



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

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

Vía de finalización de la gestación en mujeres cesareadas previas que accedieron al uso de inducción farmacológica con oxitocina y/o mecánica mediante colocación de sonda foley en la maternidad del Hospital Pereira Rossell en el período entre enero-junio del año 2019.

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

AUTORAS: Br. Natalia Baz
Br. Valeria Neve
Br. Dayana Viera

TUTORA: Prof. Adj. Obst. Part. Kety Rodríguez

Montevideo, Octubre 2020

Contenido

CAPÍTULO 1.....	3
Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Abstract	6
Introducción	8
CAPÍTULO 2.....	12
MARCO TEÓRICO	12
Trabajo de Parto.....	12
Inducción del Trabajo de Parto.....	20
Tipos de Inducción	28
Inducciones no farmacológicas.....	31
Inducciones Farmacológicas	38
Inducción del trabajo de parto en mujeres con el antecedente de cesárea previa.....	49
Vía de parto en mujeres con antecedente de cesárea anterior.	55
Vía de finalización de la gestación	59
CAPÍTULO 3.....	67
ANTECEDENTES.....	67
Investigaciones Nacionales.....	68
Investigaciones Internacionales.....	69
CAPITULO 4.....	72
Objetivo general:	72
Objetivos Específicos:.....	72
Metodología	73
Análisis de datos (tablas y gráficos).	78
Discusión de datos	83
CAPÍTULO 6.....	86
Conclusiones.....	86
CAPITULO 7.....	88
Referencias bibliográficas.....	88

CAPÍTULO 1

Agradecimientos

En primer lugar a nuestras familias y amigos por ser nuestro soporte fundamental en el proceso de la elaboración de esta investigación.

Agradecemos a los funcionarios de archivos médicos del Centro Hospitalario Pereira Rossell por la disponibilidad, amabilidad y por permitirnos realizar la recolección de datos.

A la Escuela de Parteras, al Comité de Ética y a la dirección del Centro Hospitalario Pereira Rossell por permitirnos realizar la presente investigación.

Le agradecemos a la Prof. Adj. Obstetra Partera Kety Rodríguez quien ha sido nuestra tutora y a la Obstetra Partera Lorena Bevilacqua por ser nuestra cotutora; por haber sido nuestras guías en este proceso, por el apoyo y acompañamiento.

Resumen

La vía de finalización de la gestación, así, como el bienestar de la salud materno fetal, es un aspecto fundamental en nuestro rol como Obstetras-Parteras.

Teniendo en cuenta que para la finalización de la gestación en usuarias que cuentan con antecedente de cesárea anterior la inducción del trabajo de parto, es parte de las opciones que se le ofrece a aquellas usuarias del Hospital Pereira Rossell; es que, creemos de interés la realización de esta investigación titulada; “Vía de finalización de la gestación en mujeres cesareadas previas que accedieron al uso de inducción farmacológica con oxitocina y/o mecánica mediante colocación de sonda Foley en la maternidad del Hospital Pereira Rossell en el período entre enero-junio del año 2019.”

El objetivo de nuestra investigación es determinar la vía de finalización de la gestación en mujeres cesareadas previas a las cuales se les indicó inducción de trabajo de parto en la maternidad del Hospital Pereira Rossell, en un diseño metodológico de naturaleza cuantitativo.

Si bien en la actualidad en una gran parte de las instituciones, aquellas pacientes que cuentan con el antecedente de cesárea anterior derivan a un nacimiento por vía cesárea, en los casos en los que el trabajo de parto y parto no surge de manera espontánea. En la maternidad del Hospital Pereira Rossell en el año 2018 se comienza con la realización de la inducción del trabajo de parto en mujeres con dicho antecedente enmarcado en un protocolo clínico, formulado para situaciones de este tipo.

Conocer el manejo de estas pacientes con inducción del trabajo de parto y como esta puede influir en la vía de finalización del parto, es de suma importancia para asegurar el bienestar materno-fetal y disminuir el número de cesáreas teniendo en cuenta lo que plantea el Ministerio de Salud Pública (MSP) como objetivo para el año 2020, siendo importante en nuestro rol como Obstetras Parteras y nuestro compromiso con esta estrategia.

En los resultados obtenidos en una muestra de 154 pacientes, luego de consentir la realización de la inducción del trabajo de parto, el 53,2% derivaron en parto vía vaginal, y un 46,7% derivó a la vía cesárea.

La causa común que llevó a que la vía fuera la cesárea fue el fallo de inducción y el deseo de la paciente de no continuar con la misma siendo estas causas maternas y como causas fetales predominó la sospecha de hipoxia fetal intraparto con el 26,4% y el descenso detenido de la presentación con el 11,1%.

Abstract

The path to termination of pregnancy, as well as the well-being of maternal and fetal health, is a fundamental aspect in our role as Obstetricians-Midwives.

Taking into account that for the termination of pregnancy in users who have a history of previous caesarean section, Induction of labor is part of the options offered to those users of the Pereira Rossell Hospital; is that, we believe of interest the realization of this titled investigation; "Route of termination of pregnancy in previous cesarean women who agreed to the use of pharmacological induction with oxytocin and / or mechanics by placing a Foley catheter in the maternity ward of the Pereira Rossell Hospital in the period between January-June of the year 2019."

The objective of our research is to determine the route of termination of pregnancy in pre-cesarean women who were indicated induction of labor in the maternity hospital Pereira Rossell, in a methodological design of a quantitative nature.

Although currently in a large part of the institutions, those patients who have a history of previous caesarean section refer to a birth by caesarean section, in cases in which labor and delivery does not arise spontaneously. In the maternity of the Pereira Rossell Hospital in 2018, the Induction of Labor in women begins with this background framed in a clinical protocol, formulated for situations of this type.

Knowing the management of these patients with induction of labor and how this can infer in the way of completion of labor, is of utmost importance to ensure maternal-fetal well-being and decrease the number of caesarean sections

taking into account what the Ministry proposes of Public Health (MSP) as a goal for the year 2020, being important in our role as Midwives Obstetricians and our commitment to this strategy.

In the results obtained in a sample of 154 patients, after consenting to the induction of labor, 53.2% derived in vaginal delivery, and 46.7% referred to the cesarean section.

The common cause that led to the cesarean section was the failure of induction and the patient's desire not to continue with it being these maternal causes and as fetal causes the suspicion of intrapartum fetal hypoxia predominated with 26.4% and the steady decrease in presentation with 11.1%.

Introducción

En nuestro país, el Ministerio de Salud Pública (2014) recomienda en las “Guías en Salud Sexual y Reproductiva, en el Manual para la Atención a la Mujer en el Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio”, el intento de un parto vaginal para mujeres que tengan cesárea previa, debido a que es menos riesgoso para la madre y el recién nacido.

El Ministerio de Salud Pública hace referencia a que entre el 60% y el 80% de las mujeres a las que se les practicó una cesárea pueden lograr un parto vaginal después de la cesárea (PVDC), llegando a alcanzar un 90% en mujeres que han tenido partos vaginales antes de la cesárea. (MSP, 2014; Huertas & Pocco, 2010; Martínez, et.al., 2015; Cópola, 2015) así también lo expresa la Asociación de Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG).

Según datos proporcionados por el Sistema Informático Perinatal (2015), de los nacimientos ocurridos entre el año 2011-2015 en el Hospital de la Mujer Dra. Paulina Luisi, dentro del Centro Hospitalario Pereira Rossell, la principal indicación de cesárea con un porcentaje del 15.3% fue por el hecho de tener cesárea previa. En los años 2011 y 2012 ésta también fue la primera causa, mientras que en el 2013 y 2014 esta indicación pasó a segundo lugar siendo la principal causa la sospecha de hipoxia fetal. (ASSE, 2016).

Otro de los datos obtenidos a través del Informe de Gestión y Sistema Informático Perinatal (2015) es que, en el Hospital de la Mujer, el 47,8% de las pacientes que ingresaron con cesárea previa pudieron finalizar la gestación en un parto vaginal, al restante 52,2% se le realizó una nueva cesárea. Cabe destacar aquí que esta cifra de partos vaginales en mujeres con cesárea previa tuvo un gran incremento si la comparamos con los datos de otros años (ASSE, 2016).

En el año 2016 el MSP, establece dentro de los Objetivos Sanitarios para el año 2020, la reducción de cesáreas como uno de los puntos a mejorar y propone como una de las líneas de acción, establecer guías de actuación para aquellas situaciones que más se ven vinculadas a cesáreas evitables, por ejemplo tener cesárea previa, inducción del parto, parto no evolutivo, etc. Se pretende para el 2020 llegar a reducir un 10% las cesáreas evitables, tomando como línea de base que el 17,9% de las cesáreas que se realizan se pueden evitar.

Destacamos que a partir del año 2018 la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell cuenta con un protocolo clínico “Atención integral, humanizada, e institucional de la mujer en el Trabajo de parto y Parto y del Recién nacido”, donde se tiene en cuenta, que las complicaciones son menores en una inducción de parto en paciente con cesárea previa que la repetición automática de la cesárea.

Teniendo en cuenta nuestra experiencia en la práctica clínica durante nuestra formación, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en cuanto al uso de inducción mecánica (sonda Foley) y farmacológica (oxitocina) en mujeres con antecedente de cesárea, hemos observado y hemos vivido diferentes resultados en cuanto evolución del trabajo de parto y la vía de finalización de la gestación.

Es por esto que creemos importante como Obstetras Parteras conocer los riesgos y complicaciones que pueden presentarse en el seguimiento del trabajo de parto y en la asistencia del parto vaginal, en estas usuarias que acceden a la Inducción del trabajo de parto.

En función de lo expuesto, es de nuestro interés la elaboración de una investigación y el estudio de los datos estadísticos sobre la vía de finalización de la gestación en aquellas mujeres que cuentan con el antecedente de una cesárea previa y que acceden a la Inducción del trabajo de parto, siendo esto una herramienta importante para determinar cuáles son las complicaciones a las cuales nos podemos enfrentar como Obstetras Parteras en la atención de estas usuarias.

