan una contraindicación e ingresan con trabajo de parto y dilatación avanzada el Obstetra puede decidir que el TOLAC es la mejor opción. (ACOG A. C., Vaginal birth after cesarean delivery. Practice Bulletin No. 184, 2017)

Las contraindicaciones son; ruptura uterina previa, Cesárea anterior clásica o incisión en T, Antecedente de tres o más cesáreas y el antecedente de dos cesáreas es una contraindicación relativa. (Boenke Emily, 2013)

2.6 Riesgos y Beneficios intento de parto vaginal frente a cesárea programada.

Ni la cesárea a repetición ni el TOLAC están libres de riesgos maternos o neonatales. Durante el TOLAC la morbilidad materna ocurre cuando es necesario realizar una

cesárea intraparto, los riesgos maternos incluyen ruptura uterina, infección, lesión operatoria, trombo embolismo, histerectomía y muerte. (ACOG A. C., 2010)

La evidencia de riesgos neonatales a corto y largo plazo son limitados, según (Tilden EL, 2017) en Estados Unidos la proporción de nacimientos vaginales domiciliarios en mujeres con antecedente de cesárea aumentó de 1.78 – 2.45% esto aumentó la morbilidad neonatal.

La mortalidad perinatal y la tasa de morbilidad neonatal fueron mayores con TOLAC que con cesárea a repetición, la tasa de mortalidad neonatal fue de 0.11 frente a 0.06%.

Taquipnea neonatal transitoria es más común en pacientes que terminan su embarazo por cesárea a repetición 4.2 frente a 3.6% con TOLAC. Sin embargo la ventilación neonatal con bolsa y mascarilla se utiliza más frecuentemente en los lactantes que nacieron por parto posterior a cesárea 5.4 frente a 2.5%. (C Edward Wells MD, 2017)

2.7 Características que aumentan la probabilidad de éxito de parto vaginal.

Según (Sepúlveda Mendoza DL, 2015) el trabajo de parto espontáneo y el antecedente de parto son los factores que incrementan la probabilidad de éxito para parto después de cesárea.

2.7.1 Parto vaginal exitoso previo.

El antecedente de parto vaginal aumenta la probabilidad de TOLAC exitoso y está se incrementa aún más si fue un TOLAC exitoso, presentando un OR 3.90 IC 95%; 3.60 – 4.30, para TOLAC exitoso y un OR 4.76 IC 95% 4.35 – 5.26, para aquellas mujeres que tiene un TOLAC exitoso previo. (C Edward Wells MD, 2017)

2.7.2 Trabajo de parto espontáneo al ingreso.

Las mujeres con antecedente de cesárea y trabajo de parto espontáneo es decir con dilatación cervical mayor a 4 cm al momento del ingreso tienen mayor probabilidad de parto vaginal OR: 2.56, IC 95% 2.38-2.67 (C Edward Wells MD, 2017), además en las mujeres que al ingreso tienen un puntaje del índice de Bishop de 4-6, el riesgo de terminar su embarazo por cesárea a repetición es de 10% en nulíparas y 3.9% en multíparas, mientras que con un índice de Bishop mayor a 7 la probabilidad de terminar el embarazo por cesárea es de 1.4% en nulíparas y 0.9% en multíparas. (Quesnel GBC, 2015)

2.7.3 Peso y sexo fetal.

Las mujeres con antecedente de cesárea y peso fetal mayor a 4000 g sometidas a trabajo de parto la tasa de parto vaginal se reduce a la mitad. (C Edward Wells MD, 2017) En cuanto al sexo fetal no existe diferencia en la probabilidad de terminar el embarazo por parto o cesárea. (Huann-Cheng Horng, 2017)

2.7.4 Factores demográficos

Las mujeres de etnia blanca tienen mayores tasas de éxito de parto vaginal, mientras que las mujeres de etnia negra tienen una tasa de éxito baja OR, 0.54; IC 95% 0.50-0.57. (Knight H.E, 2014)

Las mujeres con edad mayor de 35 años en el momento del parto tienen menor probabilidad de parto vaginal OR 0.65; IC 95% 0.45-0.95. (Maykin Melamie M, 2017)

La obesidad es considerada una epidemia a nivel mundial que afecta a un tercio de las mujeres en edad reproductiva, la mujeres con obesidad tienen menor tasa de éxito de

parto vaginal, con un índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m2, la probabilidad de parto vaginal es menor en un 36%. (Chandrasekaran Suchitra, 2016)

2.7.5 Enfermedad médica materna.

Enfermedad materna preexistente como diabetes, hipertensión no tienen efecto sobre el éxito o fracaso de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea. (C Edward Wells MD, 2017)

2.8 Inducción de Parto.

La inducción de parto en pacientes sometidas a TOLAC es una buena opción, sin embargo se ha reportado disminución en la tasa de éxito de parto vaginal, así como aumento en el riesgo de ruptura uterina, en las pacientes que se utiliza prostaglandinas para inducción del parto el riesgo de ruptura es de 1.4%, en las que se induce el parto con oxitocina el riesgo es de 0.9% y para aquellas con trabajo de parto espontáneo el riesgo disminuye a 0.4%, por lo tanto el riesgo se puede utilizar oxitocina ya que el riesgo de ruptura es pequeño. (ACOG A. C., Vaginal birth after cesarean delivery. Practice Bulletin No. 184, 2017)

2.9 Ruptura Uterina.

La ruptura uterina es la complicación más se teme al realizar TOLAC, es la perdida de continuidad de la pared del útero, entre el 78-80% se produce durante el trabajo de parto, se puede presentar una ruptura uterina en úteros sanos esto se estima que ocurre en 0.7 de cada 10.000 partos siendo más frecuente en casos de embarazo con macrosomía, distocia de presentación y sepsis. (Parrilla-Fernández A, 2017)

Se puede clasificar en ruptura uterina completa e incompleta.

Ruptura uterina completa: es aquella que afecta a todas las capas de la pared uterina, incluida la serosa en la cual es necesario la una intervención quirúrgica, se relaciona principalmente con cicatrices segmentaria anterior, cicatriz de cesárea corporal y cicatriz de cirugía ginecológica; cuando se presenta el riesgo de morbilidad materna es de 15% y de mortalidad materna menor 1%, mientras que el riesgo de mortalidad perinatal es 3-6%. (Madar H, 2017)

Ruptura uterina incompleta o dehiscencia: es aquella que afecta al miometrio y endometrio permanece indemne, generalmente se diagnostica durante la cesárea a repetición. (Parrilla-Fernández A, 2017)

2.9.1 Signos y síntomas de ruptura uterina.

Los signos de ruptura uterina no son específicos, estos varían en su presentación entre las pacientes, los signos y síntomas que nos guían hacia el diagnóstico son:

Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal que están presentes en el 55-87% de los casos, por lo cual se recomienda monitorización continua del estado fetal durante el trabajo de parto.

Dolor abdominal o suprapúbico este puede estar presente en el 50-70% de los casos, el dolor es persistente e incluso durante el período de relajación uterina, la administración de analgesia epidural no enmascara el dolor. (Madar H, 2017)

Sangrado genital puede presentarse en el 28% de los casos.

Presencia de hematuria macroscópica nos debe orientar a la presencia de lesión vesical misma que se encuentra en menos del 5%. (Madar H, 2017)

Hipocinesia uterina con contracciones uterinas regulares, el útero en reloj de arena son signos de previos de ruptura uterina asociados con edema de cuello cervical y retracción uterina. (Madar H, 2017)

La ausencia de percepción de la presentación fetal en el tacto vaginal, signo de ruptura uterina completa y signos de hemoperitoneo. (Madar H, 2017)

2.10 Requisitos estructurales.

Los paciente deben ser manejados en un Hospital, el servicio de Obstetricia debe contar con el personal adecuado y el equipo adecuado para realizar una cesárea de emergencia y resolver las posibles complicaciones durante las 24 horas del día. En situaciones en las que estos recursos no estén disponibles inmediatamente se recomienda la transferencia de la paciente a otra casa de salud. (Reif. P, 2016)

Cada unidad de salud debe contar con sus propios protocolos de manejo según su capacidad resolutiva y recursos existentes, se debe contar con un consentimiento informado, periódicamente se recomienda realizar simulacros de cesárea de emergencia. (NNEPQIN´s, 2011)

CAPÍTULO III

METODOS

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio de casos y controles, donde el grupo control fueron las pacientes con trabajo de parto y antecedente de cesárea mayor a dos años que terminaron el embarazo por cesárea quienes representan el fracaso, mientras que el grupo casos fueron las pacientes con trabajo de parto y antecedente de cesárea mayor a dos años que finalizaron el embarazo por parto que representan el éxito.

3.2. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN.

El estudio se desarrolló en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi; la revisión de historias clínicas y recolección de datos se realizó en un lapso aproximado de 3 meses, Septiembre a Noviembre del 2017.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA (SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA).

3.3.1. Población:

Todas las mujeres embarazas que ingresaron con trabajo de parto y antecedente de cesárea mayor a dos años para terminación del Embarazo en el Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, según los registros de Centro Obstétrico son 163 pacientes, por lo cual se trabajó con la totalidad de la población.

3.3.2. Muestra:

La muestra está representada por el total de pacientes que acudieron al Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi durante el período de Junio 2016 – Junio 2017, con trabajo de parto y antecedente de cesárea mayor a dos años.

