



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

**Morbimortalidad durante el parto vaginal en gestantes a término con cesárea
previa, asistidas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell durante el año
2018.**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Florencia Regusci

Br. Carolina Silveira

TUTORA: Ex. Prof. Agda. Obst. Part. Laura Valli

Montevideo, Setiembre 2020

AGRADECIMIENTOS

Le agradecemos a la Prof. Agda. Obst. Partera Laura Valli, quien aceptó la tutoría de la investigación que le planteamos, guiándonos, acompañándonos y apoyándonos en este último tramo de la carrera.

A nuestra Co-tutora, Asist. Obst. Partera Mariana García, la cual accedió a acompañarnos y dedicarnos tiempo, ya que se nos hizo cuesta arriba el comienzo del mismo.

Agradecemos también a la Sra. Ana Pintos, Jefa del Departamento de Archivos Médicos del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), por proporcionarnos el listado de historias clínicas de las mujeres que formaban parte de nuestro trabajo, amplia disponibilidad horaria, y un espacio para poder trabajar de forma armoniosa, y a sus funcionarios que nos ayudaron en la selección y búsqueda de las historias clínicas.

A nuestras familias, parejas y amigos, que nos brindaron siempre el apoyo durante la carrera y principalmente en esta última etapa, la cual requirió mucho tiempo, dedicación y esfuerzo para poder finalizar la investigación, que nos permitirá obtener el título que tanto anhelamos.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	2
TABLA DE CONTENIDOS	3
TABLA DE FIGURAS	6
TABLA DE ABREVIATURAS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	10
CAPÍTULO I	12
1. INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO II	16
1. MARCO TEÓRICO	17
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PARTERÍA	17
MORBIMORTALIDAD MATERNA, FETAL Y NEONATAL DURANTE EL NACIMIENTO	20
1.1 PARTO	22
Concepto	22
Tipos	22
• A.PARTO VAGINAL	23
• B.PARTO INSTRUMENTAL	33
• C.CESÁREA	35
1.2 PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA	45
TASA DE ÉXITO	46
CONTROL GESTACIONAL	48
INDUCCIÓN DEL PARTO	49
VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO	51

COMPLICACIONES MATERNAS ASOCIADAS AL PARTO VAGINAL DESPÚES DE CESÁREA.....	52
• <i>Hemorragia Postparto (HPP).....</i>	52
• <i>Hemorragia postparto por Rotura Uterina.....</i>	53
• <i>Histerectomía Obstétrica.....</i>	58
• PATOLOGÍAS EN LA IMPLANTACIÓN.....	60
2. ANTECEDENTES.....	67
CAPÍTULO III.....	76
1. OBJETIVOS.....	77
1.1. Objetivo General.....	77
1.2. Objetivos Específicos.....	77
2. METODOLOGÍA.....	78
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO	80
• 1. Edad: según etapa reproductiva.....	80
• 2. Período Intergenésico.....	80
• 3. Trabajo de parto.....	81
• 4. Apgar	81
• 5. Complicaciones maternas	82
• 6. Complicaciones feto-neonatales	83
CAPÍTULO IV.....	85
1. PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	86
2. DISCUSIÓN DE DATOS.....	92
CAPÍTULO V.....	96
CONCLUSIONES	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS Y APÉNDICES.....	108
ANEXO I	108
ANEXO II.....	110

APÉNDICE I 112

TABLA DE FIGURAS

Figura 1: Ventosa o Vacuum de silicona.....	34
Figura 2: Espátulas de Thierry.....	34
Figura 3: Fórceps de Simpson.....	34
Figura 4: Sostén de serosa vitelina e incidencia con tijera.....	39
Figura 5: Incisión en ambos lados de la serosa.....	39
Figura 6: Incisión del Miometrio.....	39
Figura 7: Acceso a cavidad uterina.....	39
Figura 8: Maniobra de extracción fetal.....	40

TABLA DE ABREVIATURAS

ACOG - Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos

AO - Antecedente Obstétrico

CHPR - Centro Hospitalario Pereira Rossell

FCF- Frecuencia Cardíaca Fetal

HPP- Hemorragia Postparto

MSP- Ministerio de Salud Pública

OMS - Organización Mundial de la Salud

PI - Período Intergenésico

PV - Parto Vaginal

PVDC - Parto Vaginal Después de Cesárea

RU- Rotura Uterina

SHFIU- Sospecha Hipoxia Fetal Intrauterina

SIP - Sistema Informático Perinatal

TDP - Trabajo de Parto

UNFPA - Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNICEF - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RESUMEN

Introducción: El estudio de la morbimortalidad durante el parto vaginal en mujeres con cesárea anterior, resulta importante para la práctica profesional.

Objetivo: Esta investigación pretende describir las complicaciones presentes durante el parto vaginal, de gestantes a término asistidas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell durante el año 2018 con cesárea previa. Para llevarlo a cabo, se plantearon los siguientes objetivos específicos: relevar las mujeres que hayan tenido parto vía vaginal con parto anterior por cesárea, identificar las complicaciones maternas en esta población, describir las complicaciones que presentaron los recién nacidos, relevar en la población de la muestra aquellos partos que fueron inducidos o conducidos y analizar la relación de las complicaciones más frecuentes con el antecedente de cesárea.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo y descriptivo. Se relevó información de las historias clínicas de las pacientes seleccionadas como muestra de estudio. Los criterios de inclusión definidos fueron: gestación de término, feto único, presentación cefálica, peso fetal menor a 4000 gramos y gestaciones con y sin patologías asociadas al embarazo. Las variables de estudio: edad materna, período intergenésico, tipo de incisión de cesárea previa, Apgar, complicaciones maternas, complicaciones feto-neonatales e inicio del trabajo de parto. **Resultados:** Se procesaron los datos de 109 historias clínicas. El 94% de los partos fueron eutócicos y el 6% instrumentales. Éstos ocurrieron de forma espontáneo en un 84% de los casos, un 6% fueron inducidos con oxitocina, un 5% requirieron maduración cervical con Sonda Foley con posterior inducción con oxitocina, y el resto (5%) fueron partos conducidos.

No se registró ninguna muerte materna, fetal ni neonatal. La complicación materna más frecuente fue la hemorragia postparto registrándose en siete de los casos seguida de anemia moderada postparto registrada en un solo caso. No se evidenció ningún caso de rotura uterina o dehiscencia de la cicatriz. Como única complicación neonatal se presentó el Síndrome de Distrés

Respiratorio en tres de los recién nacidos. **Conclusiones:** La morbimortalidad materna y neonatal en mujeres que experimentan un parto vaginal después de una cesárea es baja, por lo que se considera que es una opción segura, posible y beneficiosa para el binomio madre-neonato; con una tasa de éxito ubicada alrededor del 80%. La inducción al parto no está contraindicada, salvo la utilización de misoprostol (PG1), y ha demostrado tener buenos resultados perinatales.

Palabras claves: Morbimortalidad - Parto vaginal después de una cesárea previa.

ABSTRACT

Introduction: The study of mortality during the vaginal birth in women with previous cesarean section is very important for our professional practice.

Objective: This investigation try to describe the complications present during vaginal delivery, of pregnant to term women assisted in the Hospital Center Pereira Rossell during 2018 with previous cesarean section.

The following specific objectives were set to carry out the study to: survey women who had given birth vaginally with a previous cesarean section, to identify maternal complication in this population, to describe the complications presented by newborns to survey in sample population those deliveries that were introduce or conducted, and to analyze the relationship of most frequent complications whit the history of cesarean section. **Material and Methods:** a quantitative, retrospective and descriptive study was carried out. Information from the medical records of patients selected as a study sample was disclosed. The inclusion criteria defined were; terminated gestation single fetus, cephalic presentation, fetal weight less than 4000 gr and gestation with and without pathologies associated to pregnancy. The study variables: maternal age, intergenesic period, type of previous cesarean section inclusion Apgar, maternal complications, fetal birth complications and initiation of labor. **Results:** data from 109 clinical records were processed. The 94% of deliveries were eutocic and 6% instrumental. These occurred spontaneously in 84% of the cases, 6% were induced with oxytocin, 5% required cervical maduration with Foley probe and subsequent introduction with oxytocin and the remaining 5% were conducted deliveries.

No maternal, fetal or neonatal deaths were recorded. The most frequent maternal complication was postpartum hemorrhage in seven of the cases followed by moderate postpartum anemia in only one case. There is no evidence of uterine rupture or dehiscence of scar.

The only neonatal complication was respiratory distress syndrome in three of the infants. **Conclusion:** The maternal and neonatal morbidity and mortality in

women who experience a vaginal delivery after a cesarean section is low and is therefore considered safe, possible and beneficial option for mother-neonate binomial with a success rate of around 80%.

Employer induction is contraindicated except for the use of Misoprostol (PG1) and has been shown to have good results.

Key words: morbidity and mortality - Vaginal delivery after a previous cesarean section.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación está dirigida hacia la morbimortalidad durante el parto vaginal en mujeres con cesárea anterior.

Cuando hablamos del término morbimortalidad se toman en cuenta dos conceptos, el de morbilidad por un lado y mortalidad por otro.

El término Morbilidad, según la Real Academia Española, se refiere a la *“Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado”*, y la Mortalidad es la *“Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada”*.

La morbimortalidad materna, fetal y neonatal depende, entre otros factores, de la vía de nacimiento que se adopte; ya que el parto vaginal y la cesárea son procesos diferentes que implican riesgos y complicaciones desiguales para el binomio. (Bajo Arenas et al., 2007, p.339)

Como plantea Bajo Arenas et al. (2007), el parto vaginal es un proceso fisiológico y su objetivo es finalizar la gestación mediante la salida al exterior de un feto, vivo o no, y sus anexos ovulares a través de los genitales maternos; éste es un proceso que implica riesgos menores en la salud de la mujer y del futuro neonato respecto a los de una cesárea. Ésta última es un procedimiento quirúrgico, definido por como afirma Cunningham et al., (2011) como el *“nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominales (laparotomía) y uterina (histerotomía)*.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y expertos en la salud reproductiva, en 1985, declararon en cuanto a la tasa de cesárea que *“No hay justificación alguna para que ninguna región, presente una tasa de cesáreas superior al 10-15%”*, aun así las tasas de cesáreas son cada vez más altas a nivel mundial, tanto las justificadas, por indicación médica, como las injustificadas cuando el procedimiento no responde a una indicación médica.

La OMS sostiene que las cesáreas son eficaces cuando son justificadas ya que previenen la morbimortalidad materna-perinatal. (MSP, 2018)

Los riesgos de una prueba de parto en mujeres con cesárea anterior y los de una cesárea a repetición, están en continua evaluación e investigación, basándose en diversos factores tales como el período intergenésico, tipo de incisión de la cesárea anterior, inicio del trabajo de parto, entre otros.

Una de las complicaciones más temidas y descrita por varios autores, en mujeres con cicatriz uterina previa, es la rotura uterina o dehiscencia de la cicatriz que pone en riesgo la vitalidad materna, fetal y neonatal. La tasa global de esta complicación es baja, ubicándose entre un 0,2 y 1,5%; por lo que el intento de parto vaginal después de una cesárea previa se lo considera como un proceso viable, seguro, beneficioso y exitoso, ya que los riesgos asociados a la cesárea se ven disminuidos en comparación a una cesárea electiva o iterativa, y presenta una tasa de éxito alrededor del 80%.

La actual investigación fue llevada a cabo como requisito para la obtención del título de Obstetra-Partera.

Se pretende que este trabajo sea de aporte para la partería en la práctica profesional enriqueciendo el rol, brindando información y conocimientos que puedan ser aplicados durante la vigilancia del trabajo de parto en las gestantes con cesárea previa.

Ésta fue realizada por el interés que surge de las experiencias transitadas durante la práctica clínica, en el rol como estudiantes de la Escuela de Parteras; práctica en la cual se percibió un bajo porcentaje de partos vaginales en mujeres con antecedente obstétrico de una cesárea previa, lo cual exige para el equipo de salud un mayor control tanto materno como fetal durante el trabajo de parto y parto vaginal.

A punto de partida del interés sobre el tema, se pretende responder las siguientes interrogantes:

1. El parto vaginal después de una cesárea: ¿es posible?
2. ¿Qué tipo de complicaciones se presentaron en la madre y en los recién nacidos?
3. ¿Cuántos partos fueron inducidos y cuántos de ellos presentaron complicaciones?
4. ¿Las complicaciones maternas y neonatales están relacionadas con el antecedente de cesárea?

Este estudio se llevó a cabo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, con el objetivo de describir las complicaciones presentes durante el parto vaginal, en gestantes a término que presentaban como antecedente obstétrico una cesárea previa.

Se recolectaron datos de las historias clínicas de las mujeres que finalizaron su embarazo en el período de enero a diciembre del año 2018, vía vaginal con antecedentes de una cesárea; la muestra de estudio que se obtuvo fue de un total de 109 mujeres.

Del análisis de los datos se obtuvo un bajo porcentaje de complicaciones maternas, fetales y neonatales, no se registró ningún caso de rotura uterina, ni muerte materna o neonatal.

Por lo cual, con un adecuado control del trabajo de parto y parto, los riesgos obstétricos de un PVDC según la literatura consultada y los resultados obtenidos, éstos son menores; siempre y cuando la paciente cumpla con los criterios adecuados para ser candidata a un parto vaginal.

CAPÍTULO II

1. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PARTERÍA

A lo largo de la historia de la partería las prácticas, los conocimientos científicos y los modelos asistenciales han ido en evolución.

La asistencia al parto en la antigüedad se encontraba amparada sobre todo por experiencias o conocimientos empíricos, transmitidos en varias oportunidades entre mujeres, madres e hijas, de generación en generación. Éstas eran llamadas comadronas, madrinas o matronas; así mismo el control de la salud materna y fetal se iba controlado durante la progresión del evento.

Entre los siglos III y VI A.C, en Grecia, se da origen a la Medicina Científica con Hipócrates, donde se comienza a estudiar la medicina, y con ello el proceso de la gestación, etapa del puerperio y sus patologías; era recomendada la lactancia materna, toma de conocimientos acerca del aborto y sus causas, así como los métodos abortivos estaban prohibidos.

En Roma en la edad media, año 700, la cesárea se practicaba únicamente luego de la muerte; a partir de los siglos XII y XIII en Europa, surgen avances en la obstetricia a partir de la creación de universidades y en respuestas a la alta mortalidad materna-fetal.

En la edad moderna se introduce al Médico, en la anestesia al parto, que hasta ahora estaba en manos de mujeres con conocimientos basados en experiencias. Por primera vez, *Francois Rousset* recomienda la cesárea en paciente viva, un hecho que se acompañó de gran mortalidad materna hasta el siglo XX. (Marín, 2015)

La primera cesárea en paciente viva, fue practicada por Jacob Nuffer en Suiza en el año 1500. Este hecho fue muy importante ya que luego se documentó que dicha mujer posteriormente a la cesárea, tuviera 5 partos vaginales, hecho que podría señalarse como los primeros partos vaginales después de una cesárea previa. (Lugones, 2001)

En el siglo XVII, con *Francois de Mauriceau*, Obstetra Francés; la Obstetricia entra oficialmente en terreno científico. Se logra conocer la pelvis femenina y se crea una maniobra que permite la extracción de la cabeza fetal en presentaciones podálicas, maniobra que es utilizada actualmente y lleva su nombre, *Mauriceau*. También se estudió sobre la cesárea, embarazos ectópicos, eclampsia, entre otros. Durante este siglo, el Dr. Peter Chamberlain, inventa un instrumento para la extracción de la cabeza fetal en partos distócicos, el Fórceps.

En el siglo XX, la mortalidad de la cesárea había descendido, gracias a que Max Saenger, Ginecólogo Alemán, introdujo la sutura uterina, la cual se consideraba innecesaria. Por otro lado, se introducen los anestésicos, los antibióticos, el registro de la frecuencia cardíaca fetal (por Caldeyro Barcia), el Doppler y la ecografía (por Ian Donald) permitiendo un control más cercano de la salud materna y fetal.

En 1920, Munro Kerr, J.M., ideó la histerotomía segmentaria transversa baja, la cual es practicada en la actualidad. (Bajo Arenas et al., 2007)

Acerca de la mortalidad materna mundialmente, ésta se vio beneficiada con la hospitalización de las mujeres (Siglo XVII al XIX); motivo por el cual el nacimiento debía ser un asunto hospitalario. La asistencia al parto, se la consideraba como un proceso médico y no como un proceso fisiológico del ciclo vital de la mujer; lo que implicaba actuar en base a protocolos de rutinas sin evidencia científicas, como el rasurado, el enema evacuador y las inducciones al parto.

La OMS, tomando en cuenta los resultados desfavorables con este modelo asistencial, en 1985, a base de evidencia científica, plantea los derechos de la embarazada, dirigidos al cuidado humanizado y respeto durante el proceso de parto y nacimiento. Fundamentando que el excesivo intervencionismo en los partos fisiológicos podrían incrementar la mortalidad materna y del recién nacido. En este nuevo modelo asistencial se garantizan los derechos de la mujer, otorgando poder de decisión y empoderamiento durante el parto y nacimiento, volviendo a ser la protagonista durante el proceso. (MSP, 2018)

Las Parteras tienen un lugar fundamental al momento de la asistencia al parto desde el año 1512, documentándose en Francia, la apertura de la primer Escuela de Parteras. A partir de allí comenzaron a ser incluidas en las instituciones hospitalarias y reconocidas profesionalmente. En Uruguay, el ingreso de las Parteras a un nivel universitario debió esperar hasta 1877, año en que se creó la Facultad de Medicina en Montevideo; los cursos para médicos y Parteras comenzaron con el funcionamiento de la misma. La primera profesional egresada de la facultad, fue la Partera italiana Adela Peretti el año 1881. Y en la actualidad la obstetricia es dictada en la Escuela de Parteras de la Facultad de Medicina, alcanzado un nivel profesional de excelencia. (Pons, 2015)

La Partera es una profesional de libre ejercicio donde puede ejercer individualmente y/o en equipo con otros profesionales de la salud, tanto en áreas públicas como privadas. Está capacitada para desarrollarse en: educación para la salud, prevención de patologías, planificación familiar, control del embarazo, preparación para el parto, parto y puerperio, primeros cuidados del recién nacido, lactancia y en la salud sexual y reproductiva de la mujer.