Para realizar esta investigación y poder lograr nuestros objetivos nos hemos planteado las siguientes preguntas: ¿Es efectiva la inducción de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa que acceden a la misma?; ¿Cuántas de estas que acceden logran tener un parto vaginal?; ¿Existe una causa común entre las mujeres que accedieron a la inducción y no lograron un parto vaginal?

Estudiaremos de forma cuantitativa estos resultados, para poder determinar si fue beneficioso para la mujer y el recién nacido poder finalizar la actual gestación en un parto vaginal después de haber tenido una cesárea, en la población elegida y poder contrastar los resultados con otros estudios existentes. Además nos interesaría saber si existe una causa común en aquellas mujeres que accedieron al uso de inducción y finalizan la gestación en una nueva cesárea.

Este trabajo está estructurado en su cuerpo en diferentes capítulos. El segundo capítulo corresponde al marco teórico, en él se abordan aspectos teóricos sobre el trabajo de parto, inducción de parto, vías de finalización de la gestación.

El tercer capítulo abordara antecedentes de trabajos relacionados con la temática elegida, con lo cual se pretende conocer una perspectiva de posibles resultados a obtener.

Posteriormente el desarrollo versara sobre el trabajo de investigación en sus aspectos metodológicos, etapas, análisis de datos, resultados y conclusiones a las cuales las autoras de este trabajo, han de llegar.

CAPÍTULO 2

Marco teórico

El segundo capítulo comienza con la fundamentación teórica la cual hace referencia a aquellos conceptos y aspectos técnicos, que consideramos relevantes para comprender el tema de nuestra investigación, sobre el trabajo de parto, inducción de parto, inducción de parto en mujeres con cesárea anterior, vías de finalización de la gestación.

Trabajo de Parto

Se define Trabajo de Parto, como *“el conjunto de fenómenos activos y pasivos que tienen como fin la expulsión de un feto viable a través de los genitales maternos”*. (Schwartz, L.; Fescina, R.; Duverges, C. 2005. p500)

Este periodo se inicia y se diagnostica con la presencia de 3 a 5 contracciones uterinas dolorosas regulares y las modificaciones del cuello uterino, con dilatación mayor o igual a 3 cm para primíparas y mayor o igual a 4 cm para multíparas y termina con el nacimiento del producto de la gestación, el alumbramiento de placenta y restos ovulares (MSP, 2014).

El trabajo de parto se divide en tres estadios (véase figura 1):

1 -*Período dilatante*, que inicia con las modificaciones cervicales y finaliza con la dilatación completa del cuello uterino, corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino.

2 -*Periodo expulsivo*, comienza cuando se alcanza la dilatación cervical completa y finaliza con la expulsión del feto.

3- *Alumbramiento*, corresponde al tercer periodo del parto y se define como el tiempo transcurrido entre la expulsión completa del feto y la expulsión completa de la placenta y membranas ovulares.

El período dilatante a su vez lo dividimos en dos fases: fase latente, entre el inicio de las primeras contracciones perceptibles, hasta el inicio de la fase activa. En promedio la duración de la fase latente se describió en: 6,4 horas en la nulípara y 4,8 horas en la multípara. Se estableció, además, que la duración máxima de la fase latente es de 20 horas en nulíparas y 14 horas en multíparas. (Carvajal, J.; Ralph, C., 2018).

La fase activa se inicia en presencia de un cuello 100% borrado y con 3 cm de dilatación y termina con la “dilatación completa” (10 cm). Friedman describió que la fase activa se compone de tres etapas: aceleración, máxima pendiente y desaceleración. (Carvajal et al., 2018)

La velocidad de progresión, respecto de la dilatación cervical, es dependiente de la paridad, clásicamente se ha establecido que la velocidad de progresión es en promedio: 1.2cm/h en nulíparas y 1.6 cm/h en multíparas. (Carvajal et al.,2018)

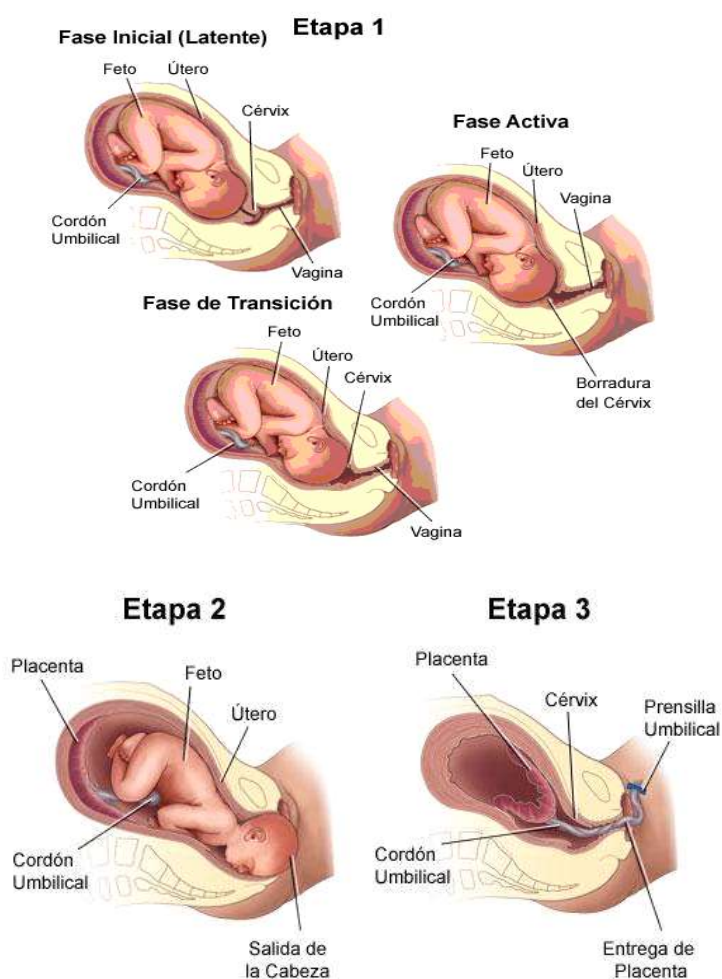


Figura 1. Carvajal, J. & Ralph, C. (2017). *Etapas del Trabajo de Parto*. Recuperado de: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=trabajodeparto-85-P04320>

Se denomina fenómenos activos del trabajo de parto a las contracciones uterinas y a los pujos. Los fenómenos pasivos son aquellos que producen efecto sobre el canal del parto y el feto.

Unos de los fenómenos activos son las contracciones uterinas, estas cumplen con ciertas características. Comenzando con el tono que se define como la presión más baja registrada entre las contracciones, la intensidad o también llamada amplitud, siendo ésta el aumento de la presión intrauterina causada por cada contracción. La frecuencia se expresa por el número de contracciones producidas en un periodo de diez minutos y por último el intervalo, es el tiempo que transcurre entre dos contracciones consecutivas.

Debemos saber que existen diferentes tipos de contracciones.

Tenemos las contracciones de Tipo A que se caracterizan por presentar baja intensidad (2-4 mmHg), se encuentran en pequeñas áreas del útero y tienen una frecuencia de una contracción por minuto. No son percibidas por la mujer grávida como tampoco a través de la palpación abdominal.

Otro tipo de contracciones son las de Tipo B o también llamadas contracciones de Braxton-Hicks, presentan una intensidad mayor (10-15 mmHg) y se propagan a un área mayor del útero. Son percibidas por palpación abdominal, en cuanto a la mujer grávida esta puede percibirlas como un endurecimiento indoloro del útero. Tienen una frecuencia muy baja, que aumenta a medida que progresa el embarazo. (Cunningham, F.; Leveno, K.; Bloom, S., 2010).

La onda contráctil uterina debe ser de tipo “peristáltico”, para lograr la expulsión del feto y la placenta desde la cavidad uterina. La onda contráctil se inicia en un marcapaso funcional, ubicado en la unión de la trompa de Falopio con el útero (generalmente al lado izquierdo). El marcapaso es funcional, no es anatómico, es decir no hay un sitio con fibras especiales (ej. nerviosas como el corazón) que sea responsable de iniciar la contracción. La onda contráctil uterina se inicia en el marcapaso funcional y se propaga siguiendo el “triple gradiente descendente”. Se entiende por triple gradiente descendente a la característica fisiológica de la onda contráctil uterina, caracterizada por: inicio en el fondo uterino, mayor intensidad y mayor duración en el fondo uterino. (Carvajal et al., 2018)

Durante el parto, periodo de actividad uterina creciente, aumenta la intensidad y frecuencia de las contracciones de Braxton-Hicks, es en este periodo que las contracciones causan la maduración progresiva del cuello uterino.

Los cambios que el cuello uterino atraviesa se clasifican en grados de madurez cervical. (Schwartz et al., 2005)

Grado I: cuello inmaduro, en situación posterior respecto al eje de la vagina, de consistencia firme, y con una longitud de 3-4 cm, sin dilatación del orificio interno.

Grado II: cuello parcialmente maduro.

Grado III: cuello maduro, bien centralizado en el eje de la vagina, reblandecido, con una longitud de 1cm o menos.

Como consecuencia de las contracciones uterinas, se producen los fenómenos pasivos durante el trabajo de parto.

- *Ampliación del segmento inferior:* la región ístmica del útero se convierte durante el embarazo en el segmento inferior. Este segmento inferior, durante el trabajo de parto, se amplía y se adelgaza. En el segmento inferior se efectúa la histerotomía para la operación cesárea.
- *Borramiento y dilatación del cuello uterino:* el borramiento es el acortamiento del cuello uterino. El borramiento y la dilatación se producen de modo pasivo a medida que el feto es propulsado a través del cuello. Un paso previo a la dilatación y borramiento es la “maduración” del cuello uterino, la cual es mediada por hormonas como se verá más adelante.
- *Expulsión del tapón mucoso:* se trata de una mucosidad que sella el cuello uterino. Cuando el cuello se modifica, este tapón mucoso puede expulsarse al exterior y ser visible como una mucosidad en los genitales.

- *Formación de la bolsa de las aguas:* producto de las contracciones uterinas, las membranas fetales y el líquido amniótico que contienen, son propulsados en forma de cuña hacia el cuello, esto es la “formación de la bolsa de las aguas”.
- *Encajamiento, descenso y expulsión del feto.*
- *Alumbramiento* (salida de la placenta)

El cuello es la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina y es un componente anatómico exclusivo del aparato reproductor gestante.