3.3.2.1. Nivel de Confianza.

Es la probabilidad de que la estimación de la muestra se ajuste a la realidad. Las pacientes con antecedente de una cesárea mayor a dos años que ingresaron para terminación del embarazo fueron 163, se realizó el estudio con el 100% de las pacientes que cumplieron con esta condición.

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La muestra fue tomada en el Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi en el servicio de Centro Obstétrico. Se utilizó la base de datos virtual del servicio para seleccionar las historias clínicas y recolectar la información, se solicitó las historias clínicas con diagnóstico de cesárea anterior durante el período de junio del 2016 hasta junio del 2017 al departamento Estadística. Se tomó en cuenta a todas que cumplan con los criterios de inclusión. Por tanto, los datos fueron obtenidos de las historias clínicas

3.5. DURACIÓN DEL ESTUDIO.

El estudio se desarrolló durante 6 meses aproximadamente.

3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron aplicados de acuerdo al grupo correspondiente, para lo cual se han definido los casos a las pacientes con antecedente de cesárea mayor a dos años y terminación del embarazo por parto vía vaginal.

Los controles fueron aquellas pacientes con antecedente de cesárea mayor a dos años y terminación del embarazo por cesárea.

3.6.1. Criterios de inclusión casos:

- Mujeres con antecedente de cesárea mayor a dos años, que acudieron al Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, en el período comprendido entre junio 2016 a junio 2017 y terminación del embarazo por parto vaginal.
- Mujeres con antecedente de cesárea mayor a dos años y terminación del embarazo por parto vaginal, que cuenten con los datos en la historia clínica a ser estudiados.

3.6.2. Criterios de exclusión casos:

- Mujeres con antecedente de Cesárea menor a 2 años.
- Mujeres con antecedente de cirugía uterina o ruptura uterina.
- Mujeres con antecedente de haber tenido dos cesáreas previas.
- Mujeres con embarazo múltiple.
- Mujeres con diagnóstico de compromiso de bienestar fetal al momento del ingreso.

3.6.3. Criterios de inclusión controles:

- Mujeres con antecedente de cesárea mayor a dos años, que acudieron al Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, en el período comprendido entre junio 2016 a junio 2017 y terminación del embarazo por parto por cesárea.
- Mujeres con antecedente de cesárea mayor a dos años y terminación del embarazo por parto vaginal, que cuenten con los datos en la historia clínica a ser estudiados.

3.6.4. Criterios de exclusión controles:

- Mujeres con antecedente de Cesárea menor a 2 años.
- Mujeres con antecedente de cirugía uterina o ruptura uterina.
- Mujeres con antecedente de haber tenido dos cesáreas previas.
- Mujeres con embarazo múltiple.
- Mujeres con diagnóstico de compromiso de bienestar fetal al momento del ingreso.

3.6.5. Criterios de eliminación:

Historias clínicas con información limitada.

3.7. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN (DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN).

3.7.1. Técnica de investigación.

Revisión documental con los términos ¨ parto vaginal con antecedente de cesárea ¨, ¨ trabajo de parto y antecedente de cesárea ¨, ¨complicaciones del trabajo de

parto y antecedente de cesárea¨, ¨factores que favorecen el parto con antecedente de cesárea¨ de publicaciones desde el 2009 a 2017.

3.7.2. Instrumento de recolección de la información:

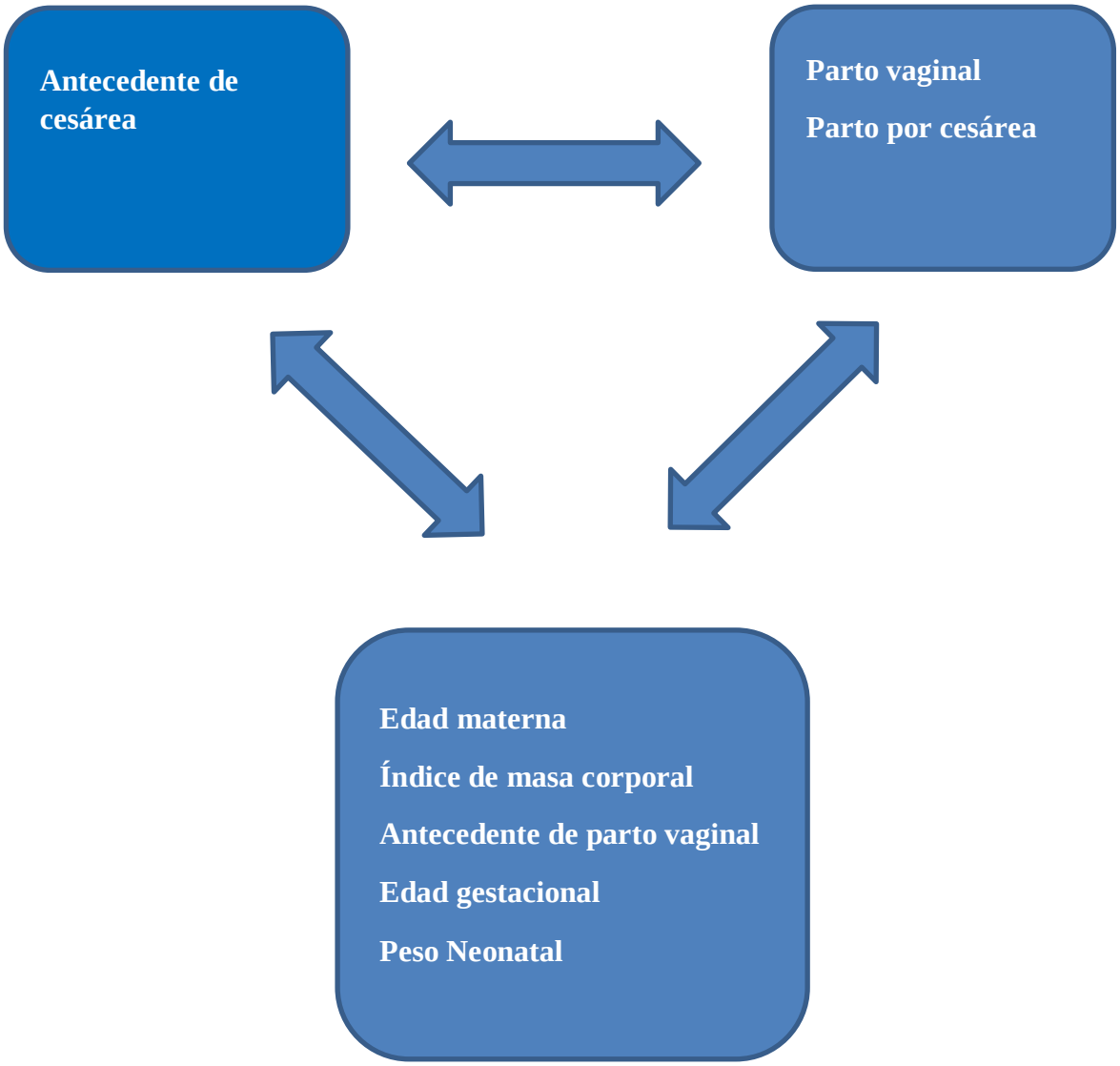
Matriz de registro de las historias clínicas en base a las variables de estudio propuesto **(ver anexo 1).**

3.7.3. Fuente de datos:

Historias clínicas del Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, de las pacientes que ingresaron a Centro Obstétrico para trabajo de parto y que cumplen con los criterios de inclusión, con antecedente de cesárea en el período de Junio 2016 a Junio 2017, para documentar las que terminaron en parto por cesárea o en parto vaginal.

3.8. MATRIZ DE VARIABLES.

Figura 2. Matriz de variables.



3.9. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO.

Tabla 2. Definición y operacionalización de variables.

Variable	Dimensión	Definición	Tipo de variable según su naturaleza	Indicador	Escala	Fuente de información
Edad	N/A	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Cualitativa	Distribución de Frecuencia Absoluta y relativa	Menores de 35 años Mayores de 35 años	Historia clínica
Grupo étnico	N/A	Auto identificación según valores y prácticas culturales	Cualitativa	Distribución de Frecuencia Absoluta y relativa	Indígena Mestizo Negra Blanco	Historia clínica

Estado civil	N/A	Relación en la que se encuentran las personas que viven en sociedad con respecto a los demás miembros de la sociedad	Cualitativa	Distribución de Frecuencia Absoluta y relativa	Soltera Unión libre Casada Divorciada Viuda	Historia clínica
Nivel de instrucción	N/A	Nivel más elevado de estudios realizados o en curso	Cualitativa	Distribución de Frecuencia Absoluta y relativa	Ninguna Primaria Secundaria Superior	Historia clínica
Paridad	N/A	Antecedente de número de partos vaginales	Cuantitativa	Medidas de tendencia central y de dispersión	2 3 Más de tres	Historia clínica