El desempeño de la/el Obstetra Partera/o se debe basar y cumplir con las normas éticas, las cuales se centran en el respeto a la mujer como sujeto de derecho. Puede trabajar individualmente y/o en equipo, consultando y/o derivando casos cuando este exceda de su competencia, emplear su conocimiento para prácticas de nacimiento seguro y respetar el secreto profesional. (Web Escuela de Parteras).

MORBIMORTALIDAD MATERNA, FETAL Y NEONATAL **DURANTE EL NACIMIENTO**

Cuando se menciona el término de morbilidad, se deben tener en cuenta dos conceptos: morbilidad y mortalidad.

Concepto de Morbilidad: *“Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado”*. (RAE., 2014a).

Concepto de Mortalidad: *“Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada”*. (RAE., 2014b).

Definiciones:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema (MME) como *“un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo”*; y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) la definió como *“una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte”* (INS, 2017, p.4)

Otros conceptos a tener en cuenta son: defunción materna, defunción fetal y neonatal, definidos por la OPS, 2003.

Defunción materna:

Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (pp.139-140).

Defunción fetal:

Muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria. (p.134).

Defunción neonatal: se definen como *“las muertes entre los nacidos vivos durante los primeros 28 días completos de vida”* (p.136)

El embarazo y el parto no son enfermedades, sin embargo, es una etapa en la que no se deben descartar riesgos y/o complicaciones, principalmente durante el proceso del parto. La aplicación de protocolos para obtener un nacimiento seguro pueden disminuir significativamente el riesgo de morbilidad materna y de los recién nacidos, y contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de dicho binomio.

1.1 PARTO

Concepto

Cuando se hace referencia al término, parto, debemos entender que el mismo se refiere a “la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500 g igual o mayor a las 22 semanas completas (para otros 20 semanas) contadas desde el primero día de la última menstruación”. (Schwarcz et al., 2005, p.431).

Tipos

Los tipos de parto que existen son el parto vaginal, parto instrumental y vía cesárea, los cuales serán desarrollados a lo largo del capítulo.

A. PARTO VAGINAL

El parto vaginal se define como “proceso fisiológico que pone fin al embarazo, por el cual se produce la salida desde el útero al exterior, a través del canal del parto, de un feto, vivo o muerto, seguido de sus anexos ovulares”. (Bajo Arenas et al., 2007, p.339)

En cuanto al trabajo de parto (TDP) este se define como “un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida un feto viable de los genitales maternos”. (Schwarcz et al., 2005, p.433)

Para realizar el diagnóstico, Álvarez et al. (2018) afirman que la gestante debe presentar contracciones uterinas dolorosas con una frecuencia de tres a cinco en diez minutos, acompañado de modificaciones cervicales de tres centímetros o más.

Trabajo de parto

Según su inicio puede ser: espontáneo, inducido o conducido.

- ◆ El TDP espontáneo, “*es aquel que se inicia sin que hayan intervenido agentes externos*”. (Schwarcz et al., 2005, p.431)
- ◆ La inducción del parto se define como “*aquel que inicia por la intervención deliberada de agentes externos*”. (Schwarcz et al., 2005, p.431)
- ◆ Conducido “*se refiere a la estimulación de las contracciones espontáneas que se consideran inadecuadas por falla en la dilatación del cuello uterino y el descenso fetal*”. (Cunningham et al., 2011, p.500)

Manejo Clínico del trabajo de parto

El TDP y parto es un proceso fisiológico que forma parte de la vida reproductiva de la mujer, la vigilancia del mismo por parte de los profesionales de la salud debe ser estrecha y continua, con el mínimo intervencionismo, para asegurar el bienestar materno y fetal.

Se debe comprender y respetar los aspectos socioculturales de la mujer, respetar el derecho a la privacidad y promover el empoderamiento de la misma durante el proceso de parto y nacimiento; así como respetar los deseos planteados en el plan de parto.

Durante esta etapa la mujer pasa a ser la protagonista de ese momento, quien tiene la libertad de adoptar la posición más confortable para ella (acostada, sentada, parada, caminando) y moverse libremente cambiando de una posición a otra, lo que contribuye al bienestar de la madre en el período de dilatación como en el período expulsivo. En éste último alguna de las posiciones que pueden adoptarse son las verticales o de litotomía.

Las mujeres tienen derecho a elegir un acompañante para transitar este proceso, quien participa activamente promoviendo apoyo emocional, psicológico y físico; éste contribuye en la disminución del dolor y ansiedad que la mujer pueda llegar a sentir. El contacto piel a piel post nacimiento e inicio de la lactancia materna antes de la primera hora de vida, es una de las recomendaciones planteadas, entre otras. (Álvarez et al., 2018)

Aquellas intervenciones que se realicen por parte del equipo profesional durante el TDP y parto deben ser justificadas, con en el fin de prevenir posibles complicaciones.

Se habla de la inducción o conducción del parto, cuando este proceso es lento debido a la ineficiencia de las contracciones uterinas o cuando éste no sea de inicio espontáneo, siempre y cuando no existan riesgos que comprometan la

vida materna-fetal. Para la intervención se debe contar con la aprobación de la gestante, mediante previo consentimiento informado.

Para tomar la conducta más apropiada en cuanto a la inducción al parto, mediante la exploración cervical se valorará el estado del cuello uterino utilizando el Índice de Bishop. Este índice, cuantifica determinadas características como: la posición del cuello uterino, consistencia, borramiento, dilatación y encajamiento de la presentación.

Cuando el puntaje es menor o igual a seis, se considera que el cuello uterino es desfavorable por lo que se indica inducción de la maduración cervical mediante la utilización de Sonda Foley (SF) o prostaglandinas (PG).

La SF puede utilizarse con membranas ovulares íntegras, en un período de tiempo de doce horas, con control de la salud fetal durante veinte minutos pre y post colocación. Se deberá valorar el estado del cuello uterino luego de doce horas posteriores a la colocación, si el índice es menor a seis se recomienda aplicar un segundo día de maduración con SF u oxitocina, o finalizar la gestación mediante cesárea, según cada caso; en cambio si el índice es mayor a seis e inicia TDP espontáneamente se debe dejar evolucionar, de lo contrario se debe comenzar inducción con oxitocina. Los motivos para extraerla, son los casos de rotura espontánea de membranas ovulares, expulsión espontánea de la misma, inicio espontáneo del trabajo de parto o cuando se Sospecha de Hipoxia Fetal.

La maduración cervical con prostaglandinas (PG), se da en aquellos casos que se produce la rotura de membranas ovulares previo al inicio del TDP; utilizando Dinoprostona (PGE2) intra vaginal, durante 24 horas. Como segunda elección se puede utilizar el Misoprostol (PGE1) en dosis de 25 microgramos vía oral, hasta un máximo de tres dosis diarias, este comparado con la Dinoprostona genera mayor hiperestimulación uterina. (Álvarez et al., 2018)

Cuando el índice de Bishop es mayor a seis puntos, se considera que el cuello uterino es favorable. En este caso está indicada la inducción al trabajo de parto con oxitocina y la dosis recomendada es de cinco unidades

internacionales vía intravenosa diluida en 500 mililitros de suero fisiológico o ringer lactato, comenzado a dosis bajas de seis a doce mililitros/hora por bomba de infusión continua. El MSP (2014), establece que la dosis máxima de oxitocina a utilizar en la inducción es de 240 mililitros/hora.

Por otro lado, Álvarez et al. (2018), recomiendan discontinuar la inducción en los casos que no se logre dinámica uterina adecuada sin sobrepasar la dosis de 96 mililitros/hora, o cuando se alcanza los cinco cm de dilatación.

Respecto al control durante el TDP en los casos de maduración o inducción debe ser estricto tanto para la dinámica uterina como para la frecuencia cardíaca fetal, siendo continua desde la fase activa del trabajo de parto. Al mismo tiempo se debe realizar un adecuado control de signos-síntomas maternos y de la dilatación cervical.

Existen contraindicaciones relativas o absolutas para este procedimiento.

Las relativas son: gestaciones múltiples, polihidramnios, enfermedad cardíaca materna y gran multiparidad, entre otras. Mientras que las absolutas son: placenta previa oclusiva, vasa previa, situación fetal transversa, prolapso de cordón umbilical o procidencia, herpes genital activo, entre otras.

Las complicaciones de la inducción al parto, se resumen en hiperestimulación uterina que puede llevar o no a rotura uterina e infección, por ser el tacto vaginal un método invasivo en la maduración cervical. (Álvarez et al., 2018)

Períodos del trabajo de parto

Se diferencian tres etapas: dilatación, período expulsivo y alumbramiento.

- El período de dilatación está comprendido por dos fases:

Fase latente: se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas dolorosas o no y modificaciones cervicales hasta los cuatro centímetros.

Por lo general no dura más de doce horas en aquellas gestantes primigestas y no más de diez horas en las multíparas.

Fase activa: las contracciones uterinas dolorosas son regulares y las modificaciones cervicales parten de los cinco centímetros, hasta la dilatación completa, diez centímetros. (Gómez Roig et al., 2019).

Recomendaciones durante esta etapa:

En caso de existir un plan de nacimiento, el equipo de salud debe respetar y consensuar las prácticas escritas. El acompañamiento de un familiar si la mujer lo desea debe ser continuo hasta la finalización del mismo.

Es importante durante el transcurso del trabajo de parto alentar a la movilidad, recomendando y respetando la posición que la usuaria desee.

El control de la salud materno-fetal se recomienda hacerlo mediante monitorización intermitente cada 20 o 30 minutos, hasta los cinco o seis centímetros; y cada 15 minutos a partir de los seis centímetros hasta una dilatación completa. (Álvarez et al., 2018)

En el examen genital, el tacto vaginal, se recomienda realizar siempre y cuando lo amerite y con previo consentimiento de la gestante, ya que se trata de un procedimiento invasivo e incrementa los riesgos de infecciones. Se aconseja realizarlo cuando: la mujer ingresa al servicio, frente al deseo de pujo, en

ocasiones de rotura de membranas ovulares, episodios de metrorragia, dolor intenso y/o alteración en la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal (FCF). (Álvarez et al., 2018; Gómez Roig et al., 2019).

Es importante disponer y ofrecer métodos de alivio del dolor, tanto farmacológicas como no, para mejorar la satisfacción de la usuaria, ya que el dolor puede influir negativamente en la progresión del trabajo de parto.

La analgesia epidural como técnica farmacológica segura, es efectiva para el alivio del dolor; los métodos no farmacológicos pueden ser: la inmersión en el agua que disminuye la necesidad de analgésicos; al igual que las técnicas de relajación, acupuntura, masajes mediante la aplicación de calor o frío, uso del balón, libre movimiento y cambio de posiciones en busca de posturas confortables. (Álvarez et al., 2018)

Las recomendaciones anteriormente descritas, son dirigidas a pacientes de bajo riesgo; en pacientes de alto riesgo se requiere de una mayor vigilancia con el fin de prevenir complicaciones, se requiere la suspensión de la vía oral dado el alto porcentaje de finalizar la gestación vía cesárea, y la monitorización de la FCF es continúa.

- Período expulsivo, es la segunda etapa del TDP.

Está comprendido desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto.

Se divide en período latente y activo. En el período latente, la dilatación es completa, acompañada o no de contracciones uterinas; el período activo se caracteriza por ubicarse la presentación fetal en el IV plano de Hodge con contracciones uterinas o sensación de pujo (Gómez Roig et al., 2019).

Las recomendaciones en la salud materno-fetal de esta etapa son las mismas que en el período de dilatación, pero debiendo ser más exhaustivo su control, cada cinco minutos antes, durante y posterior a cada contracción.

En cuanto a la posición materna se pueden permitir cambios asegurando la salud fetal y protección del piso pélvico, con el fin de evitar lesiones perineales, se considera que la posición vertical es la que ofrece mejores resultados asistenciales. (Álvarez et al., 2018)

La exploración genital es más frecuente frente al deseo de pujo, por lo que se debería considerar un ambiente íntimo y respetado para la usuaria y su acompañante.

La duración de este periodo varía entre cada mujer, en gestantes primigestas normalmente se completa en tres horas y en multíparas dos horas.

A destacar, en pacientes con analgesia epidural, el período expulsivo se extiende una hora más tanto en primigestas como en multíparas. En caso de superar el tiempo estipulado previamente, se optará por la finalización de la gestación vía parto instrumental o cesárea, dependiendo de las condiciones obstétricas. (Gómez Roig et al., 2019).

En cuanto a la episiotomía es importante destacar que no es una recomendación de rutina, la misma se define como la *“ampliación quirúrgica de la porción final del canal blando del parto”*. (SEGO, 2007, p.374)

El momento oportuno en que debe realizarse, es en el acmé de la contracción, cuando la cabeza fetal está coronando; bajo anestesia loco-regional, con previo asepsia quirúrgica. (SEGO, 2007)

La técnica recomendada es medio lateral derecha, en ángulo de entre 45° a 60° (grados) respecto al eje vertical; partiendo desde la comisura posterior de los labios menores. (Álvarez et al., 2018)

- El último período, es el alumbramiento, comprendido “*desde el nacimiento del feto hasta la salida de la placenta y membranas* (Gómez Roig et al., 2019, pp.9-10)

El período se considera prolongado cuando excede los treinta minutos posteriores al parto en casos de alumbramiento activo, y los sesenta minutos cuando el alumbramiento es espontáneo; por lo que se considera que la placenta está retenida cuando sobrepasa estos tiempos estipulados.

El tratamiento consiste en la extracción manual de la misma y profilaxis antibiótica.

Se recomienda el manejo activo en el alumbramiento, informando a la mujer sobre el procedimiento y sus beneficios, aun así es una decisión que debe tomar la mujer.

Para ello, se plantea la utilización de oxitocina, alguna de las opciones son: diez unidades internacionales vía intramuscular, cinco unidades internacionales intravenoso o acelerar el goteo de oxitocina en los casos que se utilizó previamente para la inducción del parto, tracción controlada de cordón umbilical y clampeo tardío de cordón. (Álvarez et al., 2018; Gómez Roig et al., 2019)

Beneficios y complicaciones del parto vaginal:

La Revista de Ciencias Médicas, publicada por la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en el año 2017, menciona en una de sus publicaciones los beneficios del parto materno-feto-neonatal que se describen a continuación.

Beneficios maternos:

- Menores tasas de morbilidad severa, hemorragia postparto, histerectomía obstétrica, embolia de líquido amniótico.
- Menor riesgo de muerte materna.
- Menor riesgo en anestesia regional.
- Riesgo de infecciones se reduce.
- Riesgo nulo en cuanto a lo reproductivo ya sea infertilidad o mortinato.
- Recuperación rápida y bajo índice de dolor.
- Mayor apego y lactancia.
- Menor estancia hospitalaria.

Beneficios feto-neonatal:

- Menor morbilidad respiratoria en comparación con la cesárea.
- Mayor apego e inicio de la lactancia. (Carvajal et al., 2017, págs.49-60)

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), describe las complicaciones maternas, fetales y neonatales del parto vaginal, en el consentimiento informado sobre la asistencia al parto.

Riesgos maternos:

- Infección.
- Lesiones o desgarros en canal del parto.

- Trastornos hemorrágicos y/o de la coagulación.
- Shock hipovolémico.

Riesgos feto-neonatal:

- Pérdida de bienestar fetal.
- Prolapso de cordón, poniendo en grave peligro la vida fetal.
- Distocia en la extracción fetal.
- Infecciones.*
- Fracturas traumáticas del recién nacido.*
- Parálisis braquial congénita.*
- Apgar bajo y muerte neonatal. * (Acién et al., s.f)

*Estas cuatro últimas complicaciones tanto en el parto vaginal como en la cesárea presentan el mismo riesgo. (Carvajal et al., 2017, págs.49-60)

B. PARTO INSTRUMENTAL

Según Bajo Arenas et al., (2007), el parto instrumental representa alrededor del 15 al 20% del total de partos vaginales y se define como *“al empleo de fórceps, ventosa o espátulas que aplicados generalmente sobre la cabeza fetal, y utilizando la fuerza de tracción, suplementan el trabajo del parto, asistiendo a la madre en la transición del feto hacia la vida extrauterina”* (p.783).

Este tipo de partos, se ven incrementados por ejemplo cuando se utiliza analgesia epidural como método de alivio del dolor, dado que la misma lentifica la segunda etapa del trabajo de parto, aumenta la frecuencia de la mala posición de la cabeza fetal y disminuye el esfuerzo expulsivo materno. La indicación principal de la aplicación de este tipo de parto, es el período expulsivo prolongado así como también en compromiso materno-fetal. (Bajo Arenas et al., 2007)

Los tipos de instrumentos que se utilizan durante el evento obstétrico son Ventosas o Vacuum, Espátulas de THIERR (Ver Fig. 1 y Fig.2), y/o Fórceps Simpson. Éste último, es utilizado con mayor frecuencia y permite la flexión cefálica mediante la tracción y rotación de la misma. (Ver Fig.3)

El momento adecuado para aplicarlo es durante la contracción y el pujo materno, siguiendo la curvatura pélvica con eventual rotación si es preciso; y fuera de la contracción se recomienda desarticular el fórceps con el fin de reducir la compresión craneal del feto. Respecto a la ampliación de canal del parto, la episiotomía debe ser selectiva.

En relación a las complicaciones que presenta, se asocian a una menor morbilidad que la cesárea. Las complicaciones maternas se pueden asociar a corto plazo como: dolor durante el parto y postparto, lesiones canal blando, retención uterina, hemorragias por desgarros, atonía uterina y anemia; y a largo

plazo como incontinencia urinaria y/o fecal, prolapso genital, formación de fístulas, estenosis y dispareunia.