El cuello debe modificarse durante el embarazo y parto, para permitir la salida del feto. El proceso se inicia por modificaciones bioquímicas del cuello y continúa con modificaciones mecánicas pasivas.

Modificaciones bioquímicas del cuello: bajo la acción de diferentes hormonas, el cuello uterino sufre modificaciones en sus características biológicas, a lo largo del embarazo.

- *Quiescencia miometrial:* cuello duro, bajo la acción preferente de la progesterona.

- *Activación miometrial*: cuello blando, es lo que se conoce como: “maduración cervical”.

- *Estimulación miometrial*: durante la estimulación miometrial (trabajo de parto clínico), se produce el fenómeno mecánico pasivo de borramiento y dilatación cervical.

Se estima que la maduración cervical bioquímica es mediada por prostaglandinas, estrógenos, disminución de la progesterona, óxido nítrico, relaxina.

Modificaciones mecánicas (pasivas) del cuello uterino: ocurren a medida que el polo fetal es propulsado hacia el cuello, por las contracciones uterinas. En esencia el cuello se acorta (borramiento) y se dilata.

Los procesos de borramiento y dilatación ocurren de modo diferente en la mujer que nunca ha tenido un parto vaginal (nulípara), comparado con aquella que ha tenido uno (primípara) o más partos vaginales (multípara). En la nulípara, el borramiento del cuello ocurre primero, de modo que la dilatación se inicia cuando el cuello uterino está 100% borrado. En la múltipara, borramiento y dilatación ocurren de modo simultáneo, lo usual es detectar 100% de borramiento, cuando la dilatación ya se encuentra en 4 cm. (Cunningham et al., 2010).

No existe un tiempo determinado entre el final preparto y el inicio del trabajo de parto, pero sí podemos saber cuándo estamos frente a este último periodo, como ya lo mencionamos anteriormente.

Todos estos fenómenos suelen ocurrir fisiológicamente, pero existen casos en que estos deben de ser inducidos ya sea porque no se han desencadenado espontáneamente o porque existe la necesidad de provocarlos ya sea por complicaciones maternas o fetales.

Esta intervención llamada inducción se conoce como la provocación artificial del parto, este puede ser mediante procedimientos farmacológicos como la administración de oxitocina, prostaglandinas o mediante procedimientos mecánicos como amniotomía y la utilización de una sonda intracervical.

Inducción del Trabajo de Parto

El objetivo de la inducción del trabajo de parto es lograr el comienzo y la progresión del trabajo de parto hasta producir el nacimiento mediante la obtención de una dinámica uterina regular de 3 a 5 contracciones uterinas dolorosas en 10 minutos, con una duración de entre 40 y 60 segundos y con intensidad adecuada (50 mmHg). (Schwartz et al., 2005)

Este procedimiento se indica cuando los beneficios de finalizar la gestación para la madre y feto sobrepasan los riesgos potenciales de continuarla.

Para indicar la inducción del trabajo de parto y parto se debe de tener en cuenta el proceso fisiológico del parto. Los diferentes procedimientos dependen de la situación individual de cada paciente y de la situación obstétrica en la que se encuentre, para lo cual han de realizarse diferentes valoraciones que detallaremos a continuación:

A- El examen genital digital.

Es importante para precisar las características del cuello uterino, de las membranas ovulares, de la pelvis materna y de la presentación fetal. (Véase figura 2)

- *Posición del cuello:* antes del inicio del trabajo de parto, normalmente el cuello uterino se encuentra posterior. Durante el trabajo de parto se inclina hacia adelante, hasta hacerse centro vaginal.

- *Grado de Borramiento Cervical:* corresponde a la longitud cervical. Se considera completamente borrado, cuando no se puede diferenciar ni orificio interno ni externo.
- *Consistencia del cuello uterino:* expresa la firmeza del cuello uterino, la cual se categoriza como firme o reblandecido.
- *Dilatación cervical:* Se mide en centímetros, introduciendo y separando los dedos índice y medio en la parte interna del cuello. La máxima dilatación ocurre cuando la separación de los dedos es de 10 cm, lo que llamamos “Dilatación completa”.
- *Membranas Ovulares:* Al momento de efectuar el tacto vaginal durante el trabajo de parto, se describe si las membranas se encuentran rotas o íntegras.

B- Valoración de la capacidad pélvica – Pelvimetría

Para poder realizar una adecuada valoración de la capacidad pélvica debemos tener en cuenta cuales son los diámetros presentes y sus medidas de referencias.

- *Anteroposterior, de Baudeloque o conjugado externo:* desde la apófisis espinosa de la quinta lumbar hasta el vértice de la sínfisis del pubis. Suele medir 20 cm.

- *Biespinoso anterior*: desde una espina ilíaca anterosuperior a la otra. Es muy variable (entre 23 y 24 cm).
- *Biespinoso posterior*: se topografía entre las dos espinas ilíacas posteriores y superiores. La media es entre 8 y 10 cm.
- *Bicrestal*: entre las partes más alejadas de las crestas ilíacas. Mide 28 cm aunque es muy variable.
- *Bitrocantéreo*: distancia entre los dos trocánteres femorales. Mide 32 cm. Para medirlo es preciso que la mujer junte los muslos y los talones.
- *Biisquiático*: se recomienda realizarlo según el método de Varnier que utiliza una cinta métrica deprimiendo con los pulgares el tejido que cubre las espinas isquiáticas. Mide 11 cm.
- *Anteroposterior*: Se encuentra entre el pubis y el cóccix. Mide 11 cm.

La pelvimetría es el conjunto de técnicas empleadas para conocer los diámetros de la pelvis materna. Como método para definir la proporcionalidad céfalo-pelviana, pudiendo hacerse por pelvimetría externa, valoración del Rombo de Michaelis, o por pelvigrafía interna, la más usada y confiable.

- *Pelvimetría externa*: para realizarla se utiliza el pelvómetro de Budin o el de Baudeloque, esto nos permite medir los diferentes diámetros de la pelvis.
- *Valoración del Rombo de Michaelis*. puede aportar más información. Este se dibuja en la espalda, un rombo cuyos vértices serían la apófisis espinosa de la L-5, las dos espinas ilíacas superoposteriores y la bifurcación superior del pliegue interglúteo. En el cual se logran distinguir dos mitades superiores e inferiores; derechas e izquierdas, de tal manera que si la altura del

triángulo superior es corta se puede suponer una pelvis plana y si hay asimetría entre los ángulos laterales se habla de pelvis oblicua.

- Pelvimetría interna: se realiza mediante el tacto vaginal el cual además de estudiar la proporcionalidad entre la pelvis materna y la presentación fetal se pueden obtener los siguientes diámetros:

- Diámetro conjugado diagonal: se debe localizar el promontorio con la punta de los dedos 2º y 3º y estando éstos extendidos se marca en ellos con la otra mano el borde inferior de la sínfisis del pubis. Midiendo posteriormente esta distancia obtenemos el conjugado diagonal al cual restándole 1,5 cm estimaremos el conjugado obstétrico.

- Se valora morfología del sacro y el promontorio.

- Características anatómicas de las espinas ciáticas, las cuales son prominentes en la pelvis androide y antropeide mientras que son poco marcadas en la pelvis ginecoide y platipeloide.

- Valorando la profundidad y altura de la pelvis.

- El ángulo púbico.

- Las paredes laterales, valorando su inclinación (paralela, convergente y divergente).

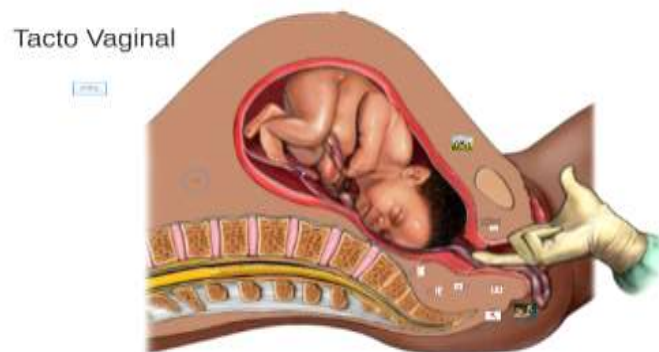


Figura 2. Carvajal, J.; Ralph, C. (2017). Tacto vaginal. Recuperado de: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=trabajodeparto-85-P04320>

C. Evaluación del polo fetal.

Esta evaluación será posible únicamente a través del tacto vaginal, permitiendo valorar:

- *Grado de descenso:* El grado de descenso de la presentación fetal se estima a través de la relación entre el punto más prominente de la presentación (habitualmente el occipucio) y un punto de reparo en la pelvis: los planos de Hodge y/o las espinas ciáticas.
- *Planos de Hodge:* son cuatro planos paralelos de la pelvis menor. (Véase figura 3)
 - Primer Plano: corresponde al estrecho superior de la pelvis, que va delimitado desde el promontorio al borde superior del pubis.
 - Segundo Plano: paralelo al anterior, que se limita desde el borde inferior del pubis a la segunda vértebra sacra.

-Tercer Plano: se encuentra a nivel de las espinas ciáticas.

-Cuarto Plano: se encuentra a nivel del vértice del coxis.

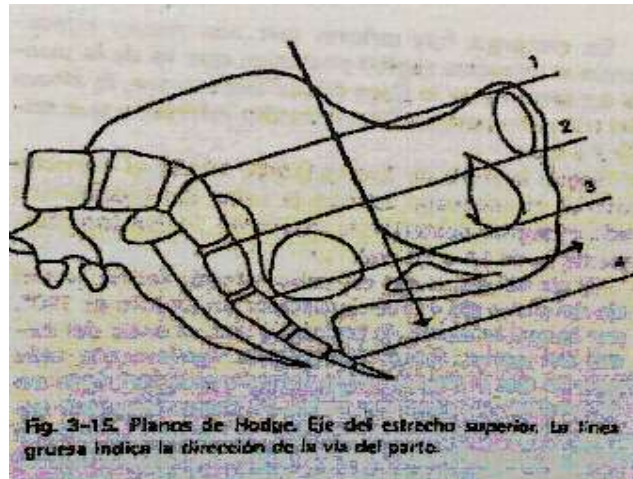


Figura 3. Schwartz, L.; Fescina, R.; Duverges, C. (2005). Planos de Hodge.