Índice de masa corporal	N/A	Relación matemática entre Peso en Kg y talla en m	Cualitativa	Distribución de Frecuencia Absoluta y relativa	Normal Sobrepeso Obesidad	Historia clínica
Enfermedad materna	N/A	Presencia de enfermedad materna inducida por el embarazo	Cualitativa	Distribución de Frecuencia Absoluta y relativa	Si No	Historia clínica
Parto vaginal previo	N/A	Antecedente de nacimiento de uno o más fetos por la vagina	Cualitativa	Distribución de Frecuencia Absoluta y relativa	Si No	Historia clínica
Edad gestacional al	N/A	Semanas de gestación cumplidas desde la fecha	Cualitativa	Distribución de Frecuencia	Menor de 37 semanas	Historia clínica

momento del ingreso		de última menstruación o ecografía menos a 20 semanas		Absoluta y relativa	37 a 38,6 semanas 39 a 40,6 semanas > 41 semanas	
Dilatación cervical al momento del ingreso	N/A	Centímetros de apertura del cuello uterino en el momento del ingreso	Cualitativa	Distribución de Frecuencia Absoluta y relativa	Mayor o igual de 4 CM Menor de 4 CM	Historia clínica
Sexo neonatal	N/A	Características sexuales macroscópicas	Cualitativa	Distribución de Frecuencia Absoluta y relativa	Masculino Femenino	Historia clínica
Vía de terminación del trabajo de	N/A	Vía de nacimiento del feto sometido a labor de	Cualitativa	Distribución de Frecuencia	Parto vaginal después de cesárea Parto por cesárea	Historia clínica

parto después de una cesárea		parto de madres con antecedente de cesárea		Absoluta y relativa		
Eventos perinatales adversos	Complicaciones maternas	Lesión o daño no intencional causado a la madre con labor de parto y antecedente de cesárea	Cualitativa	Distribución de Frecuencia Absoluta y relativa	Desgarros perineales, Ruptura uterina Hemorragia posparto	Historia clínica
	Complicaciones neonatales	Lesión o daño no intencional causado al feto o neonato sometido a labor de parto en madre con antecedente de cesárea	Cualitativa	Distribución de Frecuencia Absoluta y relativa	Ingreso a Neonatología Asfixia Neonatal	Historia clínica

Elaborado por Darwin Cervantes MD.

3.10. TÉCNICA, INSTRUMENTOS

Las técnicas e instrumentos de evaluación son:

- Matriz de registro de datos (Ver Anexo 1).
- Análisis de indicadores y variables.
- Matriz de tabulación de datos.
- Interpretación y análisis de datos.
- Gráficos.
- Cuadros.

3.11. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Para el análisis de la información se utilizó el programa estadístico Epi Info ™ 7 y Excel2010, donde se registrarán los datos o resultados que se obtengan de la investigación.

Utilizando el programa Epi Info ™ 7 y con ayuda del programa Microsoft Excel 2010 se elaboró los cuadros y tablas de acuerdo a los objetivos planteados.

Medida de estadística descriptiva: para las variables cualitativas se utilizó distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central y de dispersión.

Medidas de asociación: a utilizar fueron Odds ratio.

Medidas de inferencia estadística: se usó intervalo de confianza. Pruebas de hipótesis estadísticas y comparación de medias.

3.12. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.

La elaboración y ejecución del trabajo se realizó en base a los principios éticos de buena práctica médica.

El estudio no representa ningún riesgo para las participantes puesto que se tomó como referencia los datos presentes en la Historia Clínica.

Me comprometo a no divulgar información personal de las pacientes que participarán en el estudio, se mantendrá el anonimato de las participantes.

Además de entregar información verbal y escrita a las autoridades, previamente se obtuvo las siguientes autorizaciones.

- Autorización y la aprobación de la institución de salud Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi donde se realizó el estudio, para revisión de las historias clínicas.
- Aprobación del Comité de bioética de la PUCE.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentan en tablas de frecuencia, barras y pasteles, fueron sistematizados en forma digital para su posterior impresión, se coordinará con las autoridades para la respectiva socialización de la información.

4.1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

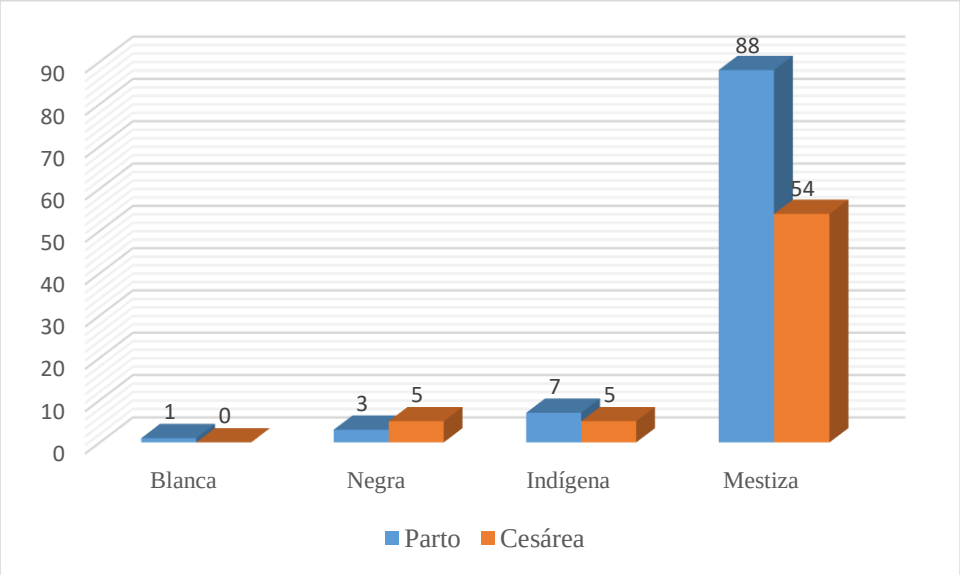
Se revisó un total de 456 historias clínicas con diagnóstico de cesárea anterior, de las cuales, 163 cumplieron con los criterios de inclusión, 293 historias clínicas fueron excluidas una de ellas del grupo parto posterior a cesárea por tener antecedente de dos cesáreas, el resto historias clínicas excluidas fue por antecedente de cesárea menor a dos años, ingreso con cérvix cerrado que pasaron directo a cesárea, antecedente de dos o más cesáreas previas, limitación de información. Se planifico realizar el estudio con 150 pacientes, es decir la tasa de cumplimiento fue del 108,6%.

El análisis de información fue de 163 pacientes, en el grupo de casos las pacientes que terminaron el embarazo vía parto vaginal fueron 99 y en el grupo control las pacientes que terminaron el embarazo vía parto por cesárea fueron 64.

La edad media del grupo parto vaginal después de cesárea fue de 26.88 años, desviación estándar 5.22 años, mientras que en el grupo de parto por cesárea la edad media fue de 29.20 años, desviación estándar de 6.36 años.

El rango de edad del grupo parto vaginal después de cesárea fue de 17 a 40 años, el rango en el grupo parto por cesárea el rango de edad fue de 20 a 43 años.

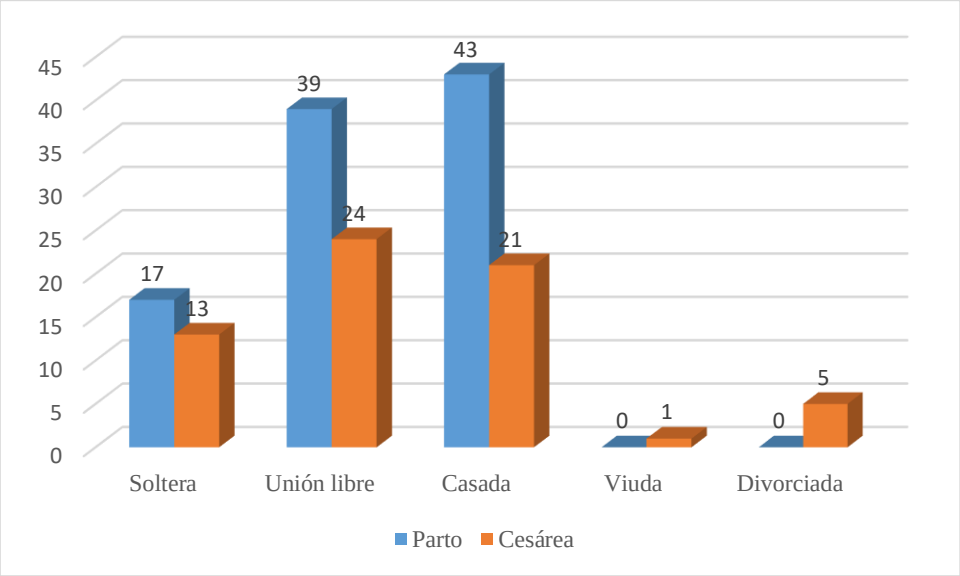
Figura 3. Distribución de pacientes según grupo étnico y vía de terminación del embarazo. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.



Elaborado por Darwin Cervantes MD.

El 87.11% de las pacientes se auto identificaron como mestizas, del grupo parto vaginal represento el 88.89% y el 84.38% del grupo parto por cesárea. El 7.36% de las pacientes se auto identificó como indígena de las cuales el 7.07% de las pacientes del grupo parto vaginal y el 7.81% del grupo parto por cesárea.