Las complicaciones fetales se asocian a la tracción y/o compresión sobre las estructuras intracraneales y faciales; encontrándose entre ellas la equimosis o hematomas superficiales, Céfalo hematoma, parálisis facial, fractura de clavícula o parálisis braquial. Esta última, se encuentra asociada a la distocia de hombros, hemorragia intracraneal asociada mayormente al TDP que a la aplicación del fórceps en sí, y parálisis cerebral, la cual se considera la más significativa en cuanto al grado de gravedad y a reclamos legales. (Bajo Arenas et al., 2007)



Fig. 1: Ventosa o Vacuum de silicona (Extraído del Libro Fundamentos de Obstetricia SEGO de Bajo Arenas et al., 2007, p.788)



Fig. 2: Espátulas de Thierry. (Extraído del Libro Obstetricia 6ª edición de González Merlo et al., 2013, p.658)

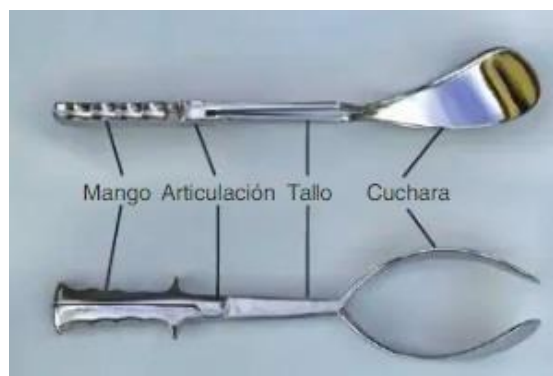


Fig. 3: Fórceps de Simpson. Presenta una curvatura pélvica como se muestra en la parte superior de la figura y una curvatura cefálica como muestra la parte inferior. (Extraído de Libro Williams Obstetricia de Cunningham et al., 23ª edición, 2011, p.512).

C. CESÁREA

Concepto

La operación cesárea se define como *“el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominales (laparotomía) y uterina (histerotomía)”*. (Cunningham et al., 2011, p.544)

Tipos

Los tipos de cesárea se pueden clasificar en cesárea electiva, en curso de parto y de urgencia.

Se habla de cesárea electiva o programada cuando la existencia de patología materna o fetal contraindican el parto vía vaginal; algunas de estas patologías son la presentación podálica, transversa u oblicua; macrosomía fetal; gestaciones múltiples; placenta previa; prematuridad; crecimiento fetal restringido; infecciones maternas como VIH, herpes genital o condilomatosis que afectan canal blando de parto; patología médica materna previa; vitalidad fetal comprometida por malformaciones o arritmias fetales; antecedente de miomectomía; cesareadas previas con incisión uterina clásica o histerectomía transversa.

Estas dos últimas se asocian con riesgo aumentado de rotura uterina.

Se debe tomar en cuenta, que en los casos en que la paciente desee un parto vaginal a pesar de los riesgos que presenta, se debe dejar constancia mediante un consentimiento informado de denegación de cesárea. (Hernández et al., 2012)

Otro motivo de cesárea electiva es por solicitud materna, a causa de miedo al dolor en el trabajo de parto, a parir, por temor a complicaciones maternas, fetales y neonatales; por antecedente de mala experiencia obstétricas y por su derecho a elegir el tipo de parto.

En cuanto a las semanas de gestación ideal para programar una cesárea electiva, es a partir de la semana 39, con el fin de disminuir el riesgo de morbilidad fetal.

Existe otra clasificación, denominada cesárea en curso de parto, ésta es indicada durante el trabajo de parto en presencia de alguna complicación, como por ejemplo frente a desproporción feto-pélvica, fracaso de inducción al parto o trabajo de parto detenido, entre otras.

Se debe dejar constancia en la historia clínica e informar a la paciente bajo consentimiento informado.

Por último, la cesárea de urgencia es la que se realiza cuando se encuentra comprometida la vida materna-fetal a causa de patologías. Algunas de ellas son: la pérdida del bienestar fetal, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, prolapso de cordón umbilical, rotura uterina o embolia del líquido amniótico. (Bajo Arenas et al., 2007)

Técnicas quirúrgicas

Previo al acto quirúrgico la paciente debe estar decúbito supino inclinado aproximadamente 15° con el fin de reducir la hipotensión materna.

La apertura de la pared abdominal mediante incisión de Pfannenstiel (incisión supra púlica transversa) en los diferentes planos se realiza de elección, dado los buenos resultados estéticos, menor dolor postoperatorio, menor riesgo de dehiscencias y hernias.

Esta técnica es de corto tiempo operatorio y se asocia a menor morbilidad materna, aunque tiene mayor riesgo de sangrado que la laparotomía media infraumbilical (incisión vertical), la cual permite una apertura más rápida y menor riesgo de sangrado. Puede realizarse en caso de hemorragia masiva, pacientes con trastorno de la coagulación, cesárea perimortem o con antecedente de laparotomía infraumbilical.

Respecto a la incisión uterina, puede ser segmentaria transversal baja o corporal vertical (clásica). En comparación con la segunda, la primera es la de elección y tiene menos probabilidad de hemorragias e infecciones, mejor cicatrización y menor riesgo de rotura uterina.

La incisión corporal vertical puede ser útil en casos donde el segmento uterino inferior no esté formado, como en el parto prematuro menor a 26 semanas, en situaciones fetales transversas, en miomas cervicales; adherencias en el segmento uterino inferior; en cesáreas post mortem o en placenta previa con vasos dilatados a nivel de dicho segmento.

Es importante registrar en la historia clínica cuando se realiza incisiones clásicas, debido a que puede implicar riesgos en próximas gestaciones. (Hernández et al., 2012)

- Técnicas de la incisión segmentaria transversa:

Para la extracción fetal, en los casos de presentación cefálica, se debe introducir una mano entre la sínfisis del pubis y la cabeza fetal realizando conjuntamente una leve compresión tras abdominal sobre el fondo uterino, con el fin de extraer la presentación hacia la incisión.

En los casos en que la extracción del feto es dificultosa, debido a que la presentación fetal se encuentra encajada en la pelvis, se opta por la utilización del Fórceps o Vacuum.

Se aconseja realizar alumbramiento activo mediante uso de oxitocina, se debe evitar el alumbramiento manual, ya que este aumenta el riesgo de hemorragia e infección.

Para el cierre del útero se aconseja realizarse por capa, utilizando Vicryl número uno reabsorbible, sin exteriorizar el útero, dado que aumenta el dolor intraoperatorio y no disminuye el riesgo de hemorragia e infección.

En cuanto a la sutura abdominal, por lo general el plano subcutáneo no se aproxima si tiene menos de dos centímetros de espesor, y la piel se cierra con sutura intradérmica, punto simple o grapas. (Cunningham et al., 2011)

A continuación se muestran de izquierda a derecha de manera continua las figuras correspondientes a la técnica para la incisión transversa en la operación cesárea.

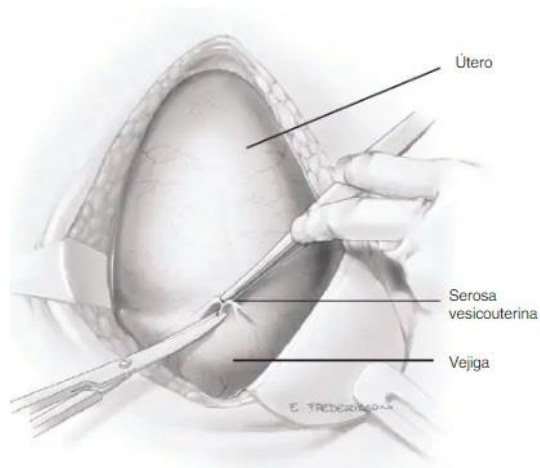


Fig. 4: Sostén de serosa vitelina, e incidencia con tijera.

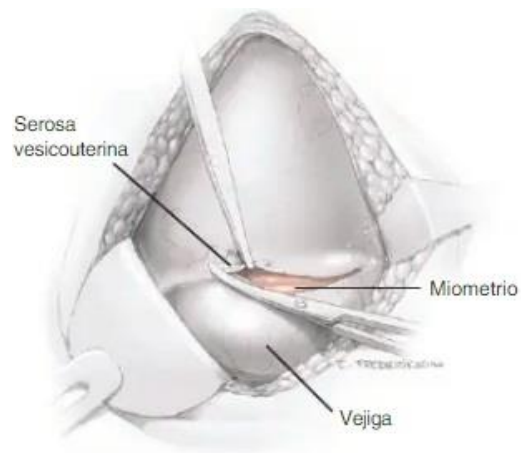


Fig. 5: Incisión en ambos lados de la serosa.

(Extraídas del Libro Williams Obstetricia, de Cunningham.; et al. 23ª edición, 2011, p.550)

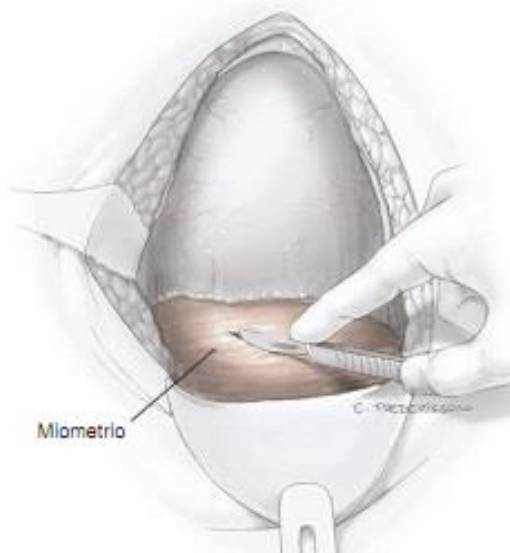


Fig. 6: Incisión del Miometrio.



Fig. 7: Acceso a cavidad uterina mediante ampliación de la incisión con dedos.

(Extraídas del Libro Williams Obstetricia, de Cunningham.; et al. 23ª edición, 2011, pp.551-552)

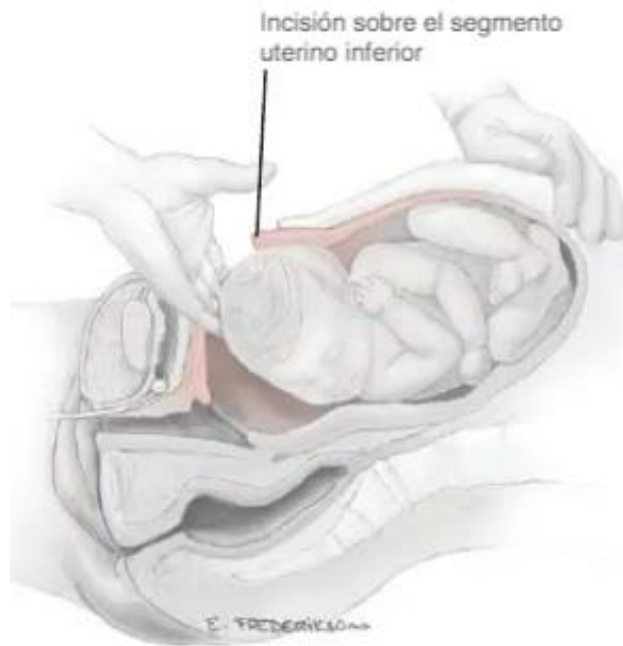


Fig. 8: Maniobra de extracción fetal: es realizada posterior a la incisión uterina y rotura de las membranas ovulares, una vez sostenida la cabeza fetal se aplica compresión en el fondo del útero con el fin de expulsar al feto.

(Extraída del Libro Williams Obstetricia de Cunningham.; et al, 23ª edición, 2011, p.552)

Manejo clínico del procedimiento

En los cuidados preoperatorio se indica: suspensión de la vía oral, solución Ringer Lactato por vía intravenosa y la colocación de sonda vesical a permanencia.

Los cuidados intraoperatorio abarcan medidas profilácticas, como la prevención de infecciones y de hemorragias. La primera se basa en la administración de antibióticos intravenosos en dosis única, siendo las cefalosporinas las de primera generación, tras el clampeo de cordón umbilical, con el fin de reducir los riesgos de endometritis, infecciones en el tracto urinario, así como también de la herida quirúrgica.

Mientras que la segunda medida profiláctica se basa en el alumbramiento activo, tomando en cuenta que en las cesáreas la pérdida hemática es mayor que la del parto vaginal.

Los cuidados postoperatorios se basan en el cuidado de la mujer durante las primeras dos horas en cuanto a signos vitales, pérdida hemática, altura del útero, diuresis, alivio del dolor y control de la regresión del bloqueo neurológico si asistencia loco-regional.

Se indica iniciar la ingesta alimentos a las seis horas post cirugía, y retiro de la sonda vesical controlando la primera micción espontánea; luego de las primeras 24 horas realizar asepsia de la herida quirúrgica; y retiro de la sutura a partir de los siete días. (Hernández et al., 2012).

Beneficios y complicaciones de la cesárea

El MSP fundamenta que los beneficios de una cesárea no superan los riesgos de la misma. Algunos de los beneficios en la mujer se resumen en riesgo nulo de desgarros perineales, menor probabilidad de incontinencia en cuanto a urinario como fecal, planificación de la fecha de nacimiento, posibilidad de realizar ligadura tubaria intra cesárea y evitar el dolor asociado al parto. (Carvajal et al., 2017; SOGIBA., 2019).

Y en cuanto a los beneficios fetales, se expresan la nula probabilidad de distocias de hombro y de parálisis braquial congénita. (Carvajal et al., 2017)

Se deben considerar, las posibles complicaciones que pueden presentarse en las etapas intraoperatorias y en postoperatorias.

A nivel materno: las intraoperatorias suelen ser alrededor del 1-2% en casos de cesárea de urgencia y en las iterativas, como se menciona a continuación:

- Anomalías placentarias: placenta previa acreta, increta o percreta y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Atonía uterina.
- Lesiones a nivel urinario, como la cistotomía y lesión uretral.
- Lesiones intestinales las cuales son poco frecuentes.
- Lesiones en vasos uterinos e Histerectomía.

Y las complicaciones en el postoperatorio pueden ser diversas:

- Fiebre: generalmente cuando existe infección pélvica o en la herida quirúrgica, y su tratamiento dependerá de la etiología.
- Endometritis: es la más frecuente presentándose en un 35-40% de los casos; presente en roturas de membranas ovulares prolongadas, trabajo de parto prolongado, tactos vaginales reiterados y manipulación

intrauterina. Por tanto se debe realizar profilaxis antibiótica mencionada anteriormente, disminuyendo riesgo de secuelas como abscesos, shock séptico y tromboflebitis pélvica.

- Infecciones urinarias: presentes entre un 2-16%; asociadas al uso de la sonda vesical, por lo que es importante una correcta asepsia y tiempo de utilización adecuado.
- Infecciones de la pared abdominal: presente en pacientes con obesidad, diabéticos insulino requirente y en períodos de cicatrización prolongados.
- Dehiscencia de la cicatriz abdominal: mediante una hemostasia adecuada el riesgo de infecciones y hematomas disminuyen así como el de dehiscencia.
- Placentación anormal: principalmente en futuros embarazos y en pacientes con cesárea previa.
- Tromboflebitis: se trata con vendajes elásticos en miembros inferiores y administraciones de anticoagulantes.
- Embolismo: se previene al igual que la tromboflebitis.

A nivel neonatal: la más frecuente es el Síndrome de Distrés Respiratorio del recién nacido, la depresión del recién nacido, es otra, siendo la analgesia previa, anestesia y el tiempo de extracción fetal su principal etiología.

Y por último el traumatismo obstétrico, el cual no es evitable con la cesárea, las lesiones pueden ser a nivel esquelético, en tejidos blandos y neurológicos.

(Bajo Arenas et al., 2007)

Morbimortalidad de la operación cesárea

Se considera que en las cesáreas, la mortalidad perinatal es superior que en los partos vaginales. (Bajo Arenas et al., 2007; Cunningham et al., 2011).

La OMS sostiene que la cesárea previene la morbimortalidad materno-perinatal sólo en casos justificados. De lo contrario, se asocia a riesgos a corto y a largo plazo, pudiendo interferir en la salud sexual y reproductiva de la mujer, y en el neonato.

Las tasas de cesáreas superiores al 10%, no se relacionan con una disminución de mortalidad materno-neonatal. (WHO; HRP., 2015).

1.2 PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA

Durante mucho tiempo se consideró la cita: *“una vez cesárea, siempre cesárea”* pronunciada por Cragin en 1916, pero posteriormente en 1997 Flamm plantea un nuevo paradigma, *“una vez cesárea, siempre una controversia.* (Micek et al. 2014).

Este paradigma fue cambiando a lo largo de los años, basado en evidencias de diversos casos, considerando al parto vaginal después de cesárea como una opción segura. (Quesnel et al., 2015)

Mazurkewich y Hutton, en el año 2000, alegaron que el trabajo de parto en estas pacientes puede presentar mayores riesgos de rotura uterina y aumento en la mortalidad feto-neonatal respecto a una nueva cesárea.

Respecto a los riesgos maternos, estos son los mismos tanto para el intento de parto como en una nueva cesárea, y el riesgo de transfusión e histerectomía disminuyen con la prueba de parto. Los mismos fueron observados con frecuencia en los intentos de parto fallido, por los Dres. Rossi y D’Addario en el año 2008. (Mozurkewich y Hutton., 2000).

TASA DE ÉXITO

El éxito de prueba de parto en estas pacientes se ubica entre un 60% a un 80%, este porcentaje depende de factores demográficos y obstétricos.