- *Variación de Posición Fetal:* consiste en determinar la relación del punto de reparo de la presentación (occipucio) con respecto a la pelvis materna. (Véase figura 4)
- *Grado de flexión de la cabeza fetal:* los reparos anatómicos de la cabeza fetal se podrán palpar dependiendo del grado de flexión de la cabeza fetal. Si la cabeza está bien flexionada, el occipucio se palpa casi en el centro y el bregma es difícil de palpar.

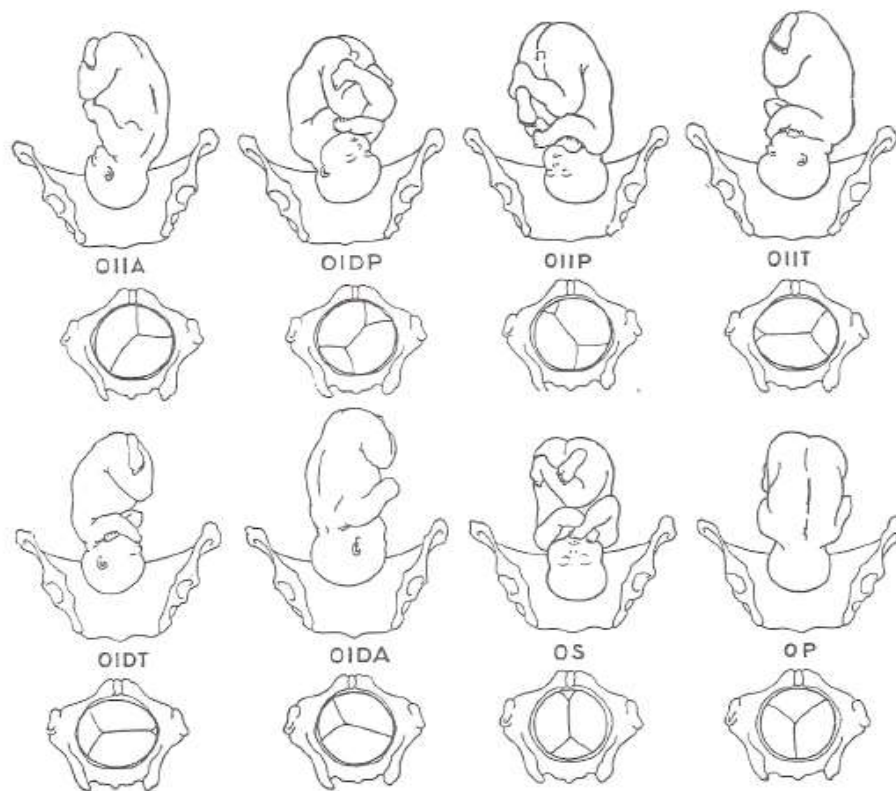


Fig. 3-6. Variedades de posición en la presentación de vértice.

Figura 4. Schwartz, L.; Fescina, R. & Duverges, C. (2005). *Variedades de posición en la presentación de vértice.*

C- Valoración clínica del cuello uterino - Índice de Bishop

La valoración del estado del cuello uterino, es de suma importancia para relevar la situación clínica obstétrica y el estado de madurez del cuello uterino. Para clasificarlo como cuello “maduro” o “inmaduro” y se puede ponderar mediante el índice de Bishop el grado de madurez cervical. Mediante examen vaginal se valora dilatación del cuello, borramiento del cuello, consistencia del cuello, posición del cuello y altura de la presentación, se le da una determinada puntuación a cada ítem, posteriormente se hace una sumatoria de los mismos, determinando un resultado menor a 6, para un cuello inmaduro o desfavorable y mayor a 6 cuello uterino maduro o favorable. (Véase figura 5)

Como ya se mencionó, cuando el valor del índice de Bishop es menor o igual a 6, estamos frente a un cuello inmaduro o desfavorable, en cuyo caso el objetivo es lograr que el cuello uterino presente las modificaciones típicas del trabajo de parto (ablandamiento, borramiento y dilatación inicial del cuello uterino).

Para hacerlo, el procedimiento que se requiere es la “inducción de la maduración cervical” mediante métodos mecánicos (sonda Foley) y/o farmacológicos (uso de Prostaglandinas).

Con el cuello uterino favorable (Índice Bishop mayor 6) el objetivo es que la paciente comience la fase activa del trabajo de parto desarrollando el período dilatante de la manera más fisiológica posible. Para ello, está indicada la “Inducción del Trabajo de Parto”. El método más adecuado es mediante el uso de oxitocina por infusión intravenosa.

Puntaje	Dilatación (cm)	Posición del Cuello	Borramiento (%)	Descenso de Presentación (Plano Hodge)	Consistencia
0	Cerrado	Posterior	0-30	I	Firme
1	1-2	Centro-Vaginal	40-50	II	Reblandecido
2	3-4	Anterior	60-70	III	Muy reblandecido
3	5-6	Anterior	80	IV	Muy reblandecido

Figura 5. Álvarez et al., (2018). Índice de Bishop.

Tipos de Inducción

Existen 2 procedimientos completamente diferentes para la inducción del parto:

I- Inducción de la Maduración cervical: se define como el procedimiento farmacológico o mecánico cuyo objetivo es facilitar el proceso de ablandamiento, borrado y dilatación del cuello uterino.

II- Inducción del trabajo de parto: procedimiento farmacológico destinado a generar y mantener las contracciones uterinas necesarias para lograr un parto por vía vaginal. Se aplica antes de iniciado el trabajo de parto.

Indicaciones:

La indicación de inducción de parto se justifica cuando los beneficios de finalizar la gestación son más favorables que el riesgo de continuarla. Fuera de la inducción electiva se considerarán las siguientes situaciones:

- Complicaciones maternas, obstétricas o fetales que contraindiquen la continuidad de la gestación.
- Razones sociales. En casos de partos eminentes sin asistencia cercana, por lugar geográfico.
- Necesidad de tratamiento de patologías maternas (no compatible con la gestación y tratamiento radiológico o quimioterápico).
- Incompatibilidad fetal con la vida (consideración ética)
- Embarazo en vías de prolongación (a partir de las 41 semanas cumplidas).

El criterio de clínico que se tendrá en cuenta a la hora de aplicar una inducción del trabajo de parto adecuada a cada usuaria y cada situación obstétrica, será basado en el puntaje Bishop mencionado anteriormente. (Véase figura 5)

Contraindicaciones:

Considerando contraindicaciones, aquellos elementos o aspectos que no generen beneficio en relación a la gestación, o bien generen aumento de resultado adverso.

Maternas:

- Antecedentes de rotura uterina o miomectomía con entrada a la cavidad uterina.
- Malformaciones uterinas.
- Herpes genital activo, condilomatosis.
- Cáncer invasor de cuello uterino.

Fetales:

- Presentaciones y situaciones fetales distócicas - desproporción feto pélvica.
- Sospecha de pérdida de bienestar fetal.
- Restricción del crecimiento intrauterino en estadíos II, III o IV.

Ovulares:

- Dos o más cesáreas previas o cesárea anterior no segmentaria.
- Embarazo múltiple.
- Situaciones obstétricas que por sí mismas contraindiquen un parto vaginal (placentas previas oclusivas, vasa previa).

- No es contraindicación, pero si debemos tener mayor precaución en polihidramnios, gran multiparidad y sospecha de macrosomía.

Complicaciones:

Una inducción del trabajo de parto conlleva al riesgo de un aumento de las complicaciones durante el mismo si se compara con el trabajo de parto espontáneo.

La inducción presenta mayor riesgo de presentar hiperdinamias e hipertonía, así como alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, expulsión y aspiración de meconio, rotura de membranas, prolapso de cordón, rotura uterina y atonía uterina post parto.

Antes de comenzar una inducción, siempre se debe valorar:

- Necesidad manifiesta de realizarla (evitar iatrogenia).
- Edad gestacional (revisión de la misma, de estar ante un nacimiento pretérmino tomar medidas de prevención de complicaciones por la prematurez).
- Valorar el tipo de inducción indicada para la usuaria / edad gestacional / situación obstétrica.
- Voluntad de la usuaria, es responsabilidad del profesional que indicará la inducción comunicarle de manera clara y completa el propósito de aplicar la misma, riesgos y beneficios, diferentes métodos disponibles y los criterios clínicos en función de su situación. Luego de eso procurar obtener su consentimiento, respetando la decisión que tome al respecto. Se debe considerar también alternativas a ofrecerles a las usuarias que no accedan a la inducción.

Inducciones no farmacológicas

A- Maniobra de Hamilton o decolamiento de membranas ovulares:

Se escogerá como primera medida en embarazos en vías de prolongación.

El objetivo de la misma es madurar el cérvix mediante la liberación local de prostaglandinas provenientes de las membranas corioamnióticas y el cuello uterino. Dichas prostaglandinas aumentan la síntesis de receptores para la oxitocina a nivel uterino y también la secreción de ésta.

Técnica:

- Disponer del consentimiento de la usuaria

- Revisar posibles contraindicaciones antes de realizarla (a corroborar edad gestacional, presentación, integridad de las membranas, frecuencia cardíaca fetal basal en rango normal)

- Corroborar también las modificaciones cervicales necesarias para realizarla (mínima dilatación cervical).

- Separar las membranas ovulares del segmento uterino inferior, mediante el tacto vaginal, sobrepasar el orificio cervical interno (OCI) identificando el punto donde se une a las membranas ovulares, realizar con uno o dos dedos un giro de 360°, logrando despegar las mismas.

- Corrobra latidos fetales, colocar apósito, y registrar en la historia clínica el procedimiento, una vez finalizada la técnica

Contraindicaciones específicas:

- No consentimiento materno para el procedimiento
- Placentas previas no oclusivas, presencia de estreptococo del grupo B.

Complicaciones de este tipo de Inducción:

- Maternas: Malestar materno, hemorragia cervical.
- Fetales: Alteraciones de la frecuencia cardíaca, pérdida de bienestar fetal.
- Ovulares: Rotura prematura de membranas, infección ovular.