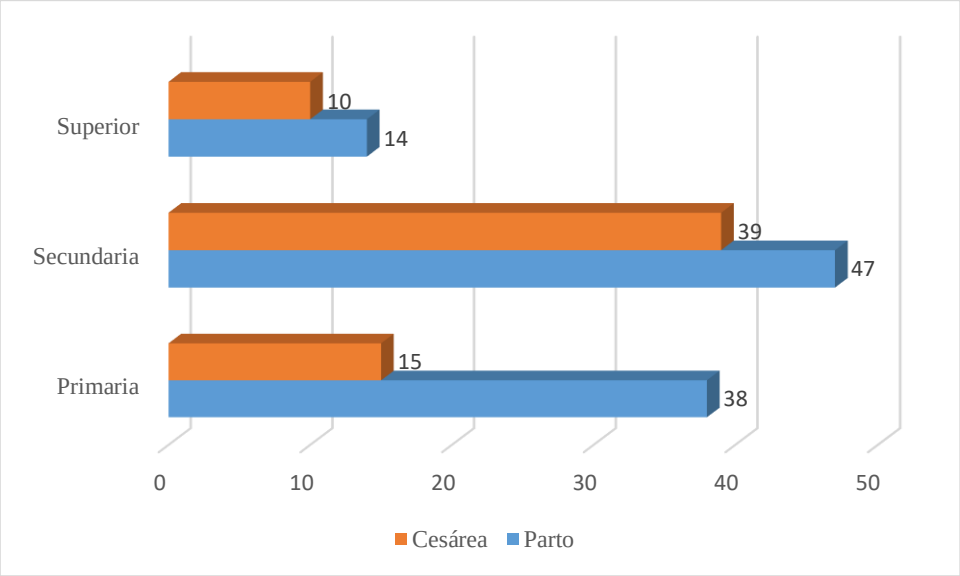
Figura 4. Distribución de pacientes según estado civil y vía de terminación del embarazo. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.



Elaborado por Darwin Cervantes MD.

El 18.40% de las pacientes fueron solteras, en el grupo parto vaginal solteras representó el 17.17%, en el grupo parto por cesárea representó el 20.31, el 38.56% fue de estado civil unión libre, el 39.26% fueron casadas.

Figura 5. Distribución de pacientes según nivel de instrucción y vía de terminación del embarazo. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.



Elaborado por Darwin Cervantes MD.

Con respecto al nivel de instrucción el 14.72% tenía un nivel superior, el 52.76% presentó nivel de educación secundaria y el 32.51% con nivel de instrucción primaria.

Según el número de gestas la media en el grupo parto vaginal fue de 2.50, desviación estándar 0.71, mientras que en el grupo cesárea la media fue de 2.54, desviación estándar 1.01.

El número mínimo de gestas en ambos grupos fue de 2 y el número máximo de gestas en el grupo parto fue de 5 gestas y en el grupo cesárea fue de 7 gestas.

Las semanas de gestación en el grupo parto la media fue de 38.81 semanas, desviación estándar 1.66, en el grupo cesárea la media fue 39.03 semanas, desviación estándar 1.27, las semanas de gestación mínima en el grupo parto fue 27 semanas y 36 semanas en el grupo cesárea.

Dilatación cervical al momento del ingreso media en grupo parto vaginal fue de 5.59 centímetros, desviación estándar 2.21centímetros, en el grupo cesárea la media fue 3.57 centímetros, desviación estándar 2.28, la mínima en el grupo parto fue 1 centímetro de dilatación cervical y cuello cervical cerrado en el grupo cesárea.

El peso neonatal de los partos vaginales la media fue de 3040.98 gramos, desviación estándar 390 gramos y la media del peso neonatal de los partos por cesárea fue 3231.21 gramos, desviación estándar 383 gramos, los pesos mínimos fue de 1105 gramos en el grupo parto y 2460 gramos en el grupo cesárea, los pesos máximos fue de 4065 gramos en el grupo parto y 3985 gramos en el grupo cesárea.

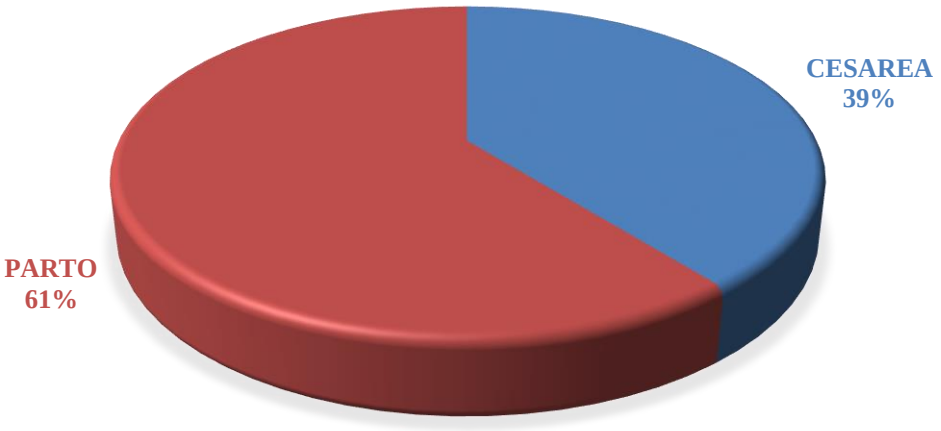
El puntaje de APGAR a los 5 minutos fue comparable en ambos grupos en el grupo de parto vaginal la media fue de 8.9, desviación estándar 0.36 y la media en el grupo parto por cesárea fue de 8.8, desviación estándar 0.39, en puntaje mínimo en ambos grupos fue de 7 y el puntaje máximo fue 9 en el grupo parto por cesárea y 10 en el grupo parto vaginal.

Tabla 3. Diagnósticos por los cuales se realizó cesárea a repetición. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.

Causas de cesárea	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Fase latente prolongada	26	40,62	40,62
Detención de segunda fase	22	34.37	74.99
Dolor en histerorrafia	7	10.93	85.92
Compromiso de bienestar fetal	4	6.26	92.18
Expulsivo prolongado	4	6.26	98.44
Desproporción cefalo-pelvica	1	1.56	100
Total	64	100	100

Elaborado por: Darwin Cervantes MD.

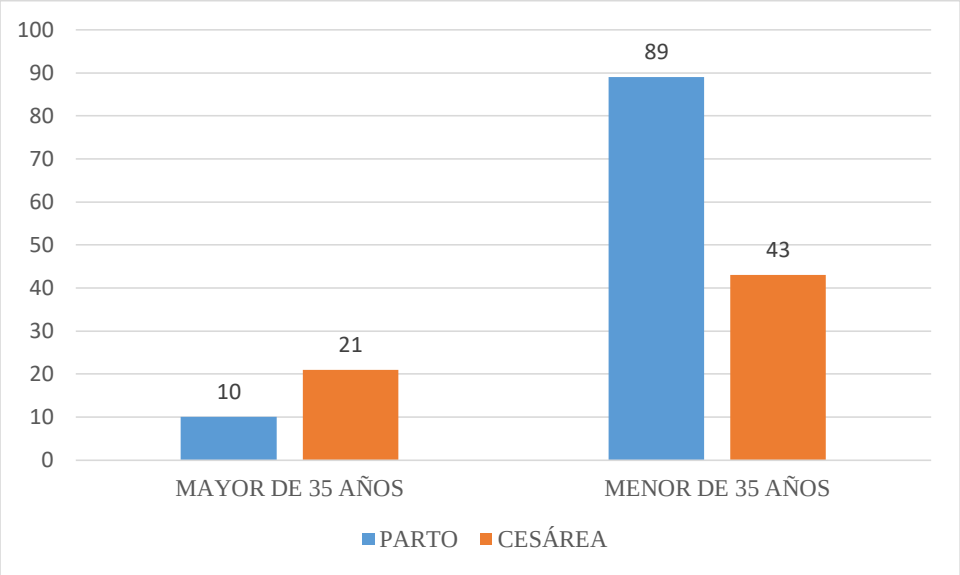
Figura 6. Distribución de pacientes según vía de terminación del embarazo. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.



Elaborado por Darwin Cervantes MD.

En la población de estudio, de 163 embarazadas con antecedente de cesárea en las cuáles se realizó una prueba de parto, 99 terminaron el embarazo por parto vaginal, mientras de 64 terminaron por cesárea, dando una efectividad del TOLAC de 60,74%.

Figura 7. Distribución de pacientes según edad materna al momento del ingreso. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.

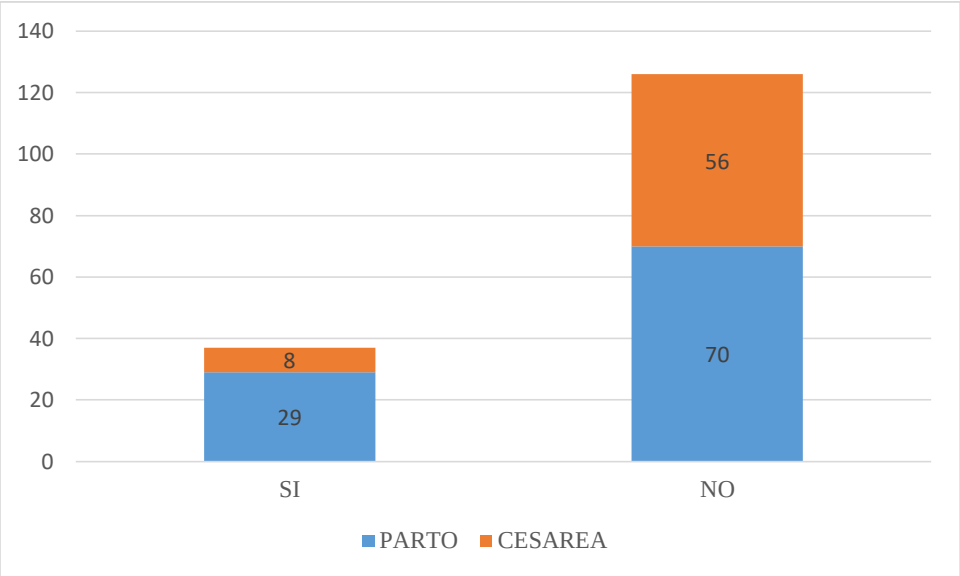


Elaborado por Darwin Cervantes MD.