(Li et al., 2016; Álvarez et al., 2018; SOGIBA., 2019)

Para medir la posibilidad de éxito de un PVDC, existen varios modelos de predicción como lo es el puntaje propuesto por Flamm en 1997. El mismo está compuesto por cinco variables las cuales se detallan a continuación en el siguiente cuadro:

Característica	Puntaje asignado
Edad materna < a 40 años	2
Parto vaginal previo	Antes y después de la cesárea: 4 Después de la cesárea: 2 Antes de la cesárea: 1 Ninguno: 0
Razón de la primer cesárea	Diferente a falla de progresión del trabajo de parto: 1
Borramiento cervical al ingreso	>75%: 2 75% - 25%: 1 < al 25%: 0
Dilatación al ingreso	>= 4 cm: 1

Extraído de: “Protocolos clínicos en la Maternidad, Tomo1: Atención integral humanizada e institucional, de la mujer en el trabajo de parto y parto y recién nacido”. Departamento médico obstétrico, Maternidad Augusto Tourenne, Hospital de la Mujer-Centro Hospitalario Pereira Rossell, p.47.

Tomando en cuenta el puntaje total, la probabilidad de éxito son las siguientes referencias del cuadro:

PUNTAJE	% de ÉXITO
0 a 2	49%
3	60%
4	67%
5	77%
6	88%
7	93%
08 a 10	95%

Extraído de: “Protocolos clínicos en la Maternidad, Tomo1: Atención integral humanizada e institucional, de la mujer en el trabajo de parto y parto y recién nacido”. Departamento médico obstétrico, Maternidad Augusto Tourenne, Hospital de la Mujer-Centro Hospitalario Pereira Rossell, p.47

CONTROL GESTACIONAL

Es importante hacer hincapié en el control gestacional de la población de estudio. La Clinic Barcelona, plantea un protocolo titulado como “Control Gestacional en Gestantes con Cesárea Anterior”, haciendo hincapié en la planificación gestacional y los controles obstétricos; con el fin de que en forma oportuna, cada gestante conozca los riesgos y beneficios de un parto vaginal posterior a una cesárea.

Existen datos que son precisos conocer como el motivo de la cesárea anterior, periodo intergenésico, el tipo de incisión quirúrgica, resultados perinatales obtenidos y complicaciones durante o posterior a la cesárea. (Monterde et al. 2018; SOGIBA., 2019)

Es de gran valor el control ecográfico, con el fin de valorar la placenta durante la gestación, ya que la cicatriz uterina previa es un factor de riesgo para placenta previa y acretismo placentario.

En cuanto a la vía del parto, existen posibles contraindicaciones en absolutas y relativas. En tanto las absolutas son: rotura uterina, cesárea previa no sedimentaria, miomectomía, placenta previa actual, presentación podálica y tres o más cesáreas; mientras que las relativas son: dos cesáreas previas y periodo intergenésico menor a 18 meses.

Señala que el parto vaginal presenta menor morbimortalidad materna y neonatal, sin descartar el riesgo de parto instrumental y rotura uterina. Ésta última, aumenta cuando existen factores de riesgo como inducción al parto, edad materna avanzada, obesidad, endometritis, macrosomía fetal y gestación múltiple. (Monterde et al., 2018)

INDUCCIÓN DEL PARTO

La inducción tiene como principal riesgo obstétrico la rotura uterina, con prevalencia de 0.3 - 1% de los casos, según los diferentes autores. Tomando en cuenta que esta patología es grave tanto para la madre como para el feto, aun así son menores que los de una cesárea iterativa. Esta última, presenta riesgos de mortalidad de 13,4 cada 100.000 recién nacidos vivos mientras que en las inducciones post cesárea son de 3,8 cada 100.000.

En cuanto a las pacientes con cicatriz uterina por cesárea previa, tomando en cuenta la principal complicación a desarrollarse ya mencionada, se considera importante seleccionar aquellas mujeres que serán posibles candidatas y las no candidatas a la inducción.

Las posibles candidatas serán aquellas que expresan el deseo de inducción al parto, bajo consentimiento informado, y cumplen con las siguientes condiciones como: incisión previa transversal baja, presentación cefálica, peso fetal estimado menor a 4000 gramos, pelvis adecuada y no tener antecedentes que contraindiquen el parto vaginal. Por otra parte, las no candidatas serán aquellas que rechazan la inducción al parto vaginal, presentan incisiones no segmentarias, distocias de la presentación y/o pelvis no aprobada, peso fetal estimado mayor o igual a 4000 gramos, antecedente obstétrico de rotura uterina o infección de la histerorrafia y anomalías placentarias.

El consentimiento informado en este caso se debe validar mediante documento escrito el cual se detalla en el Anexo 1, previamente debe ser explicado de forma clara las complicaciones asociadas al PV y una CST.

En cuanto al manejo clínico, es oportuno evaluar previamente la situación obstétrica de la paciente según el índice de Bishop, ya descrito en el punto 1.1. En el caso de éstas pacientes, la maduración cervical puede realizarse mecánicamente con sonda Foley, o con prostaglandina únicamente

Dinoprostona (PGE 2), ya que el Misoprostol (PGE 1) está contraindicado dada la alta tasa de rotura uterina alrededor de 18%. (Álvarez et al., 2018; SOGIBA., 2019).

La inducción puede ser mecánica o farmacológica. La primera valorará la posibilidad de realizar amniorrexis (rotura de membranas ovulares) con previo consentimiento informado a la paciente y farmacológicamente mediante la utilización de oxitocina con dosis máxima recomendada de 96 mililitros/horas.

No está contraindicada la prueba de parto en aquellas pacientes que se desconoce la incisión de la cesárea previa, ya que el 92% son transversales bajas y tampoco cuando el periodo intergenésico es corto (< a 12 meses), pero se debe tener en cuenta que el riesgo de rotura uterina aumenta. (Álvarez et al., 2018)

VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO

Durante este período es de suma importancia el control de la dinámica uterina (contracciones uterinas), tomando en cuenta que la polisistolía es un factor de riesgo para la rotura uterina, como también lo es el período expulsivo prolongado (mayor a tres horas). A su vez, se debe llevar a cabo un control electrónico de la frecuencia cardíaca fetal, recomendada de manera continua desde la fase activa del trabajo de parto; ya que uno de los signos frecuentes de rotura uterina es la alteración de la FCF. Al mismo tiempo, se debe realizar un adecuado control de signos-síntomas maternos, y de la progresión cervical, no antes de las cuatro horas.

La analgesia epidural, en estos casos, no enmascara los síntomas de rotura uterina, por lo que no se contraindican en estas pacientes.

Se debe realizar un preciso control del trabajo de parto, sin dejar de lado los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, ya que estos pueden interferir en el proceso normal del mismo y requieren ser considerados y vigilados por la Partera.

BENEFICIOS DEL PARTO VAGINAL DESPÚES DE CESÁREA

El PVDC permite en la mujer mejor recuperación postparto y mayor nivel de satisfacción para la madre; reduce los riesgos de hospitalizaciones, infecciones, hemorragias, transfusiones, anomalías placentarias, lesiones de órganos vecinos e hysterectomías. Y en la etapa perinatal, los riesgos son menores que los de una cesárea electiva. (Álvarez et al., 2018)

COMPLICACIONES MATERNAS ASOCIADAS AL PARTO VAGINAL DESPÚES DE CESÁREA

En cuanto a las complicaciones maternas tras un parto vaginal en pacientes con antecedentes obstétrico de cesárea previa, éstas se relacionan directamente con la disrupción de cicatriz uterina y serán descriptas a continuación.

- ***Hemorragia Postparto (HPP)***

Se define como *“la pérdida de sangre mayor a 500cc luego de un parto vaginal o mayor a 1000cc después de una cesárea”*. (OPS., 2019, p. HPP-1)

Ésta se considera masiva cuando supera la pérdida de sangre mayor a 1000cc.

La etiología de la hemorragia postparto (HPP), se la puede clasificar según la nemotecnia de las “4T”: tono, trauma, tejido y trombos.

El tono se presenta con frecuencia, en un 70% de los casos a causa de sobredistención uterina por parto prolongado o fatiga muscular; el 20% a

causas de traumas, como desgarros perineales, rotura uterina o inversión uterina; en menor porcentaje (9%) debido a retención y anomalías placentarias; y los trombos en un 1% a consecuencia de coagulopatías en general.

Se la clasifica de acuerdo a la etapa en la que ocurre, es temprana cuando ocurre antes de las 24 horas postparto, principalmente en las primeras dos horas, o tardía cuando ocurre después de las primeras 24 horas y/o antes de las seis semanas postparto.

La OMS recomienda para la prevención de la HPP el uso de uterotónicos durante el tercer periodo del trabajo de parto, el fármaco de elección es la oxitocina, a dosis de 10 UI/intramuscular.

- ***Hemorragia postparto por Rotura Uterina***

La rotura uterina es una complicación asociada al PVDC y se define como una *"solución de continuidad patológica de la pared uterina, que se manifiesta por la presencia de una brecha, situada con mayor frecuencia en el segmento inferior"*. (Bajo Arenas et al., 2007, p.727)

La tasa global de rotura uterina en mujeres con cesárea previa segmentarias transversales se encuentra entre 0,2 y 1,5% por lo que se cuestiona el lema "una vez cesárea, siempre cesárea".

Clasificación según la Anatomía patológica:

◆ *Por su profundidad: Completa o Incompleta*

Rotura uterina Completa: La cual es la verdadera rotura uterina, afecta al músculo y peritoneo, existe contacto entre la cavidad uterina y la abdominal, expulsión del feto en su totalidad o parte hacia la cavidad peritoneal. En cuanto a la morbimortalidad materna y fetal puede causar hemorragias, traumatismos, infecciones y muerte fetal y materna.

Y rotura uterina Incompleta o dehiscencia uterina, suele ser asintomática sin repercusiones directas sobre el feto pero si en el miometrio. No existe comunicación entre la cavidad uterina y peritoneal, quedando separadas por el peritoneo visceral sobre el útero o del ligamento ancho, el feto permanece en la cavidad uterina, no hay hemorragia o es escasa.

Las complicaciones están relacionadas con el tiempo que transcurre entre la aparición de anomalías en la frecuencia cardiaca fetal y la extracción del mismo.

◆ *Respecto a la dirección*

- Rotura longitudinal del cuerpo uterino.
- Rotura transversal del segmento: la más frecuente.
- Rotura longitudinal de un borde.
- Rotura estrellada: muy poco probable.
- Rotura vaginal.

◆ *Momento de la rotura*

- Durante el embarazo: en casos de accidente de tránsito, herida de arma blanca, placenta percreta, enfermedad trofoblástica gestacional.
- Durante el parto: es la más frecuente y generalmente se debe a la dehiscencia de la cicatriz uterina.

Manifestación clínica

Los síntomas varían según la causa, de la extensión y del momento de la rotura; cuando es completa suele ser con mayor impacto, que la de la cicatriz de cesárea.

Síntomas ante una rotura uterina sin cicatriz previa:

- Signo de Bandl, se produce estiramiento del segmento inferior uterino en forma de “reloj de arena” elevándose el anillo de Bandl. Lo que causa dolor intenso supra púbico intra y post contracción.
- Signo de Frommel, cuando se produce estiramiento y tensión de los ligamentos redondos visualizándose como dos cordones estirados.
- Signo de Pinard, los edemas y la estasis en el cuello del útero se exterioriza como sangre de color oscura y escasa no acorde con el cuadro clínico. (Schwarcz et al., 2005, p.551)
- Polisistolia y desasosiego de la paciente.

Síntomas ante una rotura uterina con cicatriz de cesárea previa:

- Se manifiestan de forma irregular.
- Existe mayor sensibilidad supra púlica.
- Trabajo de parto detenido.
- Eventual hemorragia vaginal y alteración de la frecuencia cardíaca fetal.

Síntomas frente a rotura uterina completa intraparto:

- Dolor abdominal agudo.
- Cese brusco de las contracciones uterinas.
- A la palpación abdominal se detecta partes fetales con facilidad
- Alteración en la frecuencia cardiaca fetal: como DIPS II o ausencia o no auscultación de latidos fetales.
- Hemorragia vaginal eventual.
- Deterioro progresivo materno, con posible shock hipovolémico.

Síntomas de la rotura uterina postparto:

Cuando es grave puede causar hemorragia vaginal, signos de hemoperitoneo y shock hipovolémico; mientras que cuando es menos grave se manifiesta luego del parto presentando dolor, taquicardia y afectación progresiva del estado general.

Manejo clínico

Cuando se sospecha de rotura uterina se debe realizar exploración manual intrauterina y/o laparotomía con el fin de diagnosticar y resolver el cuadro clínico de forma inmediata ya que se encuentra comprometida la vitalidad materna-fetal.

El tratamiento puede ser quirúrgico a través de una cesárea de urgencia con medidas profilácticas para el shock hipovolémico (sueroterapias, expansores de plasma y transfusión) y profilaxis antibióticas.

En los casos de rotura de cicatriz de cesárea no extensa se realiza la sutura de la lesión. Cuando el cuadro clínico es de alta gravedad se opta por la histerotomía. (Bajo Arenas et al. 2007)

Probabilidad de rotura uterina

Respecto al tipo de incisión de la cesárea, las segmentarias transversales bajas son las más frecuentes con una probabilidad de rotura uterina del 0,7%, siendo más factible el intento de prueba de parto; y las verticales bajas presentan una probabilidad de rotura de un 0,5% a 6,5%.

Las incisiones corporales, aumentan considerablemente el riesgo de rotura uterina en un 12% por lo que se contraindica la prueba de parto.

Uno de los factores, entre otros, de mayor influencia es el periodo intergenésico el cual incide directamente en la morbilidad materna y fetal. Cuando éste es menor a 18 meses, aumenta tres veces el riesgo y cuando es mayor a cuatro años existen problemas de vascularidad de las arterias, causando hipoperfusión placentaria con daño endometrial; por lo tanto el período intergenésico óptimo se sitúa entre los dos y cuatro años.

Otros factores que aumentan el riesgo rotura uterina son:

- Infección postoperatoria previa por debilitamiento de la cicatriz uterina.
- Macrosomía fetal.
- Presentación fetal podálica.
- Placenta previa delante de cicatriz uterina.
- Edad materna avanzada mayor a 40 años.
- Índice de masa corporal mayor a 30. (Quesnel et al., 2015)

- ***Histerectomía Obstétrica***

La histerectomía obstétrica, se define como “*la exéresis del útero en una mujer gestante*”. (Bajo Arenas et al. 2007, p. 809)

Se puede realizar durante la operación cesárea, post cesárea, luego de un parto vaginal o de un aborto. Generalmente es consecuente a hemorragias postparto que comprometen la vida materna, por sepsis que no responden a tratamientos antibióticos y a anomalías placentarias siendo la indicación más frecuente dada la alta tasa mujeres con cesárea previa.

La tasa de histerectomía obstétrica varía entre 0,2% a 1,5% en 1000 partos, valor que se incrementa debido a las altas tasas de cesáreas lo que aumenta a su vez anomalías placentarias, placenta previa y úteros cicatrizales.

Clasificación

- Histerectomía de urgencia

Se aplica en casos de hemorragia postparto (HPP), lesión traumática debido a rotura uterina o desgarro del tracto genital, estados hipertensivos del embarazo, esteatosis hepática gravídica, infecciones como endometritis postparto complicado, e inversión uterina.

- Histerectomía electiva:

Se deben a causa de patologías ginecológicas.

Morbimortalidad

Las complicaciones se asocian más a la causa que al procedimiento y a la habilidad del técnico. Durante la intervención, la principal complicación se atribuye a hemorragias severas, lo que implica la necesidad de transfusiones sanguíneas; seguida de las infecciones que ocurren en el postoperatorio. Éstas, se presentan con mayor preferencia en las histerectomías de urgencia que en las electivas.

En cambio las complicaciones urinarias, se encuentran presentes en los dos tipos de histerectomías. La mortalidad materna se encuentra entre un 0,5% en las histerectomías electivas y un 0,4% al 3% para las de urgencia. (Bajo Arenas et al., 2007)

- **PATOLOGÍAS EN LA IMPLANTACIÓN**

- ***Placenta previa***

Blander, en 1954, sugiere la existencia cicatriz de cesárea previa y posteriormente el desarrollo de placenta previa. (Segovia, 2013).

Ésta se define como la *“Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero”*. Son aquellas placentas que se sitúan a dos centímetros, del orificio cervical interno (OCI). (Bajo Arenas et al., 2007, p.457)

Su etiología es desconocida, pero se la asocia a factores uterinos como implantaciones uterinas (miomas, pólipos, malformaciones uterinas) o presencia de daño endometrial lo que conlleva a una inadecuada implantación; éste último es causado por intervenciones uterinas previas como legrados a repetición o cicatrices uterinas previas. (González Merlo et al., 2013)

La cesárea previa, como cicatriz uterina previa, aumenta cuatro veces el riesgo de desarrollar placenta previa; también la probabilidad de acretismo placentario e histerectomía que se ven aumentados. (Arias, 1991)

La prevalencia de esta patología se ubica entre un 0,25 a 0,5% de las gestaciones únicas, valor que aumenta en los casos de mujeres con cesárea previa.

Es considerada como una de las principales causas de transfusión materna e histerectomía obstétrica, incidiendo directamente en la morbimortalidad perinatal.

Clasificación

Generalmente la clasificación que se utiliza en la actualidad es la siguiente: Placenta previa oclusiva, es la que “*la placenta cubre de forma completa el OCI*”, y Placenta previa no oclusiva, que a su vez se la divide en marginal cuando la placenta es adyacente al margen del OCI y de inserción baja ubicándose el borde de la placenta a menos de dos centímetros del OCI. (Perelló et al., 2012, p.1)

Clínica

El síntoma principal es la hemorragia genital, la cual se presenta como sangre roja, brillante, de cantidad variable, de aparición brusca e indolora, en ausencia de contracciones uterinas; es repetitiva aumentado en frecuencia e intensidad. (Bajo Arenas et al. 2007)

Esta manifestación clínica, presente en el 80% de los casos, es la tercera causa de las transfusiones sanguíneas durante el embarazo y principalmente postparto; también se ubica como la segunda causa de histerectomía postparto.