B- Inducción con Sonda Foley:

Con este método se pretende facilitar la maduración cervical generando o modificaciones progresivas de reblandecimiento, centralización, acortamiento y dilatación del cuello uterino cuando es desfavorable para la inducción farmacológica.

El mecanismo de acción de este método de inducción mecánica, es una estimulación local para lograr la liberación de prostaglandinas, lo cual favorece la maduración cervical, El criterio clínico para su colocación en situaciones obstétricas con un índice de Bishop igual o menor a 6.

Técnica:

- Disponer del consentimiento de la usuaria
- Valorar posibles contraindicaciones antes de realizarla (corroborar edad gestacional, presentación, integridad de las membranas, tener un registro reactivo de la frecuencia cardíaca fetal)
- Corroborar también las modificaciones cervicales necesarias para realizarla (mínima dilatación cervical).
- Corroborar mediante el tacto vaginal la integridad de las membranas, localizar el cuello uterino a través de especuloscopia, se procederá a higienizar el cérvix con la ayuda de un hisopo que contenga solución antiséptica.
- Colocar una sonda Foley N° 16 por el orificio cervical hasta llegar a la cavidad uterina donde el extremo de la sonda quedara en el espacio extra amniótico. (Véase figura 6)
- Insuflar el balón con la solución salina con un máximo de 60cc. Traccionar suavemente el catéter hasta que hace tope.
- Realizar un registro de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) por 20 minutos para descartar alteraciones que pueden indicar una compresión del cordón umbilical en los casos de pro cubito de cordón y se finalizara registrando en la historia clínica el procedimiento.
- Permanencia del dispositivo, mínimo 12 horas, si no se expulsa antes espontáneamente.

Luego de las 12 horas se evalúa el puntaje de Bishop: con un puntaje de más de 6, si comenzó el trabajo de parto se deja evolucionar espontáneamente. Si no inició el trabajo de parto, se colocará inducción con oxitocina. (Álvarez et al., 2018)

En el caso de que comience el trabajo de parto, o se expulse espontáneamente la sonda, o se produzca la ruptura de las membranas o que exista sospecha de hipoxia fetal, se retirara la Sonda Foley antes de las 12 horas. (Álvarez et al., 2018)

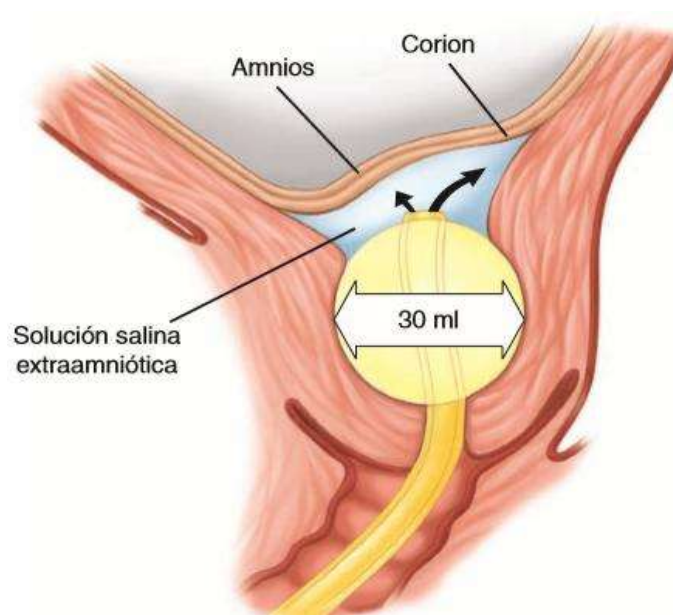


Figura 6. Carvajal, J. & Ralph, C., (2017). Colocación de sonda Foley. Recuperado de: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=trabajodeparto-85-P04320>

Contraindicaciones específicas:

- No consentimiento materno para el procedimiento
- Placentas previas no oclusivas, membranas rotas, infección genital activa.

Complicaciones de éste tipo de inducción:

-Fetales: Alteraciones de la frecuencia cardíaca, pérdida de bienestar fetal.

-Ovulares: Rotura prematura de membranas, infección ovular.

C- Amniorrexis o amniotomía:

Técnica que favorece la síntesis endógena de prostaglandinas y mediante el reflejo de Ferguson la secreción y concentración de oxitocina para lograr la dinámica uterina capaz de desencadenar o hacer progresar el trabajo de parto, más allá de la paridad de la usuaria. En ciertos casos, el realizarla disminuye la necesidad de utilización o aumento de oxitocina, y acorta el tiempo de duración del trabajo de parto.

Técnica:

- Disponer del consentimiento de la usuaria
- Valorar posibles contraindicaciones antes de realizarla (corroborar edad gestacional, presentación, dilatación cervical. En caso de estreptococo del grupo B (EGB) positivo instalar protocolo profiláctico previo al procedimiento.)
- Paciente en posición ginecológica cuidando su privacidad,
- Colocar chatas debajo pelvis materna

- Realizar higiene genital por arrastre, con agua jabonosa o solución antiséptica.
- Realizar tacto vaginal identificando la dilatación cervical, y la zona de la membrana donde se realizará la rotura artificial.
- Introducir una rama plástica estéril con la punta en forma de pico de loro hasta la zona de rotura, rasgar las membranas acompañando el apoyo de la presentación y la salida del líquido amniótico con la mano que se estaba realizando el tacto.
- Valorar la calidad del líquido amniótico (cantidad, consistencia, color, olor).
- Corroborar frecuencia cardíaca fetal, identificar altura de la presentación post rotura y descartar procidencias. Dejar apósito estéril en vulva.
- Realizar registro de la frecuencia cardíaca fetal de por lo menos 30 minutos, luego realizar el registro siempre que se considere necesario, y valorar la FCF cada 20 minutos. Al comenzar la dinámica uterina tipo trabajo de parto, se recomienda que la monitorización sea continua (Hernández, S., Peguero, A., Meler, E., 2018).
- Registrar en la historia clínica el procedimiento realizado adjuntando registro de la FCF.
- Valorar cada 20 minutos la dinámica uterina, tolerancia materna, frecuencia cardíaca fetal y aspecto del líquido amniótico en apósito.
- Registrar en la historia clínica las evoluciones.

Los tactos vaginales deben restringirse, se realizarán en caso de sospecha de pérdida de bienestar fetal, cambio de las características del líquido amniótico,

deseos de pujo de la usuaria, o a solicitud de la misma, y para valorar el progreso del trabajo de parto en los tiempos que nos indica el partograma. Si a las 6hs de realizada la amniorexis no se produce el nacimiento, indicar profilaxis antibiótica para infección ovular tal cual lo definen los protocolos de actuación para rotura prematura de membranas (RPM).

Contraindicaciones específicas:

- No consentimiento materno para el procedimiento
- Presentación encima del estrecho superior de la pelvis, inducciones antes de las 32 semanas de gestación.
- No contraindican el procedimiento, pero se debe tener mayor precaución y asegurarse de una correcta profilaxis previa en casos de Estreptococco del gripo B presente y en casos de usuarias seropositivas.

Complicaciones de éste tipo de inducción:

- Maternas: Aumento del intervencionismo.
- Fetales: Alteraciones de la frecuencia cardíaca, pérdida de bienestar fetal.
- Ovulares: Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI), procedencia de cordón o miembros, hemorragia por rotura de vasa previa, infección ovular.

II - Inducciones Farmacológicas

A- Maduración cervical con Prostaglandinas (PG):

Tipo de inducción farmacológica cuyo objetivo es lograr la maduración cervical por medio de la liberación local de sustancias derivadas del ácido araquidónico (prostaglandinas).

Existen dos tipos de prostaglandinas:

- Prostaglandina E1: Misoprostol – Cytotec®
- Prostaglandina E2: Dinoprostona - Propess®

Ambos actúan produciendo cambios en el tejido conectivo tal como se produce fisiológicamente al comienzo del trabajo de parto de un embarazo a término. Logran que aumente el contenido hídrico de la submucosa cervical gracias al aumento en la cantidad de ácido hialurónico, producto de la mayor actividad de las colagenasas que se producen para disolver y reordenar las fibras de colágeno del cérvix. Pueden por si mismas desencadenar el trabajo de parto, o simplemente lograr la maduración cervical suficiente como para continuar con inducción con oxitocina.

Maduración cervical con prostaglandinas E1 (Misoprotol)

(Nota: Las prostaglandinas tipo E1 (Misoprostol) no deben usarse para inducir el parto o la maduración cervical en el tercer trimestre después de una cesárea previa.

Técnica:

- Disponer del consentimiento de la usuaria
- Valorar posibles contraindicaciones (corroborar edad gestacional, presentación fetal, índice de Bishop, cicatrices uterinas, salud fetal).
- Colocar 25mcg de prostaglandinas en fondo de saco de Douglas. Indicar reposo para mejor acción local del fármaco.
- Realizar registro de la frecuencia cardíaca fetal de por lo menos una hora, luego realizar el procedimiento siempre que se considere necesario.
- Registro en la historia clínica el procedimiento adjuntando registro de la FCF.
- Valorar la tolerancia materna, dinámica uterina, FCF y aspecto del líquido amniótico (si corresponde) cada 20 minutos.
- Registrar cada evolución en la historia clínica.
- Al comenzar la dinámica uterina tipo trabajo de parto, se recomienda que la monitorización sea continua.
- Reiterar la misma dosis en intervalos de 4 horas, con un máximo de 4 dosis, de no lograr un patrón contráctil tipo trabajo de parto, o modificaciones cervicales, En casos de membranas rotas la opción será administrar prostaglandinas v/o a una dosis de 50mcg en intervalos de 4 horas con un máximo de 4 dosis. La eficacia por ambas vías es similar, la v/o tiene menores tasas de Hiperestimulación uterina. (Hernández et al., 2018)
- Luego de administrada la dosis máxima se valorarán los diferentes escenarios para definir la conducta a seguir, siendo los mismos:

- Inicio de trabajo de parto: Continuar controlando el mismo, valorando la necesidad de una conducción.
- Bishop mayor a 6: Administración de oxitocina. Comenzando la misma por lo menos luego de 4hs de administrada la última dosis de Misoprostol.
- Bishop menor a 6: maduración cervical fallida. Debe valorarse junto a la usuaria y según su situación obstétrica la administración de oxitocina, amniorrexis o la realización de cesárea.
- Ante la sospecha de pérdida de bienestar fetal se procederá a realizar una operación cesárea.