De la población en estudio, el 19.02% presentó una edad mayor a 35 años y el 80.98% presentó una edad menor a 35 años, cuando lo dividimos por grupos el 32.81% de pacientes que terminaron el embarazo por cesárea tenían más de 35 años, mientras que el 10.10% de pacientes que terminaron el embarazo por parto tenían más de 35 años.

Edad materna al momento del parto mayor de 35 años tiene un OR: 0.23; (IC 95% 0.09-0.53), para terminación por parto después de cesárea, prueba de chi cuadrado 0.00066.

Figura 8. Distribución de pacientes según antecedente de parto vaginal y vía de terminación del embarazo. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.

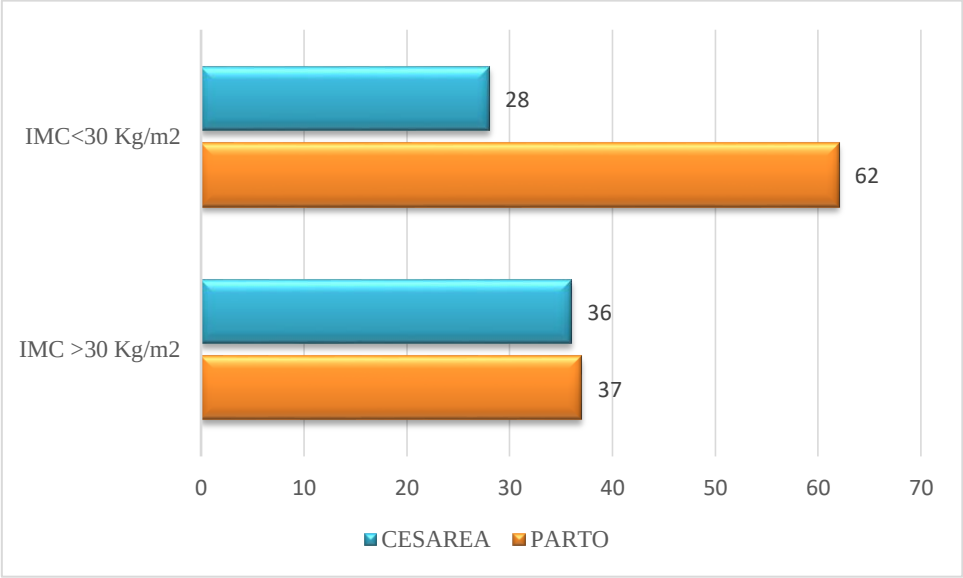


Elaborado por Darwin Cervantes MD.

El 22.70% de las pacientes incluidas en el estudio presentaron antecedente de parto vaginal, de estas el 78.38% se encontró en grupo de parto vaginal después de cesárea.

El antecedente de parto vaginal presenta un OR: 2.9; (IC 95% 1.22-6.83), para terminación de embarazo por vía vaginal en pacientes con antecedente de cesárea, prueba de chi cuadrado 0.021.

Figura 9. Distribución de pacientes según índice de masa corporal y vía de terminación del embarazo. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.

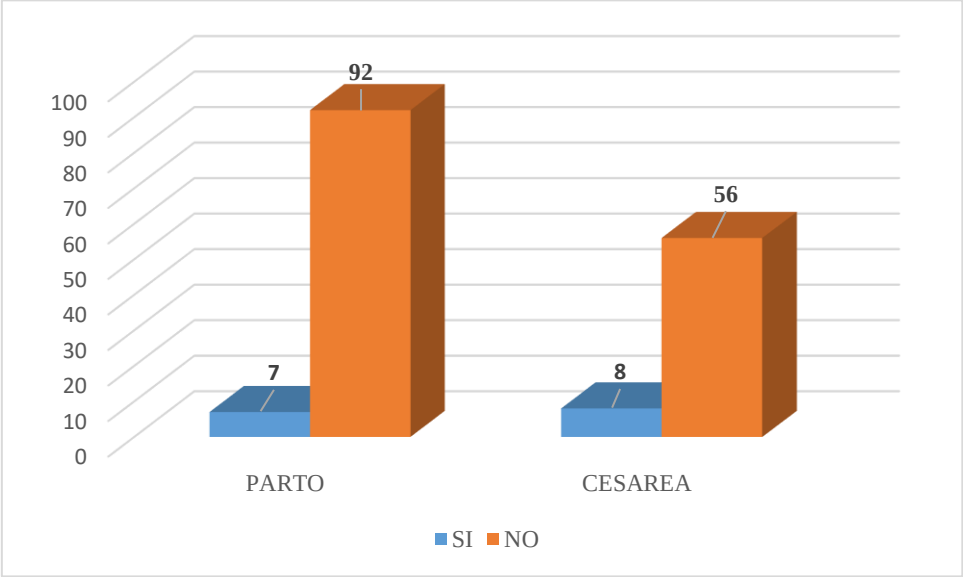


Elaborado por Darwin Cervantes MD.

De las 163 pacientes incluidas en el estudio el 44.79% presentó obesidad, de estas el 49.32% se encontró en el grupo cesárea, el 68.89% de las pacientes que terminaron su embarazo por parto vaginal no presentó obesidad.

Tener un índice de masa corporal mayor de 30 kg/m^2 presento un OR: 0.46; (IC 95% 0.24-0.88), para terminar el embarazo por vía vaginal en pacientes con antecedente de cesárea, prueba de chi cuadrado 0.027.

Figura 10. Distribución de pacientes según vía de terminación del embarazo y presentar enfermedad inducida por el embarazo. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.



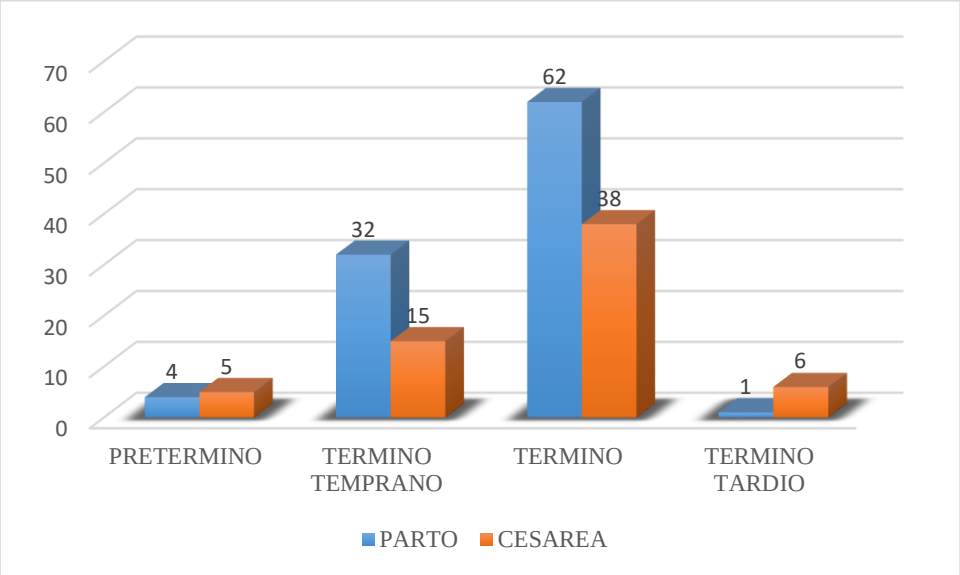
Elaborado por Darwin Cervantes MD.

Las pacientes que presentaron patología inducida por el embarazo fueron 15, el 53.33% se encontró en grupo cesárea y el 46.67% restante en el grupo parto vaginal.

Las patologías encontradas fueron preeclampsia 10 pacientes, hipertensión gestacional 5 pacientes.

Presentar una patología inducida por el embarazo presentó un OR: 0.53; (IC 95% 0.18-1.54), para terminar el embarazo por vía vaginal en pacientes con antecedente de cesárea, prueba de chi cuadrado 0.37.

Figura 11. Distribución de pacientes según vía de terminación del embarazo y edad gestacional al momento del ingreso. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.

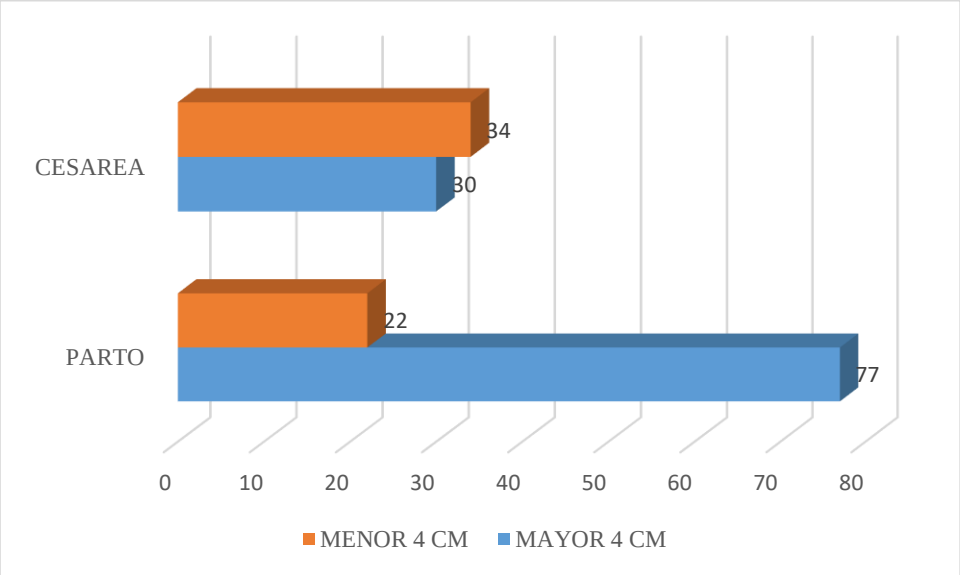


Elaborado por Darwin Cervantes MD.