Acerca de la salud fetal, se ve afectada cuando el cuadro clínico es grave que afecta también el estado materno general. Suele presentarse alteraciones en la FCFC como bradicardias o desaceleraciones, lo que supone la extracción fetal de forma inmediata. (González Merlo et al., 2013)

Diagnóstico

Se realiza mediante examen físico genital, a través de la especuloscopia, la cual permite comprobar el origen de la hemorragia. (Bajo Arenas, et al. 2007)

El tacto vaginal en estos casos suele ser contraindicado por el riesgo de agravar el cuadro clínico.

La prueba complementaria, para el diagnóstico y seguimiento durante la gestación hasta el tercer trimestre, es la ecografía vía abdominal y como segunda opción la vía transvaginal aunque debe realizarse con precaución, dado que la presión que puede ejercerse en los fondos de sacos vaginales puede agravar el cuadro clínico. (González Merlo et al., 2013)

En los casos de seguimiento, debe realizarse hasta el tercer trimestre, dado que en muchos casos antes del término es más probable que la placenta al avanzar la gestación deje de ser previa. (Bajo Arenas et al. 2007)

Manejo Clínico

Este dependerá del estado materno, fetal, del tipo de inserción placentaria y etapa de la gestación en la que se encuentra.

Cuando se trata de PP oclusiva, se aconseja control mediante ecografía a las 32 semanas con el fin de confirmar el diagnóstico y la conducta a seguir como *“reposo relativo, evitar relaciones sexuales, prevención de anemia e informar acerca de posible aparición de sangrado”* (Perelló et al., 2012, p.2)

La ecografía, debe realizarse en dichas semanas de gestación dado que en muchos casos, antes de esta fecha, lo más probable es que la placenta previa deje de serlo al avanzar la gestación. (Bajo Arenas et al. 2007)

Las pacientes sintomáticas antes del término del embarazo que presentan estado hemodinámico bueno, se plantea una conducta expectante mediante observación, reposo relativo, control de signos vitales, vitalidad fetal y monitorización (NST) a partir de 24 semanas, comprobar ausencia de dinámica uterina, ecografía obstétrica transvaginal y control en dos semanas en caso de alta hospitalaria.

En casos que los síntomas permanezcan, no se brinda alta hospitalaria, la conducta debe basarse en reposo materno absoluto, administración de gammaglobulina anti-D en casos de gestantes Rh negativo y tratamiento tocolítico frente a dinámica uterina (Perelló et al., 2012).

Otra conducta a seguir es la estabilización hemodinámica, control de bienestar fetal y maduración pulmonar fetal ante la posibilidad de un parto prematuro.

Cuando se presentan casos tales como hemorragias intensas, alteración de la salud fetal y en casos de placentas oclusivas, la finalización de la gestación debe ser vía cesárea. (Bajo Arenas et al. 2007)

Mortalidad materna

Los riesgos de morbilidad intraoperatorias o postoperatorias son mayores, ya que esta complicación se asocia a hemorragias masivas lo que conlleva a múltiples transfusiones; infecciones y lesiones a nivel del aparato urinario.

La existencia de cicatriz uterina, es un factor de riesgo elevado para el desarrollo de anomalías placentarias con una tasa de incidencia de 46,2/1000, con una tasa de mortalidad de 0,6%. Tomando en cuenta algunas variables, la incidencia de esta complicación es significativa en pacientes que se encuentran en el rango de edad entre los 31 a 40 años y en cuanto a su paridad son multíparas.

El riesgo de hemorragias, transfusiones, histerectomías y complicaciones intra y postoperatorios, es mayor en aquellas pacientes con cicatriz uterina previa. Estas complicaciones se ven asociadas a adherencias placentarias, lo que puede causar dehiscencia de la cicatriz, lesión en vejiga y uréter, shock hipovolémico, rotura uterina, fístula urinaria y falla multiorgánica. (Segovia, 2013).

Esta patología conlleva una elevada morbimortalidad materno-fetal, la hemorragia masiva puede ocurrir pre-intra-postparto, necesidad de transfusiones, de histerectomía, aumento de la tasa de cesáreas y aumento de infecciones; la morbimortalidad fetal, se debe a los casos de finalizar la gestación antes del término. (Bajo Arenas et al. 2007)

- **Acretismo placentario**

Dentro de las anomalías de inserción placentaria, se encuentra el acretismo placentario que se define como *“defecto de la decidua basal que permite que el trofoblasto invada el miometrio”*. (González Merlo et al., 2013, p.410)

Los autores, González Merlo et al. (2013), describen los factores de riesgo asociados a esta complicación son: edad materna superior a 35 años, malformaciones uterinas, placenta previa y cesárea anterior principalmente. Respecto a éstos dos últimos, Arias (1991), sostiene que alrededor del 24% de las pacientes con placenta previa y antecedente de cesárea previa presentan placenta acreta, lo que aumenta en función al número de cesáreas previas.

La prevalencia en la actualidad es de 3/1000, su aumento se debe a la alta tasa de cesáreas, asociándose a una elevada mortalidad materna de un 7%. (Perelló et al., 2012, p.2)

Diagnóstico y Manejo Clínico

Generalmente se diagnostica al momento del alumbramiento, al no efectuarse esté correctamente. El tratamiento puede ser mediante un legrado uterino o histerectomía uterina frente a casos de mayor gravedad. (Bajo Arenas et al., 2007)

Clasificación

Basados en el grado de invasión en el miometrio, se clasifica en tres tipos:

- Acreta: Las vellosidades coriales se contactan con el miometrio pero no lo invaden, la más frecuente.
- Increta: Las vellosidades penetran el miometrio.
- Percreta: Las vellosidades invaden el miometrio, llegando a la serosa uterina, con posibilidad de extensión a órganos vecinos.

COMPLICACIONES FETO-NEONATAL TRAS UN PARTO VAGINAL DESPÚES DE CESÁREA

La morbimortalidad fetal-neonatal es mayor cuando se trata de una cesárea iterativa respecto al parto vaginal después de cesárea. (Cóppola, 2015)

Una de las complicaciones más frecuentes, asociadas a la rotura uterina, es la acidosis metabólica neonatal severa. Esta se diagnostica por un pH menor o igual a siete. Se presenta alrededor de un 33% de los casos. (PROSEGO, 2010)

Por otra parte, cuanto más tarde sea el contacto entre el binomio madre e hijo los riesgos de infecciones, dificultad respiratoria y mortalidad son mayores; así como también el inicio de la lactancia materna. (UNICEF/OMS, 2018)

En el año 2003 se publicó un metaanálisis comparativo entre la prueba de trabajo de parto y cesárea electiva en pacientes con antecedente de cesárea previa, donde se estudio acerca de la mortalidad feto-neonatal.

Del número de pacientes que intentaron prueba trabajo de parto, se produjo la muerte fetal del 0.6% y en las que optaron por cesárea electiva se produjo la muerte fetal del 0,3%; lo que representa una diferencia significativa.

En cuanto al Apgar, un puntaje de siete o menos a los cinco minutos de vida, fue más frecuente en la prueba trabajo de parto que en cesárea electiva.

Aun así tomando en cuenta los resultados, los autores afirman que la prueba de trabajo de parto continúa siendo una opción para las pacientes cesareadas previas. (Ricci et al., 2003)

2. ANTECEDENTES

En este capítulo se mencionan los estudios más relevantes relacionados con el tema a investigar; ordenados en el tiempo, los cuales nos permiten adquirir conocimientos e ideas acerca de las complicaciones y/o beneficios que pueden presentar un parto vaginal después de una cesárea.

Antecedentes nacionales estadísticos del Centro Asistencial donde se realiza el estudio:

La dirección del Centro Hospitalario Pereira Rossell, realiza un informe anual presentando los datos que surgen del “Sistema Informático Perinatal” (SIP); en el del año 2018 el número de nacimientos ocurridos en dicho centro fue de 6.249, de los cuales el 69,23% vía vaginal, 1,75% fórceps y 29,02% vía cesárea.

Dentro de los motivos de finalización vía cesárea, los dos principales fueron: Sospecha de Hipoxia Fetal en un 20,2%, seguido del antecedente de cesárea previa en un 13,2%, porcentaje que disminuyó respecto al año anterior. (CHPR, 2018)

Anteriormente en 2017, se habían registrado las nuevas cifras de nacimiento y vías de finalización. Del total de nacimientos un 70,19% fue por vía vaginal, 1,88% fórceps y un 27,90% vía cesárea.

Analizando dicho informe, del número de cesáreas registradas, se observa un incremento en las causas de finalización según el año anterior; persistiendo como causa principal el Sospecha de Hipoxia Fetal 19,5%, seguido de la causa cesárea previa 14,3%. De esta última causa, el 69,1% presentaba como antecedente obstétrico (AO) una cesárea previa y el resto más de una cesárea previa.

Del total de nacimientos vía vaginal durante este año, un 10,9% estaban comprendidos por mujeres con antecedente obstétrico de una cesárea previa. (CHPR, 2017)

El informe del año 2016 deja ver que el total de nacimientos ocurridos de ese año fue de 6.988 nacimientos vivos y 82 óbitos; el 72.60% fue vía vaginal, 2,20% mediante fórceps y el restante 25,10% vía cesárea. Dentro de las causas de las cesáreas se encuentran: el Sospecha de Hipoxia Fetal en un 13%, cesárea previa 12,8%, entre otros.

Se registraron un total de 625 (65,1%) mujeres con antecedente obstétrico de una cesárea previa, de las cuales más de la mitad (58,55%) finalizó su embarazo vía parto vaginal y el resto (41,44%) vía cesárea.

(CHPR, 2016)

A continuación presentamos una tabla comparativa con datos extraídos de los informes, expuestos anteriormente, referentes al tema de la investigación.

Tabla comparativa de informes SIP 2016-2018

	2018	2017	2016
N° total de nacimientos (FA)	6.249	6.340	7.070
Óbitos	58	65	82
Nacidos Vivos	6.191	6.275	6.980
Parto vaginal (FR)	69,23%	70,19%	72,60%
Fórceps (FR)	1,75%	1,88%	2,20%
Cesárea (FR)	29,02%	27,90%	25,10%
Motivo de la Cesárea (FR)			
Sospecha de Hipoxia Fetal	20,20%	19,50%	13%
Cesárea (CST) previa	13,20%	14,30%	12,80%
- 1 CST previa	s/d	69,10%	65,10%
- Más de 1 CST previa	s/d	30,90%	34,90%
Pacientes con 1 cesárea previa (FR)			
Finalización vía PV	s/d	s/d	58,55%
Finalización vía CST	s/d	s/d	41,44%

*FA: Frecuencia absoluta; FR: Frecuencia relativa; PV: parto vaginal; CST: Cesárea segmentaria; s/d (sin dato)

A nivel internacional, en el año 2019, SOGIBA (Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires), establece el consenso “Parto vaginal después de cesárea”.

Plantean cuáles son los factores que influyen negativamente en el éxito de un parto vaginal después de cesárea, entre ellos se encuentran: la edad materna avanzada, macrosomía fetal, el motivo de la cesárea anterior (alteración en la segunda fase del trabajo de parto) y no presentar partos anteriores a la cesárea previa.

Respecto a la edad materna, ésta representa un factor de riesgo que cobra gran importancia en la morbilidad materna y perinatal, sobre todo cuando es mayor a 40 años, ya que se asocia a diversas patologías ya preexistentes al embarazo o algunas. (SOGIBA., 2019)

La ACOG (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos), en el año 2018 presenta un folleto en Junio de 2018, titulado como “*Parto por cesárea*”, este fue creado para usarse como un documento educativo para la asistencia a la salud de las mujeres, en el cual se explica que al igual que las cirugías mayores, el parto por cesárea conlleva ciertos riesgos:

- El útero, los órganos pélvicos circundantes o la incisión en la piel pueden infectarse.
- La hemorragia uterina, que en algunos casos puede requerir una transfusión.
- Trombosis venosa profunda.
- Lesiones quirúrgicas de órganos abdominales y pélvicos vecinos.
- Complicaciones farmacológicas. (ACOG, 2018)

En el mismo año la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), publicaron un informe titulado *“CAPTURAR EL MOMENTO - Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido”*, en el que recomiendan iniciar la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento, sin sobrepasar un período mayor a una hora, y alimentar a los recién nacidos exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida. A medida que aumenta el tiempo del primer contacto entre el recién nacido y madre, mayores son los riesgos de infecciones, dificultad respiratoria y mortalidad en el recién nacido, así como también el inicio inmediato de la lactancia materna. (UNICEF/OMS, 2018)

En el año 2017, se publica un artículo en la Revista Progreso de Obstetricia y Ginecología titulado como: “Vía de parto tras una cesárea anterior”, realizado en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid. El período de estudio seleccionado fue de tres años, donde se seleccionaron 638 mujeres con antecedente de cesárea previa.

De la muestra seleccionada el 54,5% intentaron parto vaginal y el 45,5% optaron por una cesárea iterativa. Respecto a las pacientes en las que se practicó una nueva cesárea, los motivos fueron: en su mayoría un período intergenésico menor a los 18 meses, seguido del no deseo de un parto vaginal por parte de la paciente y por diagnóstico de cérvix desfavorable.

La tasa de éxito del parto vaginal después de cesárea se ubicó en un 81,8% y dentro de las complicaciones que se presentaron la principal fue rotura uterina en siete casos, de las cuales una requirió histerectomía.

Los autores concluyeron que la tasa de éxito de un PVDC es alta, por lo tanto la morbimortalidad materna es baja en comparación a la cesárea. Dada la alta tasa de éxito, hacen hincapié en la importancia del vínculo profesional-paciente, para una mejor elección individual en cada caso, informando los riesgos y beneficios tanto del parto vaginal como de la repetición de la cesárea, a base de evidencia científica. (Galán et al., 2017)

Previamente, en 2015, a nivel nacional se publica un artículo de opinión en la Revista Médica del Uruguay presentado por la Clínica Ginecotológica A - Facultad de Medicina, Universidad de la República-Uruguay, titulado como “Cesáreas en Uruguay”.

En el mismo se hace hincapié en las cesáreas previas las cuales son causa de la alta tasa de cesáreas en nuestro país, señala que en pacientes previamente seleccionadas existe menor riesgo al realizar una prueba de parto, en comparación a una cesárea electiva, y afirma que el éxito de la prueba de parto en paciente con cesárea anterior es entre 60-80%, con menos riesgos de hospitalizaciones, transfusiones e hysterectomías en futuros embarazos.

Respecto a la morbilidad fetal-neonatal afirman que existe un aumento de la misma de causa respiratoria en las cesáreas electivas, a cualquier edad la edad gestacional aunque es más ostensible antes de las 39 semanas de gestación. Los recién nacidos no solo requieren hospitalización prolongada, sino que también están en mayor riesgo de enfermedad pulmonar crónica y muerte. (Cóppola., 2015)

Y en este mismo año 2015, se publicó a nivel internacional en México un estudio titulado como: “Parto después de cesárea ¿una opción segura?”. Los autores afirman que la cesárea es un procedimiento de cirugía mayor que implica altas tasas de morbilidad mayores a las de un parto vaginal. Y consideran que debe ofrecerse el parto vaginal a aquellas pacientes que cumplen con las siguientes consideraciones: incisión transversal baja, período intergenésico mayor a 18 meses, embarazo único, presentación cefálica, adecuado peso fetal y sin no complicaciones obstétricas que impidan el parto. (Quesnel et al., 2015)

En un estudio realizado, en México, titulado como *“Enfermedad respiratoria en recién nacidos a término. Influencia de la vía de nacimiento”*. Se plantean como objetivo, Linares et al., (2012) *“determinar la asociación entre la vía de resolución del embarazo y la enfermedad respiratoria en recién nacidos a término”*. (p.91)

Éste fue realizado en un período de tres años, con una muestra de estudio integrada por embarazos de término y vía de finalización parto vaginal, sin incluir fórceps, y vía cesárea. El 45,9% nació mediante vía vaginal y el restante 54,1% vía cesárea; ésta última, predominó en primigestas y en pacientes con antecedente de cesárea previa.

Respecto a el puntaje de Apgar en ambas vías de nacimiento fueron similares y la enfermedad respiratoria en los recién nacidos resultó más alta en los nacidos vía cesárea que en los nacidos vía vaginal, ubicándose la tasa de incidencia en 10,7% vs 3.1%.

Los diagnósticos más frecuentes en la cesárea, fueron el síndrome de dificultad respiratoria y la taquipnea transitoria del recién nacido. La operación cesárea representa riesgos para el binomio materno-fetal, por el hecho de ser un acto quirúrgico.

Alguna de las complicaciones son: prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria asociado a taquipnea transitoria del recién nacido, hipertensión pulmonar persistente y disfunción térmica. Aun así, disminuye la incidencia de asfixia perinatal, traumatismos del parto, síndrome de aspiración de meconio.

Finalmente concluyeron que existe mayor incidencia de enfermedad respiratoria del recién nacido en las cesáreas realizadas en embarazos de término y el riesgo de enfermedad respiratoria es 3.5 veces mayor. (Linares et al., 2012)

La revista de Ginecología y Obstetricia de México, publica un artículo, elaborado en el año 2007, titulado como “*Morbilidad en neonatos a término relacionada con la vía de nacimiento*”. El objetivo de los autores fue “Determinar la incidencia de lesiones físicas y de enfermedad respiratoria y su relación con la vía de nacimiento en un grupo de recién nacidos a término en el Instituto Nacional de Perinatología”. (Delgado y col., 2007, p.473)

La muestra de estudio incluía a recién nacidos de término nacidos vía vaginal tomando en cuenta los fórceps, y los nacidos vía abdominal; excluyéndose los recién nacidos que presentaban malformaciones mayores. Del total de ésta, los recién nacidos que presentaron lesiones fueron 36, (5.1%) de los cuales 28 nacieron vía vaginal (tres parto eutócico y veinticinco mediante fórceps) y ocho vía abdominal.