Cómo actuar ante complicaciones:

- Polisistolia o hipertensión: colocar a la usuaria en decúbito lateral izquierdo. En caso de sospecha de pérdida de bienestar fetal administrar tocolíticos y de ser necesario realizar reanimación intra útero según guías.
- Se puede realizar lavado vaginal en caso de reciente administración de Misoprostol.

Maduración cervical con prostaglandinas E2 (Dinoprostona):

Técnica:

- Disponer del consentimiento de la usuaria

- Valorara posibles contraindicaciones (corroborar edad gestacional, presentación, índice de Bishop, salud fetal y presencia de cicatrices uterinas).
- Colocar el dispositivo en fondo de saco de Douglas, mediante tacto vaginal.
- Realizar registro de la frecuencia cardíaca fetal de por lo menos una hora, posteriormente siempre que se considere necesario.
- Registrar en la historia clínica el procedimiento adjuntando registro de la FCF.
- Valorar la tolerancia materna, dinámica uterina, FCF y aspecto del líquido amniótico (si corresponde) cada 20 minutos.
- Una vez instalada dinámica uterina tipo trabajo de parto, se recomienda que la monitorización sea continua.
- La permanencia del dispositivo será de 12 a 24 horas, pudiendo retirarse fácilmente ante cualquier complicación.

Luego de administrada la dosis máxima se valorarán los diferentes escenarios para definir la conducta a seguir. (Hernández et al., 2018), siendo estos:

- *Inicio de trabajo de parto*: Continuar controlando el mismo, valorando la necesidad de una conducción.
- *Bishop mayor a 6*: Administración de oxitocina. Comenzando la misma por lo menos luego de 4hs de administrada la última dosis de Misoprostol.

- *Bishop menor a 6*: maduración cervical fallida. Debe valorarse junto a la usuaria y según su situación obstétrica la administración de oxitocina, amniorrexis o la realización de cesárea.
- Ante la *sospecha de pérdida de bienestar fetal* se procederá a la realización de una operación cesárea.
- De requerir continuar la inducción farmacológica con oxitocina, debe comenzarse la misma por lo menos luego de 30 minutos de retirada la Dinoprostona.

Cómo actuar ante complicaciones:

- Retirar el dispositivo inmediatamente.

Contraindicaciones específicas:

No administrar prostaglandinas si:

- Nos encontramos ante un trabajo de parto instaurado.
- Administración simultánea de oxitocina.
- Contraindicación parto vaginal.
- Multíparas con más de 6 partos previos.
- Antecedentes de hipersensibilidad a las prostaglandinas.
- Cardiopatía materna.
- Glaucoma o presión intraocular.
- Preeclampsia con elementos de severidad o eclampsia.
- Edad gestacional menor a 34 semanas.

Considerar no administrar en los siguientes casos:

- Hemorragia uterina de causa desconocida.
- Glaucoma.
- Asma.
- Patologías pulmonares, renales o hepáticas.
- Epilepsia
- Sospecha de macrosomía o polihidramnios.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Anhidramnios.

Complicaciones de este tipo de inducción:

- Maternas: Hipotensión, taquicardia, náuseas, vómitos, diarrea.
- Fetales: Alteraciones de la frecuencia cardíaca, pérdida de bienestar fetal.
- Ovulares: Hipertonía uterina, hiperdinamia uterina, rotura uterina.

B- Inducción con oxitocina exógena:

Tipo de inducción farmacológica cuyo objetivo es lograr contracciones uterinas tipo trabajo de parto para lograr de esa manera la evolución del mismo a un parto vaginal.

Puede realizarse luego de una maduración cervical mecánica o farmacológica, o de manera inicial si el Bishop es mayor a 6. La oxitocina administrada de manera exógena produce el mismo mecanismo de acción de la hormona

endógena. La respuesta de las fibras uterinas a la oxitocina depende de la sensibilidad miometrial a la misma, pero generalmente se logra a los 3 - 5 minutos de administrada, con una máxima concentración plasmática a los 20 – 30 minutos. Su vida media es de 5 a 12 minutos, por lo que al suspender la administración su concentración plasmática disminuye rápidamente. (Hernández et al., 2018)

Técnica:

- Disponer del consentimiento de la usuaria
- Valorara contraindicaciones (corroborar edad gestacional, presentación, índice de Bishop ,presencia de cicatrices uterinas y tipo)
- Comenzar con infusión endovenosa de 5UI de oxitocina diluidas en 500cc de suero fisiológico a pasar i/v por bomba de infusión continua (BIC) comenzando a un goteo de 12ml/hrs. (MSP, 2014)
- Aumentar cada 20 minutos de a 12ml/hrs o duplicar la misma hasta obtener un patrón contráctil tipo trabajo de parto, o hasta lograr una dosis máxima de 240ml/hrs. (MSP, 2014)
- En los casos de cesárea anterior la dosis máxima no debe de sobrepasar los 96 ml/h. (Álvarez et al., 2018)
- Registrar la frecuencia cardíaca fetal luego de comenzada la inducción, se recomienda un registro continuo.
- Valorar dinámica uterina, tolerancia materna, tolerancia fetal, aspecto del líquido amniótico (si corresponde) cada 20 minutos, considerando en dicho momento mantener, aumentar o suspender la inducción.

Lograda la dosis máxima se valorará la situación obstétrica para determinar la conducta a seguir, teniendo presentes los diferentes escenarios clínicos:

- *Trabajo de parto instaurado*: Se continuará con las valoraciones en las mismas condiciones de inducción hasta el parto. Considerando suspender la misma y la realización de cesárea ante complicaciones o falta de progreso del trabajo de parto.
- No se logra una dinámica uterina tipo trabajo de parto, aun no nos encontramos frente al mismo y membranas ovulares íntegras: Luego de un día de inducción (12 – 14hs) podemos considerar suspender la misma para que la usuaria descansa durante la noche y la iniciaremos nuevamente al otro día. Esta medida puede tomarse hasta por tres días, en dicho momento de seguir en la misma situación obstétrica se realizará cesárea debido a falla de inducción.
- No se logra una dinámica uterina tipo trabajo de parto pero nos encontramos frente a la etapa activa del mismo: mantendremos la inducción, considerando otras medidas estimulantes de la contractilidad uterina para lograr una mejor dinámica (amniorrexis, cambio de posición materna). Considerando suspender la inducción y la realización de cesárea ante complicaciones materno fetales o falta de progreso del trabajo de parto.

Se considera falla de inducción cuando no se consigue la evolución a la fase activa del trabajo de parto luego de 24 horas de inducción con oxitocina, con membranas rotas (si es posible) y con dinámica adecuada.

Una vez realizado este diagnóstico se puede ofrecer a la mujer continuar con la inducción durante 6 horas más en caso de ser clínicamente posible o bien interrumpir la inducción y realizar una cesárea de urgencia. (Álvarez et al., 2018)

Las complicaciones de este tipo de inducción pueden ser:

- Maternas: Crisis emocionales dado que las contracciones uterinas suelen percibirse como más dolorosas además de requerir la monitorización del trabajo de parto, por lo que el monitor y la bomba de infusión dificultan la libertad de movimiento de la usuaria y la utilización de medidas no farmacológicas de alivio del dolor, hipotensión, intoxicación hídrica, la cual conduce a hiponatremias, atonía uterina y hemorragia post parto.
- Fetales: Alteraciones de la frecuencia cardíaca. Pérdida de bienestar fetal, infección neonatal (la oxitocina tiene como excipiente el etanol, el cual en grandes concentraciones y administrado por tiempo prolongado disminuye el filtrado a nivel hepático favoreciendo el pasaje de toxinas de sangre materna al feto).
- Ovulares: Hiperdinamia uterina.

Cómo actuar ante complicaciones por Polisistolia o hipertonía

- Suspender la administración de oxitocina, valorar FCF y sospecha de pérdida de bienestar fetal, de ser necesario realizar amniorrexis para la valoración del líquido amniótico.
- Colocar a la usuaria en decúbito lateral izquierdo.
- En caso de sospecha de pérdida de bienestar fetal administrar tocolíticos y de ser necesario realizar reanimación intra útero.

- Se puede administrar suero fisiológico o Ringer lactato para lograr expansión del volumen plasmático, reduciendo así la concentración de oxitocina en sangre.

Consideraciones durante la inducción del trabajo de parto:

1- Ingesta de líquidos y sólidos:

El potencial beneficio de evitar la ingesta durante la inducción del trabajo de parto radica en disminuir el riesgo de aspiración de contenido orogástrico en caso de ser necesaria la realización de una cirugía de urgencia/ emergencia.

Durante la inducción del trabajo de parto se debe permitir la ingesta de líquidos claros (no lácteos ni bebidas carbonatadas) y se desaconseja la ingesta de sólidos. En pacientes con mayor riesgo de aspiración (obesas mórbidas, diabetes mellitus y vía aérea dificultosa) o en pacientes con mayor riesgo de parto operatorio (cesárea o instrumental) pueden considerarse mayores restricciones a la ingesta. (Álvarez et al., 2018)

2- *Vigilancia del bienestar fetal:*

La mayor actividad uterina que suele presentarse en los partos inducidos, fundamentalmente cuando se asocia con alguna condición patológica del feto que aumenta su vulnerabilidad, puede involucrar una pérdida del bienestar fetal con mayor probabilidad que en un trabajo de parto espontáneo. Por tal motivo, la monitorización continua electrónica de la frecuencia cardíaca fetal intraparto está indicada formalmente en todas las inducciones del trabajo de parto con inducción. En el resto de las inducciones donde no está asociada una patología fetal la monitorización fetal será intermitentemente. (Carvajal, J. 2017)

Algoritmo del manejo de la inducción del parto



(Álvarez, C., 2018. *Protocolo: Atención integral, humanizada e institucional, de la mujer en Trabajo de Parto y Parto y del Recién Nacido. Algoritmo del manejo de la Inducción del parto.*)

Inducción del trabajo de parto en mujeres con el antecedente de cesárea previa.