Del total de pacientes incluidas en el estudio según edad gestacional al momento del parto el 5,52% fue pretérmino, 28,83% fue a término temprano, 61,35% a término y el 4,79% a término tardío.

Las pacientes con edad gestacional mayor o igual a 41 semanas tienen un OR 0.09 de para terminación del embarazo por parto vaginal, (IC; 95%: 0.01-0.83), valor p 0.029.

Figura 12. Distribución de pacientes según vía de terminación del embarazo y dilatación al momento del ingreso. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.

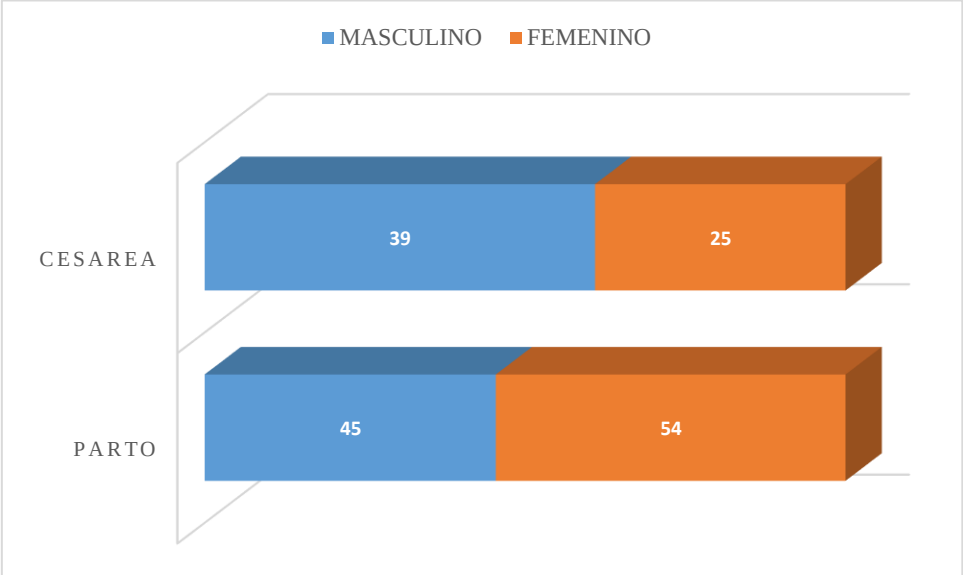


Elaborado por Darwin Cervantes MD.

El 65,64% de las pacientes ingresaron con dilatación mayor o igual a 4 cm y el 34.36% ingresó con dilatación menor a 4 cm, el 71.96% de las pacientes que ingresaron con dilatación mayor o igual a 4 cm terminaron su embarazo por parto vaginal.

Ingreso con dilatación mayor o igual a 4 cm tiene un OR 3.96 para terminar el embarazo por parto vaginal, (IC; 95%: 2.00-7.84), prueba de chi cuadrado 0.00010.

Figura 13. Distribución de pacientes según vía de terminación del embarazo y sexo neonatal. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.

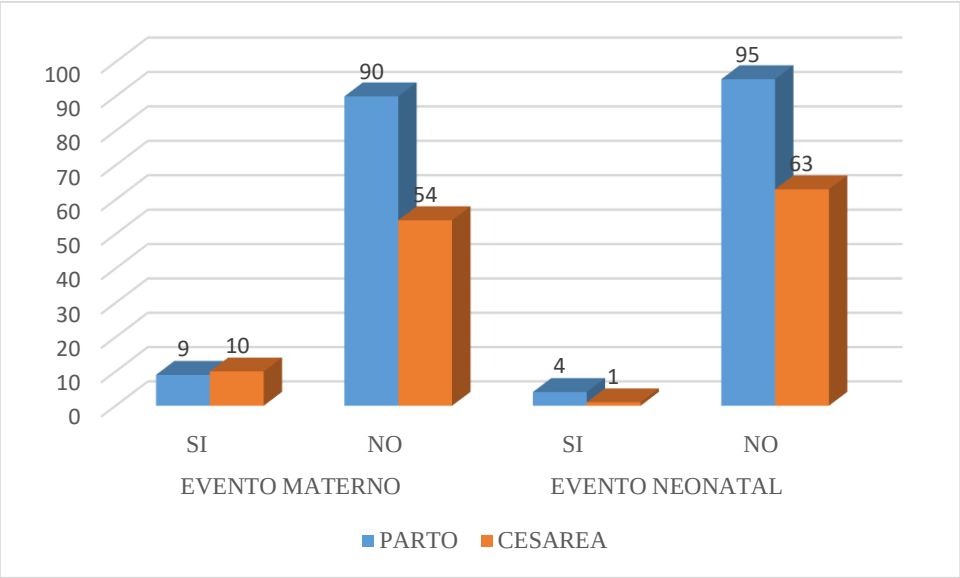


Elaborado por Darwin Cervantes MD.

El 51.53% de los neonatos fueron de sexo masculino y el 48.47% fue de sexo femenino, de los neonatos que nacieron por cesárea el 60.94% fue de sexo masculino y el 54.55% de neonatos que nacieron por parto vaginal fue de sexo femenino.

Feto de sexo masculino tiene un OR: 0.53 para terminar el embarazo por parto vaginal, (IC; 95%: 0.28-1.01), prueba de chi cuadrado 0.076.

Figura 14. Distribución de pacientes según vía de terminación del embarazo y eventos perinatales adversos. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.



Elaborado por Darwin Cervantes MD.

El 11.66% de las pacientes incluidas presentó algún evento materno adverso, de estos el 52,63% se presentó el grupo cesárea y el 47.37% se presentó en el grupo parto después de cesárea.

Las pacientes con antecedente de cesárea que terminaron el embarazo por parto tuvieron un OR: 0.54; para presentar un evento materno adverso, (IC; 95%: 0.20-1.11), prueba de chi cuadrado 0.307.

El 3.09% de las pacientes incluidas presentó algún evento neonatal adverso, de estos el 80% se presentó el grupo cesárea y el 20% se presentó en el grupo parto después de cesárea.

Las pacientes con antecedente de cesárea que terminaron el embarazo por parto tuvieron un OR: 2.23; para presentar un evento neonatal adverso, (IC; 95%: 0.24-20.48), prueba de chi cuadrado 0.80.

Tabla 4. Eventos maternos y neonatales adversos según la vía de terminación del embarazo. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.

	Evento adverso	**Parto**	**Cesárea**
Evento materno adverso	Hemorragia posparto	5	3
	Retención placentaria	3	
	Retención de restos	1	
	Adherencias abdominales		6
	Ruptura uterina parcial		1
Evento neonatal adverso	Ingreso neonatología	2	
	Ingreso uci neonatal	2	1

Elaborado por Darwin Cervantes MD.

En conclusión los resultados de los factores estudiados son los siguientes.

Tabla 5. Factores asociados con el éxito y fracaso de parto vaginal. Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi. Quito, junio 2016 a junio 2017.

Variable	Odds Ratio	Valor de p
Edad materna mayor a 35 años	0.23; IC 95% 0.09-0.53	0.00066
Antecedente de parto vaginal	2.9; IC 95% 1.22-6.83	0.021
Índice de masa corporal mayor de 30 kg/m2	0.46; IC 95% 0.24-0.88	0.027
Enfermedad materna	0.53; IC 95% 0.18-1.54	0.37
Edad gestacional menor a 41 semanas	0.09; IC; 95%: 0.01-0.83.	0.029
Dilatación cervical mayor a 4 cm	3.96; IC; 95%: 2.00-7.84	0.0001
Sexo masculino	0.53; IC; 95%: 0.28-1.01	0.07

Elaborado por Darwin Cervantes MD.

CAPÍTULO V

5.1. DISCUSIÓN.

Las limitaciones del presente estudio de casos y controles son el tamaño de la muestra es pequeña y el número de casos y controles no presenta una correlación de uno a uno, siendo mayor el número de casos. Sin embargo se realizó el análisis del total de pacientes con antecedente de cesárea que fueron sometidos a prueba de parto durante el período seleccionado de Junio 2016 a Junio 2017.