Presentaron complicaciones respiratorias 96 neonatos (13.7%), con mayor frecuencia en los nacidos por vía cesárea que por parto (15.7% vs 11.7%). Específicamente, la taquipnea transitoria del recién nacido estuvo presente en igual proporción en los dos tipos de vía de parto; sin embargo el síndrome de adaptación pulmonar se presentó más en la vía abdominal que en la vía vaginal, 42 vs 28 casos.

En la cesárea electiva, la hipotensión materna, es causada por la anestesia epidural lo que conlleva a: disminución en los puntajes de Apgar, tiempos prolongados de apnea y acidosis fetal. La morbilidad respiratoria del recién nacido se la considera como una complicación de esta vía de nacimiento y mayor que en los partos vaginales.

Algunos autores, consideran que el síndrome de dificultad respiratoria incide entre un 0.2 a 1.7% de los recién nacidos y otros autores la ubican 12,4%. En cuanto a la cesárea con trabajo de parto y el nacimiento vía vaginal, la frecuencia del síndrome de dificultad respiratoria y taquipnea transitoria del recién nacido es menor que en la cesárea electiva. Ésta última complicación respiratoria, se asocia con mayor frecuencia a la cesárea electiva, debido a que en las pacientes con trabajo de parto no ocurre porque el líquido de los

pulmones del recién nacido se reabsorbe por la supuesta participación de la catecolaminas secretadas.

Los autores concluyeron que el riesgo de lesiones en los recién nacidos, es menor cuando el parto es eutócico respecto al parto instrumental, y respecto a las complicaciones respiratorias en ambas vías de parto no fueron significativas pero sí fueron significativamente menores cuando hubo trabajo de parto previo a la cesárea. (Delgado y col., 2007)

CAPÍTULO III

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Describir las complicaciones presentes durante el parto vaginal, de gestantes a término asistidas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell durante el año 2018 con una cesárea previa.

1.2. Objetivos Específicos

- Relevar las mujeres que hayan tenido parto vía vaginal con parto anterior por cesárea.
- Identificar las complicaciones maternas en esta población.
- Describir las complicaciones que presentaron los recién nacidos.
- Relevar en la población de la muestra aquellos partos que fueron inducidos o conducidos.
- Analizar la relación de las complicaciones más frecuentes con el antecedente de cesárea.

2. METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación fue llevado a cabo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, ubicado en Montevideo, Uruguay.

Este centro asistencial, presenta una maternidad pública referente a nivel nacional, por este motivo se decidió realizar el estudio en dicha institución.

El método utilizado fue de carácter cuantitativo ya que “*mide propiedades que pueden cuantificarse*”; retrospectivo porque permite medir las variables que acontecieron en forma previa al inicio del estudio y descriptivo visto que “*detalla características de los fenómenos epidemiológicos referidos a personas, lugar y tiempo*”, generando conocimientos en base a los objetivos planteados. (Icart Isern et al., 2000)

Considerando que para lograr los objetivos de este trabajo se requería acceder a datos confidenciales de las pacientes que allí se asisten, se solicitó el aval al Comité de Ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell a través de un escrito en el cual las autoras expresan que cumplirían con las consideraciones éticas referentes a su profesión. Esto se refiere a la utilización de los datos estadísticos sin revelar la identidad y datos personales de las usuarias.

Se obtuvo autorización por el comité mencionado y posteriormente se solicitó al Departamento de Archivos Médicos de la institución las historias clínicas necesarias que comprenden los siguientes criterios de inclusión: parto vaginal en el año 2018, con una cesárea previa, como únicos antecedentes obstétricos; embarazo de término (entre 37 y 41 semanas de gestación), feto único, presentación cefálica y peso fetal menor a 4000 gramos.

Los criterios de exclusión fueron: gestantes con antecedente obstétrico de más de una cesárea previa, embarazo pretérmino (menor a 37 semanas), embarazo postérmino (42 semanas), obesidad materna (Índice de Masa Corporal 30), macrosomía fetal (peso fetal mayor o igual 4000 gramos), embarazo múltiple y primigestas.

Con la muestra obtenida, se analizarán las siguientes variables que serán operacionalizadas al final del capítulo:

- Edad materna
- Periodo Intergenésico
- Tipo de incisión de cesárea previa
- Apgar
- Complicaciones maternas
- Complicaciones feto-neonatales
- Inicio del trabajo de Parto

Los datos recolectados de la muestra de estudio, fueron ingresados en una planilla creada en el sistema Microsoft Excel.

En dicha planilla, se encuentran incluidas las variables de estudio mencionadas anteriormente, ubicadas en columnas, y en fila representando a cada usuaria.

Cada historia clínica fue identificada con un número y ordenadas en el tiempo, con el fin de no revelar la identidad de cada usuaria; para ello nos basamos en la planilla entregada por Archivos Médicos donde se identificaba a cada usuaria con su número de cédula de identidad y la fecha del parto, ordenados cronológicamente.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

1. Edad: según etapa reproductiva

Definición de edad según la Real Academia Española: *“Tiempo vivido por una persona expresada en años.”*

Clasificación:

- Edad Materna Baja ≤ 19 años
- Edad Reproductiva Ideal de 20 a 35 años
- Edad Materna Avanzada > 35 años

La edad materna, especialmente las edades en los extremos de la vida reproductiva se asocian a resultados adversos maternos-neonatales. (Fescina et al., 2010)

2. Período Intergenésico

Al intervalo de tiempo entre la fecha del último parto y el inicio del siguiente embarazo, se lo denomina período intergenésico.

Clasificación:

- Corto período intergenésico: cuando el intervalo de tiempo es menor a 18 meses.
- Período intergenésico óptimo: Cuando el intervalo de tiempo está comprendido entre los 24 meses y no más de los cinco años.
- Largo período intergenésico: Cuando el intervalo de tiempo es mayor a 5 años. (OMS, 2007)

3. Trabajo de parto

“Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objetivo la salida de un feto viable de los genitales maternos”. (Schwarcz et al., 2005, p.433).

El trabajo de parto puede ser de inicio espontáneo, inducido y/o conducido.

- Espontáneo: *“es el que se inicia sin que hayan intervenido agentes externos”.* (Schwarcz et al., 2005, p.431)
- Inducido: *“es aquel que inicia por la intervención deliberada de agentes externos”.* (Schwarcz et al., 2005, p.431)

Los métodos de inducción que se utiliza son Sonda Foley, uso de prostaglandinas y oxitocina; la elección depende de las condiciones cervicales.

- Conducido: *“se refiere a la estimulación de las contracciones espontáneas que se consideran inadecuadas por falla en la dilatación del cuello uterino y el descenso fetal”.* (Cunningham et al., 2011, p.500)

4. Apgar

El Apgar *“es un score clínico que permite la evaluación de la adaptación a la vida extrauterina del neonato y consta de 5 ítems, cada uno de los cuales son puntuados de 0 a 2 de acuerdo a si está ausente o no”* (Aldao y Hernández, 2006, p.20).

Ítems: Frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color de piel y mucosas. Según el puntaje final se clasifica en:

- Depresión neonatal severa entre 0 a 3
- Depresión neonatal moderado entre 4 a 6
- Vigoroso entre 7 a 10. (Aldao y Hernández, 2006).

5. Complicaciones maternas

Las que se mencionan a continuación son aquellas que se encuentran asociadas al parto vaginal tras una cesárea previa.

- Hemorragia Postparto:

Está se define como *“la pérdida de sangre mayor a 500cc luego de un parto vaginal o mayor a 1000cc después de una cesárea”*. (OPS, 2019, p.HPP-1)

- Rotura uterina, se define como la *“solución de continuidad patológica de la pared uterina, que se manifiesta por la presencia de una brecha, situada con mayor frecuencia en el segmento inferior”*. (Bajo Arenas et al., 2007, p.727)

- Histerectomía obstétrica:

Está se define como *“la exéresis del útero en una mujer gestante”*. (Bajo Arenas et al., 2007, p.809)

- Patologías en la implantación:

- Placenta previa, la misma se define como la *“Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero”*. Son aquellas placentas que se sitúan a 2 cm, del orificio cervical interno (OCI). (Bajo Arenas et al., 2007, p.457).

- Acretismo placentario, el cual se define como *“defecto de la decidua basal que permite que el trofoblasto invada el miometrio”*. (González Merlo et al., 2013, p.410).

- Muerte Materna:

La defunción materna se define como la *“muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”* (OPS., 2003, pp.139-140).

6. Complicaciones feto-neonatales

- Pérdida de Bienestar Fetal:

Se define como el *“trastornos transitorios o permanentes de la homeostasia del feto, independientemente de la causa que los produzca, que se caracteriza entre otros por hipoxia, hipercapnia, y acidosis”*. (Bajo Arenas et al., 2007, p.871)

- Muerte fetal intrauterina:

La defunción fetal es la *“muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria”* (OPS, 2003, p.134).

- Síndrome de dificultad respiratoria:

Es un síndrome que se caracteriza por presentar taquipnea, retracción, quejido, cianosis y apnea. (Toso, Tapia & Bancalari, 2011)

- Muerte Neonatal:

Las defunciones neonatales se definen como *“las muertes entre los nacidos vivos durante los primeros 28 días completos de vida”* (OPS, 2003, p.136)

CAPÍTULO IV

1. PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

El uso de las historias clínicas es la única fuente de datos de la investigación; las mismas pueden afectar la calidad de la información, ya que ya que se percató de la existencia de algunos registros incompletos, lo cual puede ser una debilidad del estudio, a lo que se suma el tamaño de la muestra.

El número de historias clínicas que cumplieron con estos criterios de inclusión y exclusión, según la selección realizada por el personal de archivos médicos a través del Sistema Informático Perinatal, fue de un total de 160.

Se comenzó el análisis de dichas historias encontrando cierto número de ellas que no corresponden con los criterios mencionados; por lo tanto se debieron excluir de la muestra: cuatro por macrosomía fetal; cuatro por prematuridad y dieciséis por obesidad.

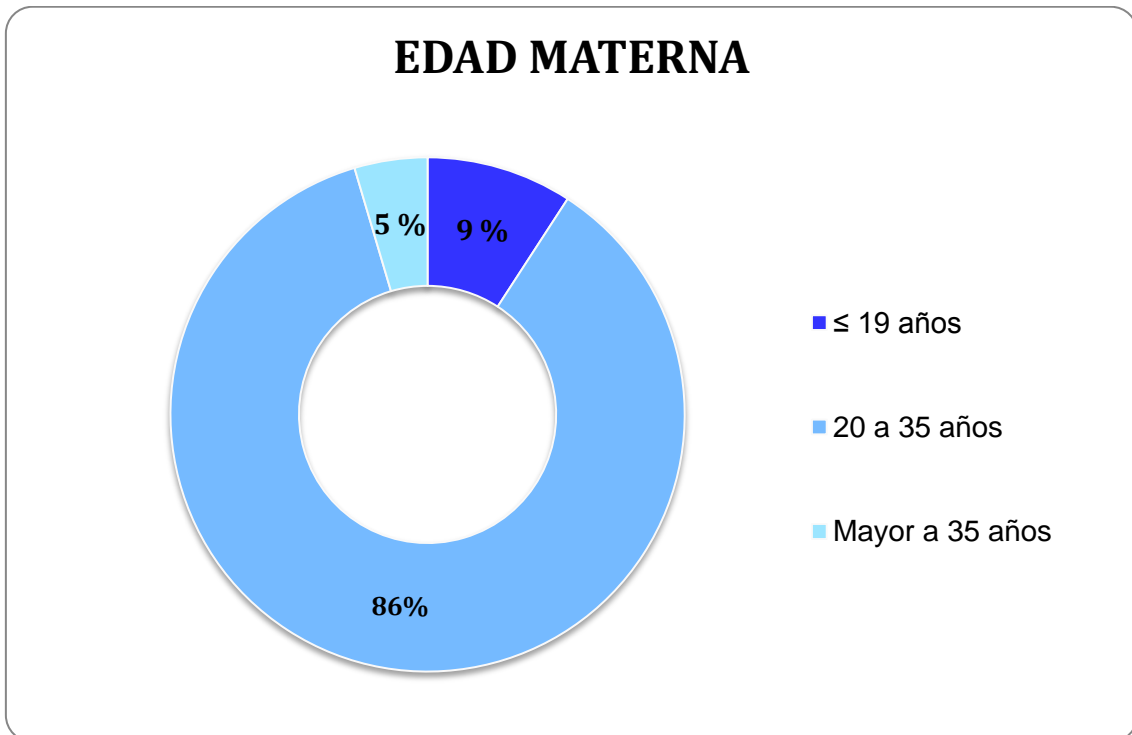
También se excluyeron dos historias clínicas por datos incompletos, tanto maternos como neonatales.

Por otro lado veinticinco historias no pudieron ser ubicadas en los archivos de la institución.

Finalmente la muestra total fue de 109 historias clínicas.

Una vez culminado el relevamiento de datos de las historias clínicas, los mismos fueron analizados y representados mediante gráficos y tablas que se detallan a continuación.

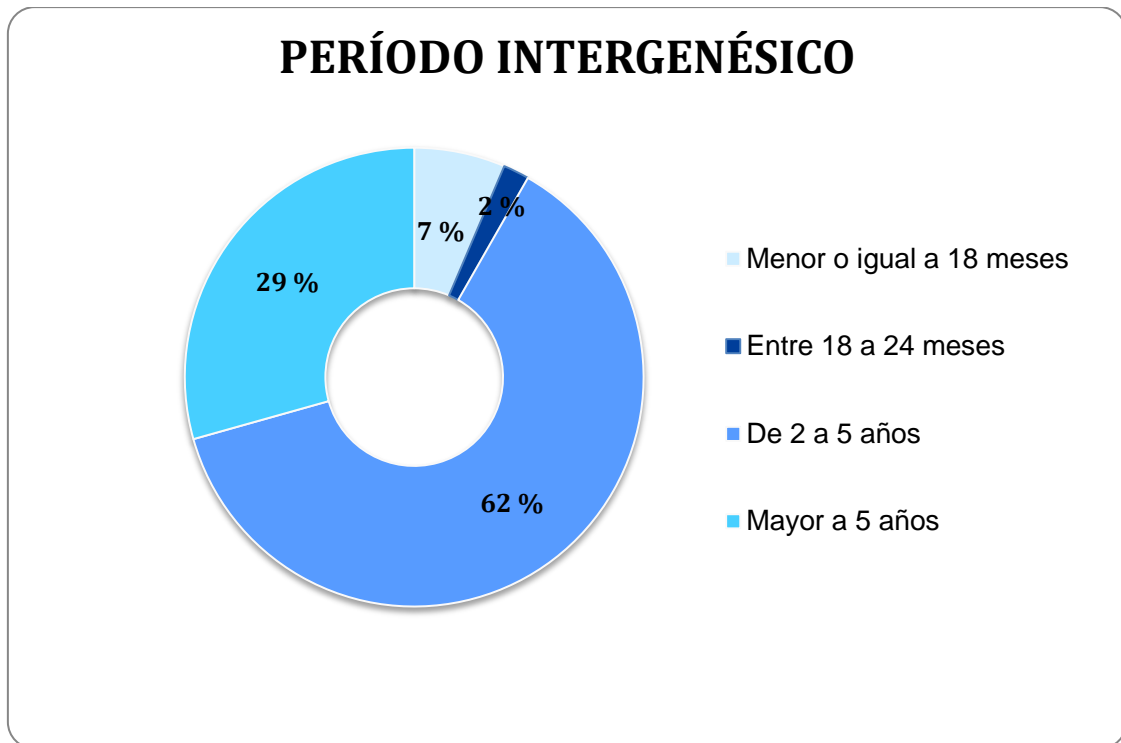
Gráfica n°1.



Edad Materna. Se detalla el porcentaje de pacientes por rango de edad.

Una de las variables de estudio es la edad materna, representada en la gráfica anterior. De la muestra de estudio 94 mujeres (86%) se encuentran comprendidas en el rango de 20 a 35 años la cual se considera como la edad reproductiva ideal, mientras que las 15 restantes se encuentran fuera de este rango, donde el 9% representan a las mujeres de edad materna baja (≤ 19 años) y el 5 % restante a las mujeres de edad avanzada (> 35 años). Esta última, si bien se asocia a resultados adversos tanto en la mujer como en el feto y futuro neonato, en esta investigación no se asociaron complicaciones.

Gráfica n°2.

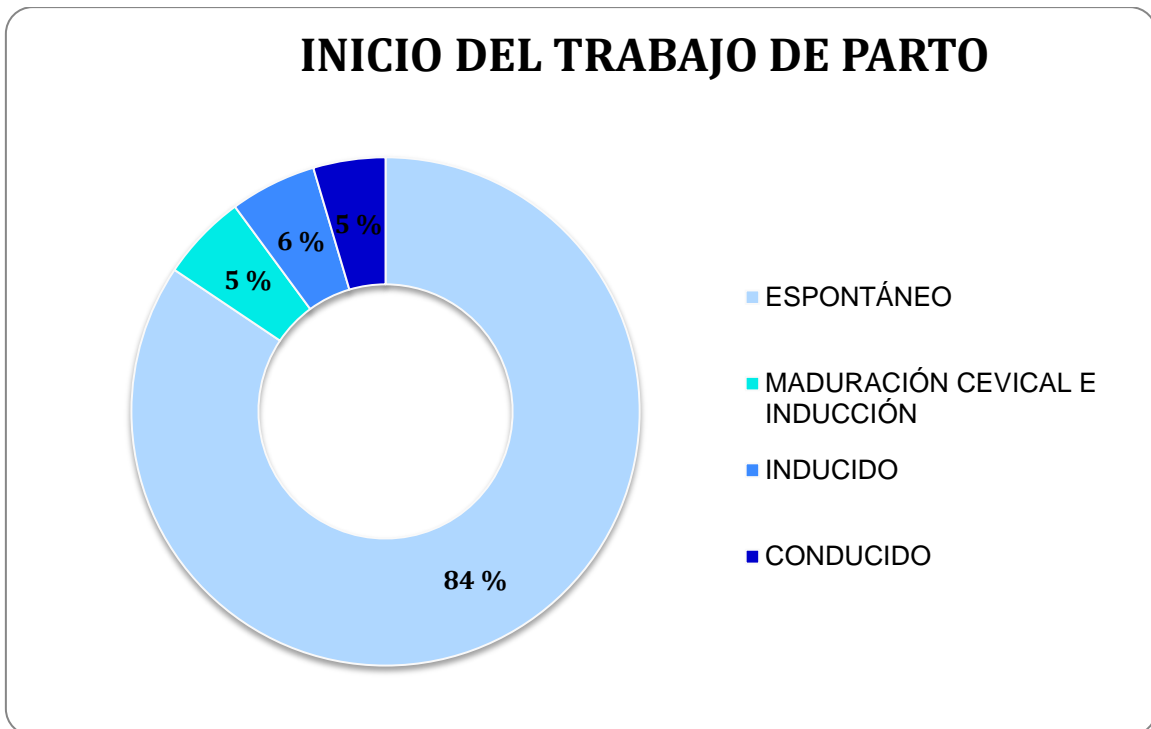


Periodo intergenésico. Se describen el porcentaje de pacientes que abarcan cada periodo.