La inducción al trabajo de parto en una embarazada con cesárea previa debe tener una indicación precisa, clara y haber sido consensuada (consentimiento y aceptación) con la paciente, ya que implica una serie de riesgos en general.

La principal complicación en estas pacientes, es la rotura uterina, siendo un porcentaje del 0.3 al 1%, que si bien es bajo, en los casos que si ocurra es muy grave para el feto y la madre. En cuanto a esto, existen factores que asociados como lo son: antecedente de 3 o más cesáreas previas, rotura uterina previa, incisión uterina previa no segmentaria. (Álvarez et al., 2018)

Sin embargo, la repetición de una nueva cesárea también implica riesgos, en el presente embarazo y en los futuros también.

Es por esto que las complicaciones son menores cuando se indica inducción del trabajo de parto en mujeres que cuentan con el antecedente de cesárea previa, que la repetición automática de cesárea. (Álvarez et al., 2018)

Desde la recomendación en 1981 del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) de permitir la prueba de parto vaginal en gestantes que cuentan con el antecedente de cesárea anterior, se han publicado numerosos trabajos que indican que del 60 al 80% de todas ellas tienen una tasa de éxito de parto vaginal. (Rodríguez, G.; León, I.; Fernández, A. & Atienza, A., 2011)

Las principales características para definir como candidatas a la inducción en estas pacientes son las siguientes: cesárea segmentaria transversa previa, presentación cefálica flexionada, peso fetal estimado menor a 4000 grs, sin antecedentes que contraindiquen el parto vaginal, y por último tener en cuenta la decisión de la paciente siendo expresado en el proceso de consentimiento informado para inducción del parto con una cesárea previa.

Este procedimiento es imprescindible para explicarle a la paciente y a su acompañante las complicaciones asociadas al parto vaginal, y así mismo a la posibilidad ante cualquier eventualidad una nueva cesárea.

En los casos que luego del asesoramiento mediante el consentimiento informado validado como un documento escrito, la paciente solicita una cesárea electiva, se recomienda que firme el consentimiento. (Ver anexo)

Existe la posibilidad de cuantificar la probabilidad de éxito de tener un parto vaginal tras una cesárea previa, para ello se utiliza el puntaje de Flamm.

En este puntaje se tiene en cuenta la edad materna, parto vaginal previo (antes y después de cesárea, luego de primera cesárea, antes de primera cesárea o ninguno), razón de la primer cesárea, borramiento cervical al ingreso, y por último la dilatación del cuello. El autor encuentra que el aumento en el puntaje se asocia linealmente con el aumento de probabilidad de parto vaginal. De acuerdo al puntaje total se establece la posibilidad de éxito del 95% cuando se obtiene un puntaje de entre 8 a 10 y una posibilidad de éxito del 49% cuando el puntaje obtenido es de 0 a 2 puntos. (Véase figura 7)

Destacándose, que aun con porcentajes bajos la inducción será exitosa en casi la mitad de los casos. (Vargas, A.; Lévano, J. & Lazo, M., 2013)

a)	Edad menor de 40 años:	2 puntos
b)	Parto vaginal previo:	
	antes y después de cesárea	4 puntos
	luego de primera cesárea	2 puntos
	antes de primera cesárea	1 punto
	ninguno	0 punto
c)	Razón para primera cesárea: Diferente a falla de progresión del parto:	1 punto
d)	Borramiento al ingreso:	
	>75%	2 puntos
	25 - a 75%	1 punto
	<25%	0 punto
e)	Dilatación al ingreso de 4 cm o más	1 punto
Puntaje total		Éxito:
0 a 2		49%
3		60%
4		67%
5		77%
6		88%
7		93%
8 a 10		95%

Figura 7. Vargas et al., (2013). Puntaje de Flamm.

En cuanto al manejo de la inducción en estas pacientes, como lo mencionamos anteriormente se debe de tener en cuenta la situación obstétrica evaluada mediante el Índice de Bishop. El mecanismo será el mismo que se utiliza en aquellas pacientes que no cuentan con el antecedente de cesárea previa.

Teniendo en cuenta que en aquellas mujeres que no se logra una maduración cervical que indique un Índice de Bishop mayor a 6 luego de haber utilizado inducción mecánica mediante el uso de Sonda Foley, en estos casos se deberá realizar una cesárea, o individualizar cada caso. (Álvarez et al., 2018)

La inducción con oxitocina puede asociarse a mayor riesgo de rotura uterina, debiéndose realizar con cuidado después de brindar clara información a la paciente. Este tipo de inducción es más segura que con prostaglandinas.

Las prostaglandinas tipo E1 (Misoprostol) no deben usarse para inducir el parto o la maduración cervical en el tercer trimestre después de una cesárea previa.

La maduración cervical con sonda Foley puede realizarse con seguridad en mujeres con cesárea previa.

Control durante el Trabajo de Parto.

Se deberá realizar un estricto control de la dinámica uterina, clínicamente y electrónico.

En cuanto a la salud fetal, se deberá realizar una monitorización fetal para controlar la actividad uterina y el bienestar fetal, la cual debe ser continua en cuanto se alcance la fase activa del trabajo de parto.

En cuanto a la salud materna, en cada turno de enfermería o ante cualquier eventualidad se deberá controlar la presión arterial, el pulso y la temperatura. Controlar regularmente la dilatación cervical no antes de cuatro horas.

No es necesaria la exploración de la cicatriz uterina posparto en forma rutinaria. (Álvarez et al., 2018)

Es importante destacar que si bien en estas pacientes no está contraindicada la analgesia del parto, debemos tener en cuenta los siguientes signos: Cese de la dinámica uterina (hipodinamia o adinamia), presencia de metrorragia, alteración de la frecuencia cardíaca fetal, elevación gradual del anillo de Bandl, paciente inquieta, agitada y angustiada por el riesgo de rotura uterina en estas pacientes.

La institución en la que se lleve este tipo de práctica debe de tener la posibilidad de realizar una cesárea en un tiempo no mayor a treinta minutos, en lo posible en un tiempo menor a quince minutos.

En los casos en que exista un periodo intergenésico corto (periodo entre la cesárea anterior y el siguiente parto) menor a 18 meses el parto vaginal no está contraindicado, pero aumenta el riesgo de rotura uterina.

Complicaciones severas del trabajo de parto.

- *Perdida de bienestar fetal*
- *Polisistolia o hiperdinamias*
- *Rotura Uterina*

Perdida de Bienestar Fetal.

En caso de sospecha de pérdida de bienestar fetal administrar tocolíticos y de ser necesario realizar reanimación intra útero.

Se puede administrar suero fisiológico o Ringer lactato para lograr expansión del volumen plasmático, reduciendo así la concentración de oxitocina en sangre.

Polisistolia o hiperdinamias.

Suspender la administración de oxitocina, valorar FCF y sospecha de pérdida de bienestar fetal, de ser necesario realizar amniorrexis para la valoración del líquido amniótico. Colocar a la usuaria en decúbito lateral izquierdo.

Rotura Uterina.

Corresponde a la dehiscencia de la pared uterina, generalmente en el sitio de la cicatriz de la cesárea anterior. Esta puede presentarse con la expulsión del feto hacia la cavidad peritoneal la cual generalmente se produce en trabajo de parto avanzado (más de 8 cm) y se manifiesta clínicamente como: dolor abdominal intenso y bradicardia fetal. En el tacto vaginal se observará metrorragia y no será posible palpar la presentación fetal.

La dehiscencia de la cicatriz es el cuadro más frecuente, habitualmente asintomático, el diagnóstico se hace mediante revisión manual de la histerografía luego de atender el parto, esta revisión se reserva sólo en casos de hemorragia post parto. (Carvajal et al., 2017)

Si la dehiscencia es menor a 4 cm, cubierta por peritoneo, sin compromiso hemodinámico materno y sangrado vaginal moderado; el manejo es expectante, con indicación de retractores uterinos y antibióticos. Si la dehiscencia es mayor a 4 cm, abierta a la cavidad abdominal, con compromiso hemodinámico materno y sangrado vaginal más que moderado; se indica una laparotomía exploradora y reparación del defecto. (Carvajal et al., 2017)

Vía de parto en mujeres con antecedente de cesárea anterior.

El gran impulso para la aprobación del parto vaginal después de cesárea provino de la introducción de la incisión transversa baja por Kerr en 1926, quien argumentaba que la incisión uterina inferior una vez cicatrizada, permitía un trabajo de parto seguro en embarazos posteriores; esto fue reforzado por múltiples observaciones posteriores que concluyeron que el riesgo de mortalidad materna era menor con una prueba de trabajo de parto que con una cesárea repetida. (Véase figura 8)