El Hospital Gineco-obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi cuenta con los requisitos para manejar a pacientes con antecedente de cesárea y que se someten a trabajo de parto, cuenta con personal médico y de enfermería capacitado, durante las 24 horas del día para poder manejar complicaciones del TOLAC. (Reif. P, 2016)

Existe controversia sobre el manejo de pacientes con antecedente de cesárea, principalmente por el riesgo de ruptura uterina al ser sometidas a trabajo de parto sin previo conocimiento del tipo de incisión ya que las incisiones clásicas incrementan este riesgo, se debe tomar en cuenta que entre el 90 y 95% de las incisiones son transversales bajas. (Quesnel GBC, 2015)

La tasa de éxito del trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior en el Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi durante el período Junio 2016 – Junio 2017 fue de 60,74%, misma que se encuentra dentro de las tasas reportadas que van de 60-80%. (Cunningham FG, 2010)

Este porcentaje pudo variar, ya que dentro de las historias clínicas que no fueron incluidas en el estudio se encontraban 23 pacientes con antecedente de una cesárea, con labor inicial de parto y con cuello cervical cerrado, en las cuales se indicó parto por cesárea al momento del ingreso, estas pacientes pudieron ser inducidas el parto utilizando métodos

de maduración cervical como la sonda Foley, pese a que se ha demostrado que las pacientes que requieren maduración cervical tienen menor tasa de parto vaginal exitoso y el uso de misoprostol está contraindicado, por lo tanto el ingreso de pacientes con cuello cervical cerrado no es indicación de cesárea a repetición. (CEDIP, 2015)

Tampoco se incluyó a 18 pacientes las cuales expresaron el deseo de terminar su embarazo por cesárea desde el momento del ingreso sin someterse a trabajo de parto, a las cuales posterior a informarles sobre riesgos, beneficios tanto del parto vaginal y cesárea, se les hizo firmar una solicitud de cesárea por petición materna, estas pacientes representarían el 21.95% de las causas de cesárea. Cesárea por solicitud materna se define cuando se realiza dicha intervención antes del trabajo de parto y en ausencia de indicaciones maternas o fetales, se calcula que del 4 al 18% de las cesáreas en Estados Unidos se realiza por petición materna, en Escocia el 7.7%, así mismo hay gran variación en los niveles de aceptación de los médicos para realizar cesárea por petición materna, en el 2002 el 46% de Obstetras de Estados Unidos indicaron aceptar dicha solicitud, en España el 57.8% indicaron no aceptar realizar una cesárea por solicitud materna. (Pérez, 2017)

Cuando la madre expresa el deseo de un parto por cesárea se recomienda informar adecuadamente sobre los beneficios y riesgos del procedimiento, para llegar a un acuerdo en conjunto médico y paciente, respetando los principios éticos de autonomía y no maleficencia, si no se llega a un acuerdo se puede referir a otro médico para tener una segunda opinión. (Gynecologists, Elective Surgery and Patient Choice. Comite de Opinion No. 578, 2013)

Cuando se planifica cesárea por solicitud maternal se recomienda; no realizar esta intervención antes de las 39 semanas, el procedimiento no se recomienda en mujeres que

desean más embarazos. (Gynecologists, Cesarean Delivery on Maternal Request, Committee Opinion No. 559, 2013)

La tasa de pacientes que desearon realizar una prueba de parto fue del 79,9%, esto está dentro de los datos estadísticos encontrados, que oscila entre 28% - 82%. (Guise J-M, 2010)

El 40.62% de las causas por las cuales se realizó cesárea fue por fase latente prolongada, el 34.37% por detención de segunda fase, el 10.9% por dolor a nivel de histerorrafia, compromiso de bienestar fetal y expulsivo prolongado representaron el 6.26% cada una, datos similares a los encontrados en México donde la falta de progresión de dilatación representó la primera causa con el 24% y estado fetal no tranquilizador el 17%, el 2% por detención del descenso. (Quesnel GBC, 2015)

Se puede observar que fase latente prolongada y detención de segunda fase representan el 74,99% de las causas de cesárea a repetición, se ha documentado que aquellas pacientes que ingresan con cérvix desfavorable tienen menor probabilidad de parto vaginal, así mismo se ha estudiado sobre el manejo expectante frente a la inducción del parto, donde se encontró que la inducción del parto se asocia con menor probabilidad de parto por cesárea a las 39 semanas de gestación OR: 0.81; (IC del 95%, 0.71-0.91), a las 40 semanas de gestación OR: 0.72; (IC del 95%, 0.66-0.79) y a las 41 semanas OR: 0.70; (IC del 95%, 0.62-0.79). (ACOG A. C., Vaginal birth after cesarean delivery. Practice Bulletin No. 184, 2017)

En los casos de dilatación estacionaria se recomienda realizar ruptura artificial de membranas seguido de administración de oxitocina a dosis lo más bajas posibles para tener actividad uterina regular, no se recomienda pasar más de 3 horas en fase activa. (Madar H, 2017)

Las características maternas que incrementan la probabilidad de parto vaginal al momento del ingreso son antecedente de parto vaginal previo con un OR de 3.9; IC 95% 3.60-4.30, trabajo de parto espontáneo representado por dilatación cervical mayor a 4 cm, OR de 2.56; IC 95% 2.38-2.67, en el estudio los factores que se asociaron con el éxito de parto vaginal fueron similares a los estudios previos donde se encontró que el antecedente de parto vaginal tuvo un OR: 2.9; IC 95% 1.22-6.83 y dilatación cervical mayor a 4 cm en el momento del ingreso tuvo OR: 3.96; IC; 95%: 2.00-7.84. (C Edward Wells MD, 2017)

Las características maternas que disminuyen la probabilidad de parto vaginal al momento del ingreso son peso fetal mayor a 4000 gr OR de 0.55; IC 95% 0.49-0.61, edad materna mayor a 35 años, IMC mayor a 30 Kg/m2 OR:0.55; IC 95% 0.51-0.60 mientras que en el estudio los factores que se asociaron con fracaso de parto vaginal fueron, edad materna mayor de 35 años OR: 0.23; IC 95% 0.09-0.53, índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m^2, OR: 0.46; IC 95% 0.24-0.88, edad gestacional mayor a 41 semanas, OR 0.09; IC; 95%: 0.01-0.83. (C Edward Wells MD, 2017)

Tanto el sexo neonatal como enfermedad materna inducida por el embarazo no se asociaron con incremento o disminución de probabilidad de parto vaginal. (Huann-Cheng Horng, 2017)

En los estudios que informan sobre riesgos maternos en pacientes con antecedente de cesárea y sometidas a trabajo de parto tiene limitaciones ya que en la mayoría de estos se realiza comparación entre las pacientes que tuvieron un TOLAC exitoso frente a las pacientes que se realizó una cesárea programada o a su vez se suma las pacientes con cesárea programada y fracaso de TOLAC, la mortalidad materna es mayor en las

pacientes de cesárea a repetición frente a las de parto vaginal, pero es una complicación muy rara, en el estudio no se registró muertes maternas. (Madar H, 2017)

El riesgo de ruptura uterina completa se estima en 0.2-0.8%, el riesgo de lesión vesical es menor a 1%, siendo esta una complicación infrecuente ya por falla del trabajo de parto o por cesárea programada, en el estudio no se encontró casos de lesión vesical mientras que se encontró un caso de ruptura uterina parcial. (Madar H, 2017)

Además se ha reportado otras complicaciones como riesgo de hemorragia y necesidad de transfusión de hemoderivados en paciente con TOLAC de 0.66% y en las que se realizó cesárea electiva el 0.46%, en el estudio las pacientes que presentaron hemorragia posparto fueron mayores a los reportados donde el 4.95% de las pacientes con TOLAC y el 4.68% de las pacientes con TOLAC fallido, adicionalmente se reportó retención placentaria en el 3.03% de las pacientes con TOLAC exitoso, adherencias abdominales en el 9.37%. (ACOG A. C., Vaginal birth after cesarean delivery. Practice Bulletin No. 184, 2017)

Dentro de las complicaciones neonatales reportadas son mortalidad perinatal en el 0.13% de las pacientes sometidas a TOLAC, ingreso a Terapia Intensiva Neonatal del 0.8-26.2% en TOLAC y en el 1.5-17% de cesárea electivas, en el estudio todas las pacientes fueron sometidas a TOLAC sin reportarse casos de mortalidad perinatal, el 1.84% de neonatos ingresaron a Terapia Intensiva Neonatal, donde el 2.02% corresponde a las pacientes de TOLAC exitoso y el 1.56% de TOLAC fallido, además se valoró el puntaje de APGAR a los 5 minutos donde todos fueron mayor a 7. (ACOG A. C., Vaginal birth after cesarean delivery. Practice Bulletin No. 184, 2017)

5.2. CONCLUSIONES.

La tasa de éxito de parto vaginal posterior a cesárea fue de 60.74%.

Los factores que se asociaron con el éxito del trabajo de parto después de cesárea fueron, antecedente de parto vaginal, dilatación cervical mayor a 4 cm, mientras que los que se asociaron con fracaso fueron índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m2, edad materna mayor a 35 años, edad gestacional mayor a 41 semanas.

Tanto el sexo neonatal como enfermedad materna inducida por el embarazo no se asociaron con incremento o disminución de la probabilidad de parto.

El puntaje de APGAR a los 5 minutos entre los grupos de parto vaginal y parto por cesárea fue similar, ninguno presento puntaje menor a 7.

Las complicaciones maternas reportadas en el grupo parto vaginal fue hemorragia posparto en 5 mujeres, retención placentaria se reportó en 3 pacientes de las cuales 1 presentó signos de acretismo, por otro lado en el grupo parto por cesárea se encontró adherencias abdominales en 6 pacientes y hemorragia posparto en 3 pacientes.