El periodo intergenésico en el 62% de los casos estuvo comprendido entre los 2 y 5 años, el cual se considera como el período óptimo según la OMS, tenemos un 2% que comprende un PI, entre los 18 a 24 meses, este se admite como el mínimo aceptado para el intento de PVDC, ya que por debajo de este periodo el riesgo de rotura uterina se encuentra elevado.

El 29% muestra un PI mayor a cinco años, y el 7% menor o igual a 18 meses, los cuales son considerados por la OMS los periodos con mayores complicaciones obstétricas.

Gráfica n°3.

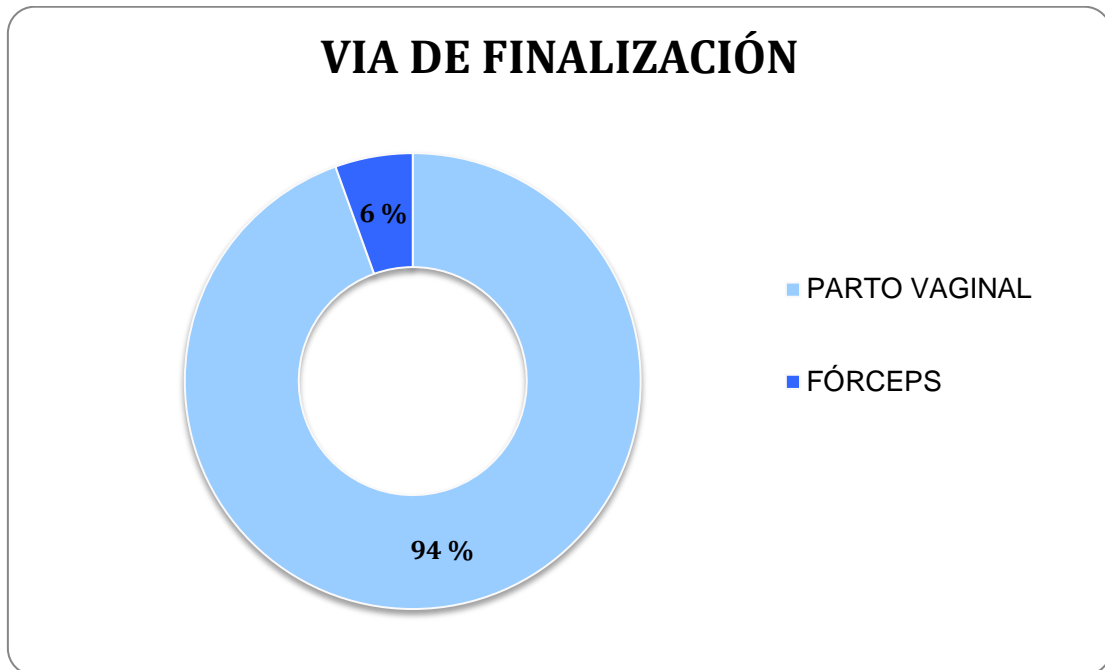


Inicio del trabajo de Parto. Se visualiza el porcentaje de elección para el inicio del TdP.

En cuanto al inicio del trabajo de parto observamos que más del 80% fue de inicio espontáneo, siendo la maduración cervical junto con la conducción la de menor rango.

Destacamos que el mecanismo utilizado para la maduración cervical fue únicamente la Sonda Foley, no registrándose en ninguno de los casos el uso de prostaglandinas.

Gráfica n°4.

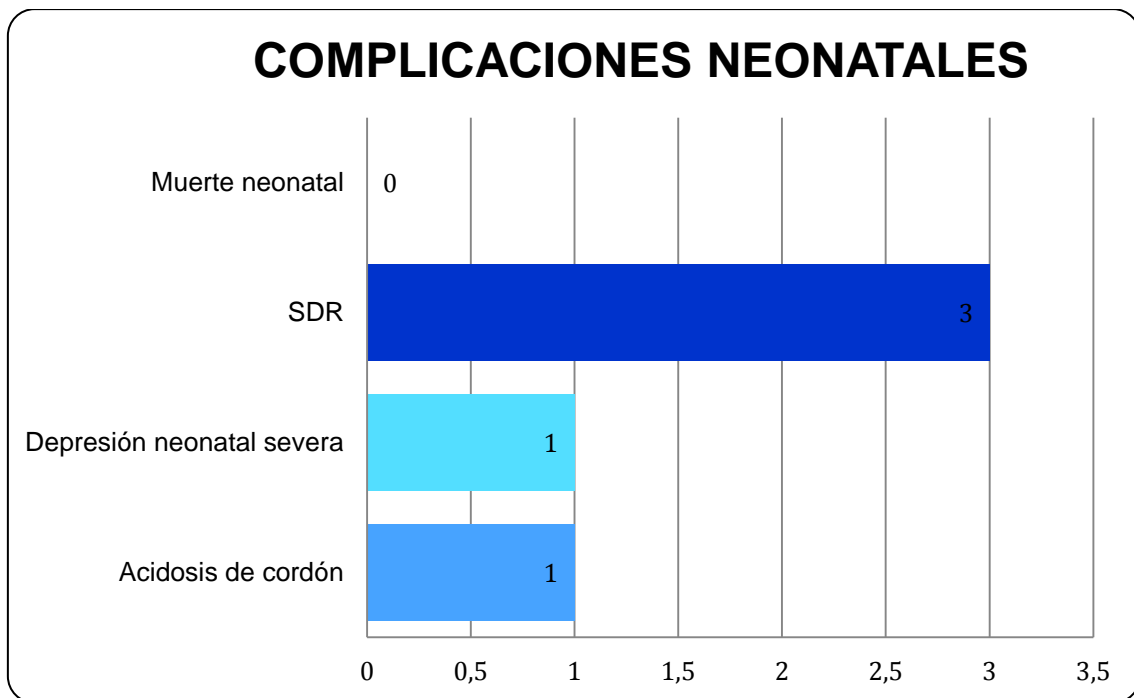


Vía de finalización del parto.

Del tamaño de la muestra, según la vía de finalización del parto el 94% (103 mujeres) finalizaron vía parto vaginal y el 6% restante (seis mujeres) fueron partos instrumentales o fórceps.

Analizando los fundamentos de los partos instrumentales, obtuvimos los siguientes datos: en mayor porcentaje con un 50 %, fue a causa de pujo ineficaz, seguido de un 16.6% por periodo expulsivo prolongado, un 16.6% por pérdida de bienestar fetal y el restante 16.6% no describe el motivo.

Gráfica n°5.



Las complicaciones neonatales fueron relativamente bajas, en base a la cantidad de población de estudio.

El Síndrome de Distrés Respiratorio se presentó en 3 de 109 recién nacidos vivos y uno de ellos a su vez presentó acidosis de cordón; otra complicación presente fue la depresión neonatal severa en un solo caso.

En todos los casos los recién nacidos evolucionaron favorablemente en las siguientes horas de vida, por lo que no se registró ninguna muerte neonatal.

2. DISCUSIÓN DE DATOS

Según la ACOG, la selección de pacientes para ser candidatas a un parto vaginal después de una cesárea anterior lleva a un 60-80% de éxito del parto vaginal, estas deben ser previamente asesoradas sobre los beneficios y posibles riesgos asociados al mismo.

Al igual que la ACOG como Galán et al., en el año 2017, afirmaron en su estudio que la tasa de éxito de un parto vaginal posterior a una cesárea es alta correspondiendo a un 81,8%, y la morbimortalidad materna es baja respecto a la de una cesárea.

Esta tasa de éxito también es plantada en el consenso parto vaginal después de una cesárea en el año 2019, por Álvarez et al., 2018 y por Li y col., en el año 2016.

Encontramos una semejanza con lo expuesto por los autores, ya que en nuestra muestra de estudio el éxito del parto vaginal después de una cesárea previa fue la totalidad de la misma, y a su vez superior a la planteada por estos, ya que fue del 100%.

Como fue mencionado a lo largo del estudio y descrito también por SEGO, uno de los factores de influencia para la selección de pacientes es el período intergenésico, el cual incide directamente en la morbilidad materna y fetal. Cuando éste es menor a dieciocho meses, aumenta tres veces el riesgo y cuando es mayor a cuatro años, existen problemas de vascularidad de las arterias, causando hipoperfusión placentaria con daño endometrial; por lo que el período intergenésico óptimo se sitúa entre los dos y cuatro años.

En nuestro estudio un 7% equivale a un periodo intergenésico de dieciocho meses o menos y un 29 % corresponde a un intervalo intergenésico mayor a cinco años, sin complicaciones asociadas en ninguno de los casos.

De los resultados obtenidos en nuestra investigación acerca de las complicaciones maternas, la rotura uterina es la más grave, las tasas globales de esta afección en mujeres con cesárea previa segmentaria transversa baja

se ubican entre 0,2 y 1,5%. Destacamos que del 100% de nuestras pacientes ninguna presento esta complicación, por lo que consideramos nuestros resultados como alentadores.

Bajo Arenas et al., (2007) afirman que el parto instrumental representa riesgos maternos, fetales y neonatales, y que la morbilidad en estos casos es menor que los de una cesárea. También sostienen que la principal indicación de aplicación del fórceps es el periodo expulsivo prolongado seguido del compromiso materno-fetal.

De los datos obtenidos de la población estudiada, se observa que el número de partos con fórceps registrados resultó ser bajo, 6 de 109 nacimientos, destacando que no se presentaron complicaciones posteriores al nacimiento en el binomio. Por otro lado encontramos diferencias en cuanto a la indicación de este tipo de parto ya que los resultados arrojan que la principal indicación fue pujo ineficaz en la mitad de los casos.

En el año 2019, SOGIBA, plantea algunos de los factores que influyen de forma negativa en el éxito de un PVDC como el motivo de la cesárea anterior a causa de alteraciones en la segunda fase del trabajo de parto, la edad materna avanzada y el puntaje de Bishop desfavorable, entre otros.

En los datos obtenidos de la investigación, el motivo de la cesárea anterior que predominó fue la pérdida de bienestar fetal en un 22.01%, aunque el trabajo de parto detenido fue la segunda indicación en 21.1%, lo cual no significó ningún riesgo para la población de estudio, ya que el éxito de PVDC fue alto sin registro de complicaciones. Y en cuanto a la edad materna en nuestra población, solamente un 5% del total presentaban edad materna avanzada; y tomando en cuenta que es un factor de riesgo que aumenta la morbimortalidad materna y perinatal porque se encuentra asociada a complicaciones preestablecidas en la vida de la mujer, ninguna de ellas presentaron complicaciones.

Tanto Álvarez et al., en 2018 como SOGIBA en 2019, plantean que la inducción al parto después de cesárea anterior no está contraindicada; ambos indican que el mayor riesgo existente en estas mujeres es la rotura uterina con prevalencia de 0,3 a 1 % y una mortalidad de 3,8 cada 100.000.

Describen que la inducción puede ser tanto mecánica como farmacológica, en cuanto a lo mecánico describen la amniorrexis y la utilización de sonda Foley; y farmacológicamente la utilización tanto de Dinoprostona como de oxitocina dado que la utilización de misoprostol en estos casos está contraindicada.

En cuanto a nuestros resultados, del total de nuestra muestra, solo el 16% requirió de inducción al parto, los mecanismos de inducción fueron sonda Foley y oxitocina, no registrándose la utilización de prostaglandinas. Destacamos que como única complicación se registró en una sola paciente hemorragia post-parto a causa de atonía uterina.

Respecto a la morbilidad neonatal, en diferentes estudios, los autores afirman que la misma aumenta cuando se trata de una cesárea respecto al parto vía vaginal, así como las posibles enfermedades respiratorias en el neonato. Uno de ellos fue el estudio realizado por Linares et al., (2012) en el que los autores sostienen que la vía de nacimiento cesárea aumenta 3.5 veces el riesgo de enfermedades respiratorias como lo es, entre otras, el síndrome de dificultad respiratoria asociada a taquipneas transitorias del recién nacido. La tasa de incidencia en su estudio, se ubicó en un 10,7% mientras que en la vía vaginal resultó ser de 3.1%; por lo tanto la vía vaginal resulta más beneficiosa para los recién nacidos.

Mientras tanto en nuestro estudio, se obtuvieron pocos casos de complicaciones neonatales siendo solo tres los que desarrollaron Síndrome Distrés Respiratorio, de los cuales uno presentó acidosis de cordón. Y en cuanto al tipo parto, uno fue instrumental y los dos restantes partos eutócicos.

La capacidad de las Parteras para evaluar los riesgos basados en las características de cada mujer, puede aumentar la seguridad de un trabajo de parto después de una cesárea. Como vemos, el riesgo de rotura uterina es muy poco frecuente, pero al presentarse implica resultados adversos maternos fetales severos. Los resultados de este trabajo alientan a perseverar en el ofrecimiento a las pacientes de un parto vaginal después de una cesárea, si seleccionamos adecuadamente a las mismas la tasa de partos vaginales es elevada y las complicaciones se reducen notablemente.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

A partir de la ejecución de este estudio nos propusimos aportar conocimientos sobre las posibles complicaciones del PVDC tanto maternas, fetales y neonatales, reflexionando a su vez sobre los beneficios del mismo, aportando a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Partiendo del interés de realizar esta investigación, de la bibliografía consultada y de la ejecución de la misma, podemos decir que se logró cumplir con el objetivo general planteado, así como también de todos los objetivos específicos.

Gracias al acceso de las historias clínicas por parte de archivos médicos del Centro Hospitalario Pereira Rossell se logró recolectar la mayor cantidad de datos posibles, dado que la mayoría se encontraban de forma ordenada y completas, lo que permitió que no hubiera interferencia en la muestra de estudio y en los resultados obtenidos. Esto cobra real importancia, ya que el correcto llenado de la hoja SIP en las historias clínicas permitió obtener los resultados expuesto en el capítulo anterior.

Por otro lado, se logró responder todas aquellas interrogantes surgidas al inicio del trabajo.

En relación a la primera pregunta:

1. El parto vaginal después de una cesárea: ¿es posible?

El antecedente de cicatriz uterina tanto por cesáreas segmentarias transversales o por cirugías uterinas previas supone un aumento en la morbimortalidad materno-fetal y neonatal, independientemente de la vía del parto. Sin embargo, tomado en cuenta que la tasa de éxito en estas pacientes no es baja, consideramos que la opción de un parto vaginal en estas pacientes

debe estar sobre la mesa. Así como también que todas las mujeres reciban un asesoramiento adecuado acerca de los riesgos y beneficios del PVDC; el cual se puede considerar como un proceso posible, seguro y exitoso, con riesgos relativamente menores a los de una cesárea iterativa.

La tasa de éxito de un PVDC aumenta cuando se presentan determinados elementos como: un adecuado control gestacional, un período intergenésico mayor a 24 meses, incisión de la cesárea previa transversal baja, feto único, presentación cefálica y un peso fetal estimado menor a 4000 gramos; con el fin de reducir los riesgos del binomio madre-hijo.

En relación a la segunda pregunta:

2. ¿Qué tipo de complicaciones se presentaron en la madre y en los recién nacidos?

Como complicación materna y fetal grave encontramos en las distintas bibliografías estudiadas la rotura uterina; la cual no ha sido registrada como complicación en el CHPR durante el año 2018 en pacientes con PVDC, la cual implicaría un aumento en la tasa de morbilidad materna, fetal y neonatal.

La principal complicación materna encontrada fue la hemorragia postparto en un total de siete mujeres dentro de la muestra, siendo las causas de la misma la atonía uterina en cinco casos, dos por retención placentaria y en una sola paciente se registró como complicación post-parto anemia moderada.

Respecto a las complicaciones neonatales, se muestra que en tres ocasiones se registraron pérdida del bienestar fetal, dos durante el trabajo de parto espontáneo y el otro trabajo de parto conducido; desarrollando posteriormente en la etapa neonatal SDR.

En relación a la tercera pregunta:

3. ¿Cuántos partos fueron inducidos y cuántos de ellos presentaron complicaciones?

En cuanto a la inducción del parto, no se encuentra contraindicada en las mujeres con antecedente de cesárea previa pero el control durante ésta etapa debe ser mayor. Los mecanismos de inducción aceptados en estas mujeres son la Sonda Foley, Dinoprostona (PGE2) y Oxitocina.

El 16% del total de la muestra fueron PVDC inducidos, dentro de las cuales únicamente en una mujer se registró como complicación materna, hemorragia post-parto a consecuencia de atonía uterina.

La única complicación fetal que se registró fue SHFIU, destacando que se trató de un parto instrumental a causa de pujo materno ineficaz. Por lo cual, podemos suponer que ésta complicación se podría asociar a que el último período del trabajo de parto fue prolongado, y no una complicación por inducción propiamente dicha. Y del punto de vista neonatal, se diagnosticó depresión neonatal severa al minuto de vida en un solo recién nacido con buena recuperación posteriormente.

En relación a la cuarta pregunta:

4. ¿Las complicaciones maternas y neonatales están relacionadas con el antecedente de cesárea?

Dentro de las complicaciones maternas-fetales-neonatales anteriormente mencionadas, podemos describir que posiblemente solo dos casos se relacionan con el antecedente de cesárea previa, son aquellos que presentaron hemorragia post-parto a causa de tejido placentario retenido. Esto se debe a que el antecedente de cesárea previa, representa un factor de riesgo para el desarrollo de adherencias anormales placentarias.

Nosotras como futuras Obstetras Parteras, integrantes del equipo de salud, tenemos un papel primordial en la educación a la preparación para el nacimiento y en la educación prenatal, brindándoles apoyo, seguridad y asesoramiento durante el embarazo, parto y puerperio.

La morbimortalidad asociada al PVDC vs cesárea a repetición con cesárea previa, deben discutirse previamente con las mujeres seleccionadas, ya que es importante que conozcan los riesgos y beneficios de ambas opciones.

Varios de los estudios planteados en nuestro trabajo han comparado las tasas de morbimortalidad tanto materna como fetal, concluyendo así que las mismas asociadas al PVDC son bajas en comparación con la cesárea a repetición.

Los mismo, reflejan que el porcentaje de éxito de un PVDC se ubica alrededor del 80%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acién-Álvarez, P.; Serra-Serra, V.; González-González, A.; Martínez-Astorquiza, T.; Florido-Navio, J.; Sesmero, JRM...Bajo-Arenas, J. *Documento de Consenso SEGO Asistencia al Parto*. SEGO. Recuperado desde: <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/sego-documento-consenso-asistencia-parto-normal>

ACOG. (2018). *Parto por cesárea*. Washington, D.C: American College of Obstetricians and Gynecologists. Recuperado el 16/09/18 desde: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Parto-por-cesarea?IsMobileSet=false>

Aldao, J.; Hernández, C. (2006). *Manual de Neonatología*. Montevideo: BiblioMédica Ediciones.

Álvarez, C., Borboten, D.; Borda, K.; Boggia, B.; Bottaro, S.; Chiribao, F....Villalba, V. (2018). *Protocolos clínicos en la Maternidad, Tomo 1: Atención integral, humanizada e institucional, de la mujer en Trabajo de parto y parto y del Recién nacido*. Montevideo: Uruguay. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA.

Arias, F. (1991). *Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo*. Segunda edición. Barcelona: Grafos, S.A.

Bajo Arenas, J.M.; Melchor Marcos, J.C; Mercé LT. (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Madrid: SEGO.

Carvajal Cabrera, J.A.; Martinovic, C.P.; Fernández, C.A. (2017). "Parto Natural ¿Qué nos dice la evidencia?". *ARS Médica Revista De Ciencias Médicas*, vol.42, núm. 1, pp. 49-60. <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/532>.

Centro Hospitalario Pereira Rossell. (2016). *Informe de Gestión y Sistema Informático Perinatal*. Hospital de la Mujer Dra. Paulina Luisi, Montevideo.

Centro Hospitalario Pereira Rossell. (2017). *Informe de Gestión y Sistema Informático Perinatal*. Hospital de la Mujer Dra. Paulina Luisi, Montevideo. Recuperado el 20/08/19 desde: <http://www.uypress.net/aucdocumento.aspx?85388,74028>.

Centro Hospitalario Pereira Rossell. (2018). *Informe de Gestión y Sistema Informático Perinatal*. Montevideo: Hospital de la Mujer Dra. Paulina Luisi. Recuperado el 20/08/19 desde: <https://www.asse.com.uy/contenido/Informe-de-Gestion-y-Sistema-Informatico-Perinatal--ano-2018-11412>.

Cóppola, F. (2015). "Cesáreas en Uruguay". *Revista Médica del Uruguay*. Vol. 31, núm. 1, pp. 7-14. Montevideo-Uruguay. ISSN: 1688-0390. Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/31/1/2/es/>

Cunningham, F.G.; Leveno, K.J.; Bloom, S.L.; Hauth, J.C; Rouse, D.J.; Spong, C. Y. (2011). *Williams Obstetricia*. 23^a ed. México: McGraw-Hill.

Delgado-Becerra, A.; Ortiz-Almeralla M.R.; Fernández-Carrocerá, LA.; Arroyo-Cabralés, LM. (2007). "Morbilidad en neonatos a término relacionada con la vía de nacimiento". *Revista Ginecol Obstet Mex*. Vol. 75, núm. 8, pp. 471-476. México. ISSN-0300-9041. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17967>.

Escuela de Parteras. *Perfil y Competencias de la/del OBSTETRA-PARTERA/O*. Recuperado el 24/02/20 desde: <http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/perfil-la-partera>.

Fescina, RH.; De Mucio, B.; Díaz Rossello, JL.; Martínez, G.; Serruya, G.; (2010). *Salud Sexual y Reproductiva: Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. (2da. Ed.)*. Montevideo: CLAP/SMR.

Galán Salazar, C., Mateos López, S., Martos Cano, Á., Salcedo Mariña, A., & Pérez Medina, T. (2017). "Vía de parto tras una cesárea anterior". *Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología*. Madrid. Vol. 60, núm. 5, pp.438-443.

Gómez- Roig, M.D.; Ferrer, P.; Parra, J.; Sola, E.; Palacios, E.; Tojo, M. (2019). "Protocolo: Asistencia en la Gestante en Sala de Partos". *Fetal Medicine Barcelona*. Recuperado el 12/09/2019 desde <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/asistencia-a-la-gestante-en-sala-de-partos.html>.

González Merlo, J.; Laílla Vicens, J.M; Fabre González, E.; González Bosquet, E. (2013). *Obstetricia (6ta Ed)*. España: Fotoletra, S.A.

Hernández, S.; Basteiro, E.; Meler, E.; Figueras.; F. (2012). "Protocolo: Cesárea". *Fetal Medicine Barcelona*. Recuperado el 12/09/2019 desde <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.html>

Icart Isern, M.T., Fuentelsaz Gallego, C., Pulpón Segura, A.M. (2000). *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. (1ª. Ed.)*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

INS (2017). *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud. Recuperado el 26/03/2020 desde: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO Morbilidad materna extrema.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Morbilidad_materna_extrema.pdf)

Li, W.H.; Yang, M.J.; Wang, P.H.; Juang, C.M.; Chang, Y.W.; Wang, H.I.; Chen, C.Y.; Yen, M.S. (2016). "Vaginal birth after cesarean section: 10 years of experience in a tertiary medical center in Taiwan". *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*. Vol. 55, núm. 3. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2016.04.016>

Linares-Segovia, B.; Martínez-Martínez, E.; Lara-Márquez, M.; Madrigal-García, I. (2012). "Enfermedad respiratoria en recién nacidos a término. Influencia de la vía de nacimiento". *Revista Pediatría de México*. México. Vol. 14, núm. 3, pp. 95-99.

Lugones-Botell, M. (2001). "La Cesárea en la Historia". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Ciudad de la Habana, vol. 27, núm. 1, pp. 53-56. (ISSN: 1561-3062)

Marín Sánchez, M.P. (2015). "Aspectos Bioéticos del Parto Natural". Universidad de Murcia, Facultad de Letras. Recuperado el 05/10/19 desde: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/294859/TMPMS.pdf;sequence>

Micek, M.; Kosinska-Kaczynska, K.; Godek, B.; Krowicka, M.; Szymusik, I.; Wielgos, M. (2014). "Birth after a previous cesarean section - what is most important in making a decision?". *Neuroendocrinology Letters*, Vol.35, núm. 8. Recuperado el 13/06/2019 desde: https://www.researchgate.net/publication/272751557_Birth_after_a_previous_cesarean_section_-_What_is_most_important_in_making_a_decision

Monterde, E.; Ferrer, P.; Parra, J.; López, M. (2018). "Protocolo: Control Gestacional en Gestantes con Cesárea Anterior", *Fetal Medicine Barcelona*. Recuperado el 12/09/2019, desde <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/control-gestacional-gestantes-cesarea-anterior.html>

Mozurkewich, E.L; Hutton, E.K. (2000). "Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A meta-analysis of the literature from 1989 to 1999". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 183, núm. 5.

MSP (2014). Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 29/09/20 desde: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>

MSP. (2018). "*Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional*". Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 05/10/19 desde: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-la-asistencia-del-nacimiento-institucional>

OMS; HRP. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas*. Recuperado el 13/01/2020 desde https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. Washington, D.C.: OPS

PAHO; WHO. (2003). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Manual de Instrucciones. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 26/03/2020 desde: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>

Perelló, M.; Mula, R.; López, M. (2012). "Protocolo Placenta Previa y otras Anomalías". *Fetal Medicine Barcelona*. Recuperado el 05/02/2020, desde: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/placenta-previa-y-otras-anomalias.html>

Pons, J. (2015). *PARIRÁS CON AYUDA*. 1.ª ed. Montevideo: Planeta S.A.

PROSEGO. (2010). *Parto Vaginal tras Cesárea*. Madrid: Protocolos Asistenciales en Obstetricia-Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recuperado el 12/05/2019, desde: <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/sego-protocolo-parto-vaginal-tras-cesarea>

Quesnel, GBC.; López-Rioja, MJ.; Monzalbo-Núñez, DE. (2015). "Parto después de cesárea ¿una opción segura?". *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol. 83, núm.2, pp. 69-87. México. Recuperado desde: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/articulos-originales-numero83/parto-despues-de-cesarea-una-opcion-segura/>

RAE. (2014a). *Diccionario de la lengua española*. 23ª ed. Recuperado el 20/11/17 desde: <https://dle.rae.es/morbilidad?m=form>

RAE. (2014b). *Diccionario de la lengua española*. 23ª ed. Recuperado el 20/11/17 desde <https://dle.rae.es/mortalidad?m=form>

Ricci, P.; Perucca, E.; Altamirano, R. (2003). "Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición: rotura uterina una complicación posible". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, vol. 68, núm. 6, pp. 523-528.

Schwarcz, L.; Fescina, R.; Duverges, C. (2005). *Obstetricia*. 6ª ed. Buenos Aires: El Ateneo.

Segovia Vázquez, M.R. (2013). “Alteraciones placentarias en mujeres embarazadas con cesáreas previas”. *Revista del Nacional (Itauguá)*, vol. 5, núm.1. Recuperado el 6/03/20, desde: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v5n1/v5n1a02.pdf>

SOGIBA. (2019). *Consenso Parto Vaginal Después de una Cesárea*. Buenos Aires. Recuperado el 13/01/2020 desde [http://www.sogiba.org.ar/images/Parto Vaginal despues de una Cesarea SO GIBA%202019.pdf](http://www.sogiba.org.ar/images/Parto_Vaginal_despues_de_una_Cesarea_SO_GIBA%202019.pdf)

Toso, P.; Tapia, J.L.; Bancalari, E. (2011). Problemas respiratorios del recién nacido. En Pérez-Sánchez, A. y Donoso-Siña, E. *Obstetricia*. (pp.1263-1272). Santiago de Chile: Mediterráneo.

UNICEF; OMS. (2018). *Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido*. Nueva York: UNICEF. Recuperado el 06/04/19 desde: https://www.unicef.org/spanish/publications/index_102949.html

WHO. (2007). *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing, 13-15 June 2005*. Geneva-Switzerland: World Health Organization. Recuperado el 28/04/19 desde: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69855>.

ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO I

Consentimiento informado para parto vaginal luego de una cesárea

Nombre del Paciente _____

Documento de identidad _____

Declaro que:

El Dr. /Dra. _____ Como médico especialista en Obstetricia y Ginecología, me comunica la posibilidad de tener un parto vaginal teniendo en cuenta que se me ha realizado una cesárea en una gestación anterior, habiéndome explicado lo siguiente:

La opción de parto por vía vaginal es la de elección, siendo una opción segura aunque haya sido sometida a una cesárea con anterioridad, no existiendo en mi caso contraindicaciones para la vía vaginal del parto y teniendo en cuenta la causa por la que se realizó la cesárea anterior.

Se me explicó que es contraindicación para un parto vaginal en caso de cesárea anterior, si existe el antecedente de una cesárea en que la cicatriz uterina fue corporal o en T invertida, frente al antecedente de una miomectomía con entrada en cavidad uterina o ante distocia de presentación fetal.

No se aconseja el parto vaginal tras dos o más cesáreas previas, dado que aumenta el riesgo de rotura uterina.

Podría tener un parto vaginal, cuando el período transcurrido tras la última cesárea es menor a 12 meses o frente a un peso fetal estimado que supere los 4.000 gramos, sabiendo que en esta situación tengo menos probabilidad de éxito de un parto vaginal, y un riesgo aumentado de rotura uterina.

Debido a la presencia de tejido cicatrizal sobre el útero después de haberse realizado una cesárea, el mayor riesgo del parto vaginal es el de rotura o dehiscencia de la cicatriz uterina. Este riesgo es de 0,5-1% y puede tener

repercusiones maternas (sangrado, necesidad de transfusión, extirpación del útero, muerte materna) y fetales importantes (compromiso del bienestar fetal intraútero).

En ocasiones, es posible detectar los síntomas de una rotura uterina durante el parto mediante monitorización fetal y de dinámica uterina, y en este caso es necesaria la realización de una cesárea de forma urgente.

Se me explicó que en la institución donde se me realizará la prueba de parto cuentan con los recursos necesarios para realizar una cesárea de urgencia en caso de necesidad.

El uso de oxitocina y de prostaglandinas para la inducción del parto se asocia a un mayor riesgo de rotura uterina, fundamentalmente cuando la situación obstétrica al indicar la inducción del parto es desfavorable.

El uso de Prostaglandina E2 (Misoprostol) está contraindicada en pacientes con cesárea anterior.

Se me explicó que no existe contraindicación para la realización de analgesia del parto, dado que no enmascara los síntomas de rotura uterina.

La alternativa al parto vaginal es la realización de una cesárea de forma electiva, que en el caso de una cesárea anterior puede conllevar un mayor riesgo de sangrado, y de lesión de órganos y estructuras pélvicas, aumentando la morbilidad neonatal fundamentalmente desde el punto de vista respiratorio.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y he podido resolver las dudas que se me han planteado.

También entiendo que en cualquier momento previo al parto y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Se me ha informado de los riesgos y los beneficios del parto vaginal y la cesárea electiva y entiendo que los beneficios de la vía vaginal del parto superan los riesgos en mi caso.

LOCALIDAD Y FECHA:

FIRMA DEL MÉDICO y FIRMA DEL PACIENTE

ANEXO II



Montevideo, 5 de agosto de 2019.

De: Dirección General del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Cra. Verónica Deluca

A: Obst. Part. Laura Valli – Obst. Part. Mariana García
Br. Florencia Regusci – Carolina Silveira

Por la presente adjunto a ustedes nota del Comité de Ética en Investigación de este Centro Hospitalario, referente al Proyecto "Morbimortalidad durante el parto vaginal en gestantes a término con cesárea previa, asistidas en el CHPR durante el año 2018".

Le saluda atentamente,



DR. VERÓNICA DELUCA
ADJUNTA
DIRECCIÓN GENERAL
CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSELL

Br. Artigas 1590 / Tel.-Fax: 27076667 - 27075224 / direccion.pereirarossell@asse.com.uy

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Montevideo, 2 de Agosto de 2019.

INTEGRANTES

Coordinadora:
Prof. Dra. Gabriela Garrido

Dra. Beatriz Ceruti
Dr. Bruno Cuturi
Dra. Mariana Malet,
Lic. TS. María del Carmen Canavessi
Dra. Olga Larrosa.
Quím. Farm. Fernando Antunez.
Lic. Enf. Scheley Santos.
Prof. Adj. Dr. S. Scasso.
Prof. Adj. Dra. Fernanda Gomez
Lic. Psic. Ruben Garcia.

Secretaría
Obst. Part. Julie Nathalie Canobra
comite.etica.investigacion@gmail.com

Recepción de Protocolos
Dirección General del
Centro Hospitalario Pereira Rossell
7º Piso - Tel/Fax: + (598) 2 707 5224
Br. Artigas 1550 C.P. 11600
direccion.pereirarossell@asse.com.uy
Montevideo - Uruguay

A: Dirección General del Centro
Hospitalario Pereira Rossell
Dra. Victoria Lafuif

De: Integrantes del Comité de
Ética en investigación

Por la presente se deja constancia que el Comité de
Ética en Investigación considera aprobado el proyecto,
**" MORBIMORTALIDAD DURANTE EL PARTO VAGINAL
EN GESTANTES A TERMINO CON CESAREA PREVIA,
ASISTIDAS EN EL CHPR DURANTE EL AÑO 2018"**.

Resp: Br. Florencia Regusci, Br. Carolina Silveira, Tutora:
Obst. Part. Laura Valli, Obst. Part. Mariana Garcia.

Sin más, saluda a Ud. muy atentamente,

Comité de Ética en Investigación
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Tel/Fax: +598 2707 5224
e-mail: comite.etica.investigacion@gmail.com

Prof. Dra. Gabriela Garrido
Coordinadora



APÉNDICE I

Tabla utilizada para recolección de datos de las historias clínicas.

N° HISTORIA CLÍNICA	IMC	EDAD	PARIDAD	PERÍODO INTERGENÉSICO	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICO	TRABAJO DE PARTO	COMPLICACIÓN MATERNA	COMPLICACIÓN FETALE	APGAR	COMPLICACIÓN NEONATAL	TIPO DE PARTO VAGINAL
N°1											
N°2											
N°3											
N°4											
N°5											
N°6											
N°7											
N°8											
N°9											
N°10											