El riesgo de ruptura uterina encontrada fue de 0,61%, misma que fue ruptura uterina incompleta.

5.3. RECOMENDACIONES.

Las pacientes con antecedente de una cesárea deben ser informadas en los controles prenatales sobre los beneficios, posibles complicaciones y tasas de éxito de prueba parto vaginal.

Se debe intentar un parto vaginal a todas las pacientes con antecedente de una cesárea que no presenten contraindicaciones para realizar prueba de parto, en caso de que la paciente no acepte esta recomendación debe ser maneja por un equipo multidisciplinario compuesto por Ginecólogo, Psicólogo y Pediatra.

Capacitar y socializar al personal de salud sobre el manejo de las pacientes con embarazo y antecedente de cesárea.

En base a los resultados encontrados de las características maternas que influyen sobre el aumento o disminución de probabilidad de parto vaginal, se debería validar calculadoras que se encuentran disponibles, que sirvan como herramienta para la toma de decisiones, ya que estás utilizan los factores encontrados como variables.

CAPÍTULO VI

5.1. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ACOG, A. C. (2010). Vaginal birth after previous Cesarean delivery. Practice Bulletin Number 115. 116: 450-463.

ACOG, A. C. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No. 1. *Obstet Gynecol*, 123: 693-711.

ACOG, A. C. (2017). Vaginal birth after cesarean delivery. Practice Bulletin No. 184. *Obstet Gynecol*, 130:e217-33.

Barber, E. L., Lundsberg, L. S., Belanger, K. P., Pettker, C. M., Funai, E. F., & Illuzzi, J. L. (2011). Indications Contributing to the Increasing Cesarean Delivery Rate. *Obstetrics & Gynecology*, 118:29-38.

Bibara M, G. Y. (2013). Factors associated with success of vaginal birth after one caesarean section (VBAC) at three teaching hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: a case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13:31.

Boenke Emily, C. D. (June de 2013). *Vaginal Birth after Caesarean Section Guideline(VBAC).* Obtenido de Chelsea and Westminster Hospital NHS: https://www.whatdotheyknow.com/request/334177/response/811181/attach/3/Vaginal%20birth%20after%20Caesarean%20section%20VBAC.pdf

C Edward Wells MD, F. G. (2017). Coosing the route of delivery after cesarean birth. *UpToDate*.

CEDIP, G. d. (2015). *Parto vaginal depués de cesárea (PVDC).* Obtenido de Guía Perinatal: http://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/parto-vaginal-despus-de-cesrea

Chandrasekaran Suchitra, H. H. (2016). Maternal body mass index has significant direct impacts on VBAC succes . *American Journal of Obstetrics&Gynecology*, s239.

Cunningham FG, B. S. (2010). National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Vaginal Birth After Cesarean : New Insights. March 8—10. *Obstetrics & Gynecology; 115(6)*, 1279–1295.

Dodd JM, C. C. (2013). Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 12. Art. No.: CD004224.*

Guise J-M, E. K. (2010). Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Report/Technology Assessment No. 191. (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center for the 2010 NIH Consensus Conference. . *AHRQ Publication No. 10-E001. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2010.*

Gynecologists, A. C. (2013). Cesarean Delivery on Maternal Request, Committee Opinion No. 559. *Obstetrics & Gynecology*, Volume 121 - Issue 4 - p 904–907.

Gynecologists, A. C. (2013). Elective Surgery and Patient Choice. Comite de Opinion No. 578. *Obstet Gynecol*, 122:1134-8.

Huann-Cheng Horng, C.-Y. C.-H. (2017). The birth weight of vaginal birth after cesarean section. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56: 418-419.

Institute of Obstetricians and Gynaecologists, R. C. (2013). DELIVERY AFTER PREVIOUS CAESAREAN SECTION CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. 1-14.

Ivan, R. (10 de Jul de 2010). *Elective caesarean section and vaginal birth after cesarean: clinical guidelines.* Obtenido de Medwave: https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/ConferenciasXXXX/4618

Jiangfeng Ye, M. P. (2014). Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth*, 1-8.

José Villar, E. V. (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The lancet*, 367:1819-1829.

Knight H.E, G.-U. I. (2014). Vaginal birth after caesarean section: a cohort study investigating factors associated with its uptake and success. *BJOG*, 121:183-193.

Li W. H., Y. M. (2016). Vaginal birth after cesarean section: 10 years of experience in a tertiary medical center in Taiwan. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 55: 394-398.

M. Castillo Núñez, J. R. (2009). Factores relacionados con la vía de parto tras cesárea anterior. *Clínica e investigación en Ginecología y Obstetrícia*, 36(4):122–126.

Madar H, B. S. (2017). . Embarazo y útero cicatricia. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 53(1):1-16.

Marshall N, F. R. (2011). Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology:205(3)*, 262.e1-8.

Martínez Salazar.G. L, G. V. (2015). Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 608-615.

Martínez, S. (2013). Criterios para el manejo de cesárea de urgencia. *Revista Mexicana de Anestesiología*, S159 - S162.

Maykin Melamie M, M. A. (2017). Validation of a prediction model for vaginal birth after cesarean delivery reveals unexpected success in a diverse American population. *AM J Perinatol Rep*, e31-e38.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, D. N. (2012-2015). *Boletín Nacimientos por cesárea*.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, D. N. (2015). *Atención del parto por cesárea: Guía Práctica Clínica.* Quito.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, D. N. (2015). *Boletín Nacimientos por Cesárea MSP 2012-2015.* Quito.

MSP, M. d. (2014). *Boletín de Evaluación de tecnologías sanitarias N. 2.* .

Nilsson. C, L. E.-J. (2015). Vaginal Birth After Cesarean: Views of Women From Countries With High VBAC Rates. *Qualitative Health Research*, 1-16.

NNEPQIN´s. (2 de December de 2011). *Northern New England Perinatal Quality Improvement Network.* Obtenido de https://www.oplc.nh.gov/midwifery/documents/nnepqin-vbac-guidelines.pdf

OMS, D. d. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.* Ginebra.

Ortiz-Prado E, A. C.-L. (2017). Cesarean section rates in Ecuador: a 13-year comparative analysis between public and private health systems. *Rev Panam Salud Pública 41*, 1-7.

Parrilla-Fernández A, M.-T. J.-C.-R. (2017). Valoración, atención al parto y cuidados periparto en un caso de rotura uterina en trabajo de parto tras cesárea anterior. *Enferm Clin.*, 27(1): 49-54.

Quesnel GBC, L. R. (2015). Parto después de cesárea ¿una opción segura? *Ginecol Obstet Mex; 83*, 69-87.

RCOG, R. C. (2015). Birth after previous caesarean birth. *Green-top Guidelina No. 45*, 1-31.

Reif. P, B. F. (2016). Labour and Childbirth After Previous Caesarean Section Recommendations of the Austrian Society of Obstetrics and Gynaecology (OEGGG). *Geburtshilfe Frauenheilkd,* 76(12):1279-1286.

Ruiz-Sánchez J, E. y.-P.-A. (2013). Cesárea: Tendencias y resultados. *Perinatol. Reprod. Hum*, 28: 33-40.

SEGO, S. E. (2010). Parto vaginal tras cesárea. *proSEGO*.

Sepúlveda Mendoza DL, G. C. (2015). Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea. *Ginecol Obstet Mex; 83*, 743-749.

Tilden EL, C. M. (2017). Vaginal birth after cesarean: neonatal outcomes and United States birth setting. *Am J Obstet Gynecol*, 216(4):403.e1.

Vélez Pérez E, T. G. (2012). Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 58-64.

CAPITULO VII

7.1. ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA EN EL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI

- **EDAD AL MOMENTO DEL INGRESO**

AÑOS _____ MAYOR DE 35 AÑOS _____ MENOR DE 35 AÑOS _____

- **GRUPO ETNICO**

INDIGENA ___ MESTIZO ____ NEGRA ____ BLANCO ____ MONTUBIO _____

- **ESTADO CIVIL**

SOLTERA____ UNION LIBRE ____CASADA ____ DIVORCIADA____VIUDA____

- **NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

NINGUNA _____ PRIMARIA _____ SECUNDARIA_____ SUPERIOR _____

- **PARIDAD**

GESTAS _____ PARTOS _____ CESAREAS _____ ABORTOS _____

- **INDICE DE MASA CORPORAL**

NORMAL ____ SOBREPESO _____ OBESIDAD _____

- **ENFERMEDAD MATERNA INDUCIDA POR EL EMBARAZO**

SI _____ NO _____ CUAL: _____

- **EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL INGRESO**

< DE 37 SEMANAS _____ 37 A 38,6 SEMANAS _____ 39 A 40,6 SEMANAS _____ 41 SEMANAS _____

- **DILATACIÓN CERVICAL AL MOMENTO DEL INGRESO**
  - 4 CM _____ < 4 CM _____
- **VIA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO**

PARTO DESPUES DE CESÁREA _____ CESÁREA INTRAPARTO_____

CAUSA DE CESÁREA _____

- SEXO NEONATAL

  MASCULINO_____ FEMENINO _____
- PESO NEONATAL: _____GR
- **EVENTOS PERINATALES ADVERSOS**

MATERNOS: SI _____ NO _____ NEONATALES: SI _____ NO _____

CUÁL: _____