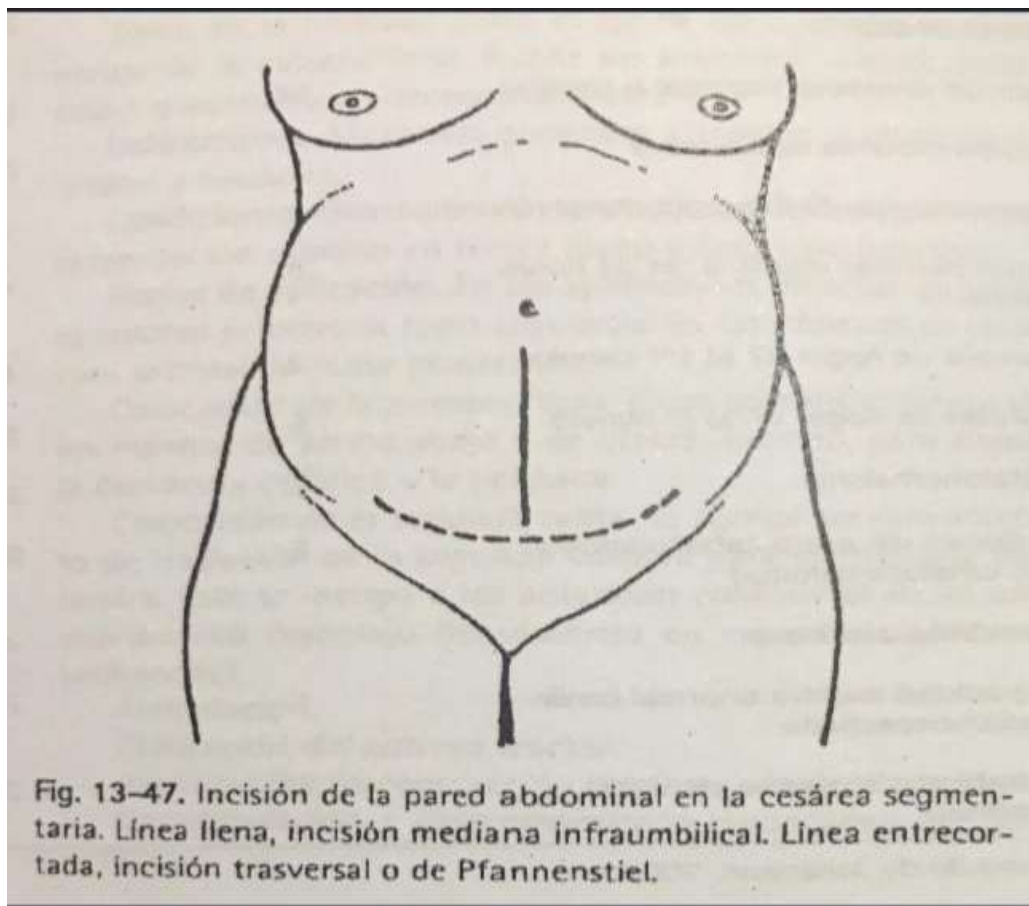


Figura 8. Schwartz, L.; Fescina, R. & Duverges, C. (2005). Incisión de la pared abdominal en la cesárea segmentaria.

En cuanto al parto vaginal, este presenta una menor morbilidad materna así como también una menor morbilidad neonatal, favoreciendo además con hospitalizaciones maternas cortas, menor pérdida sanguínea, menos infecciones y eventos tromboembólicos. En cambio, presenta riesgo de rotura uterina, mayor riesgo de parto instrumental, y lesiones perineales.

En cuanto a la cesárea, esta representa un riesgo para futuras gestaciones, como por ejemplo alteraciones en la implantación placentaria como lo es la placenta previa, acretismo placentario, así como también lesiones intraoperatorias. (Monterde, E.; Ferrer, P.; Parra, J. & López, M., 2018)

Para intentar el parto vaginal en mujeres con una cesárea previa según Carvajal et al (2017) se deben tener en cuenta los siguientes criterios:

Del embarazo previo:

- Cesárea haya sido segmentaria arciforme, ya que el riesgo de rotura uterina en cicatriz corporal es cercano al 8% y la rotura ocurre antes del inicio del trabajo de parto.
- Puerperio fisiológico en su cesárea previa, descartar que no haya habido una endometritis puerperal.
- Descartar que la causa de la primera cesárea haya sido un problema permanente.
- Ausencia de otra cicatriz uterina, por ejemplo miomectomía.

Del embarazo actual:

- Embarazo único.
- Presentación cefálica.
- Estimación de peso fetal menor a 4000 gramos.

El éxito del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior depende de características demográficas y obstétricas; estos son edad materna menor a 40 años, gestaciones previas, partos vaginales previos, índice de masa corporal (IMC) en primer control prenatal, peso del recién nacido y por último causas de la cesárea previa.

Dentro de los factores que influyen negativamente en el éxito de un parto vaginal está la edad materna avanzada. Un metaanálisis que evalúa este factor mostró que mujeres mayores de 40 años tenían menos éxito de lograr un parto vaginal. (Vargas et al., 2013)

El peso materno excesivo que indique un elevado índice de masa corporal (IMC) al inicio de la gestación, se asoció a mayor riesgo de repetir una cesárea. El IMC mayor a 25 es un factor de riesgo para falla del trabajo de parto.

En cuanto a factores prenatales, se señala que las mujeres con un parto vaginal previo a la cesárea tienen más éxito, también dentro de estos factores se encuentra el peso fetal. Un metaanálisis de 4 estudios retrospectivos encontró que las mujeres con peso fetal mayor a 4 000 g tienen un éxito reducido de parto vaginal. (Vargas et al., 2013)

Otro de los factores que intervienen negativamente en el éxito de un parto vaginal después de una cesárea es la indicación de la cesárea. Las gestantes con antecedente de cesárea por alteración en la segunda fase del trabajo de parto tienen menor tasa de éxito de lograr un parto vaginal, comparadas con aquellas

donde la indicación fue presentación podálica o alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. (Vargas et al., 2013)

En cuanto al periodo intergenésico, se realizó un estudio de cohorte observacional para evaluar la tasa de ruptura uterina en mujeres con un parto por cesárea transversal baja previa en un centro terciario de Nueva Orleans, se concluye que un intervalo entre partos menor o igual a 24 meses se asoció con un aumento de 2 a 3 veces en el riesgo de ruptura uterina en comparación con un intervalo mayor a 24 meses. (Bujold, M.; Mehta, S. & Gauthier, R., 2002)

La edad gestacional avanzada se ha asociado con fallo en la prueba de trabajo de parto y con aumento en la frecuencia de rotura uterina, debido al mayor peso fetal y a la necesidad en muchos casos de inducir el parto; la población predominantemente múltipara desencadenó el parto espontáneamente con mayor frecuencia entre las 38 y 41 semanas, lo que favoreció el parto transpelviano. (Rodríguez et al., 2011)

Vía de finalización de la gestación

A- Parto vaginal

El parto se define como la *“expulsión de un feto con un peso mayor o igual a 500 gramos o igual o mayor a las 22 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.”* (Schwarcz et al., 2005, p. 431)

Si el parto surge en condiciones normales entre las 37 y 41 semanas se llama parto de término, si este ocurre entre las 22 y 36 semanas se llama parto pretérmino o parto prematuro.

Ocasionalmente el parto vaginal debe verse asistido con instrumentos especiales, como el fórceps o la ventosa obstétrica, que sujetan la cabeza del feto con la finalidad de sujetar y traccionar de él fuera del canal de parto.

Se indica con poca frecuencia en ciertos partos donde se presentan complicaciones que ameritan el uso del mismo.

Segunda etapa del parto o periodo expulsivo:

Transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal, presentando dos etapas:

- *Periodo expulsivo pasivo*: dilatación completa del cuello, ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo o antes de que éstas aparezcan.
Duración normal es de hasta 2 horas en nulíparas y en multíparas la duración normal es hasta 1 hora.
- *Periodo expulsivo activo*: cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa. Duración normal es de hasta 1 hora en multíparas y en nulíparas la duración normal es hasta 2 horas.

La vigilancia de las contracciones y de los latidos fetales debe de ser continua durante este periodo. Es frecuente que se produzcan bradicardias fetales importantes durante el descenso de la presentación, con recuperación una vez que la madre deja de pujar. Las bradicardias hasta 90 latidos por minutos (lpm) no tienen repercusión patológica sobre el feto si el periodo expulsivo no sobrepasa los 45 minutos. (Arias, F. 1994)

Tercera etapa del parto o alumbramiento

Es el periodo comprendido entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. En este lapso la placenta se separa de su inserción y se expulsa junto con las membranas ovulares y comprende cuatro etapas:

1. *El desprendimiento de la placenta*: Se produce por las contracciones del alumbramiento que siguen de inmediato a las del periodo expulsivo. El plano de desprendimiento asienta en la capa más superficial de la esponjosa. La placenta puede iniciar su

desprendimiento por su centro (Baudelocque – Schultze) o por su borde (Baudelocque – Duncan).

2. *El desprendimiento de las membranas:* estas se desprenden por idéntico proceso. El proceso finaliza luego de expulsada la placenta que aún cuelga de las membranas no completamente desprendidas.
3. *El descenso:* del cuerpo al segmento y de este a la vagina, por las contracciones y el peso de la placenta.
4. *La expulsión:* Recorre la vagina hacia el exterior, por las contracciones, el peso de la placenta y el hematoma retroplacentario. Con frecuencia queda en la vagina atónica y debe ayudarse la expulsión de forma manual.

Manejo del alumbramiento:

El manejo expectante del alumbramiento implica esperar la aparición de signos de desprendimiento de la placenta, diferir la ligadura del cordón umbilical, y esperar la salida espontánea de la placenta. Por el contrario, el manejo activo del alumbramiento implica: uso rutinario de oxitocina, ligadura precoz del cordón y tracción controlada de la placenta.

Complicaciones del Parto:

Las complicaciones del parto pueden ocurrir durante cualquiera de los periodos del parto y requieren de una intervención rápida y eficaz para evitar el daño en la madre y en el feto.

- Falta de progreso o parto prolongado
- Desproporción feto pélvica (macrosomía fetal o estrechez del canal pélvico).
- Sospecha de sufrimiento fetal
- Posición anormal del feto (presentación de nalga o transversal)
- Distocia de hombro
- Prolapso del cordón umbilical
- Rotura uterina
- Parto precipitado
- Placenta previa y desprendimiento placentario
- Desgarro del cuello del útero
- Desgarro vaginal

En cuanto al riesgo materno a corto plazo, el parto vaginal respecto de la cesárea ha demostrado menores tasas de: morbilidad severa, hemorragia posparto, histerectomía obstétrica, embolia de líquido amniótico y muerte materna. Sin embargo, el parto vaginal tiene mayor riesgo de trauma perineal; desgarros de 3-4 grado, incontinencia urinaria e incontinencia fecal comparado con la cesárea. (Arias, F. 1994)

Beneficios del Parto Vaginal v/s Cesárea

- Menor necesidad de anestesia y analgesia post parto
- Menor morbilidad postparto
- Menos días de hospitalización
- Menores costos para el centro de salud.
- Favorece contacto madre-hijo y apego precoz
- Rápida recuperación.

- Favorece la lactancia materna.
- Menor período intergenésico

B - Cesárea

Técnica quirúrgica que permite extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero.

La operación cesárea está indicada en aquellas ocasiones en que el parto vaginal no es posible, o que de ser posible significa mayor riesgo para el feto o la madre.

Tipos de cesárea:

- Cesárea electiva: es aquella que se realiza en gestaciones con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.
- Cesárea en curso de parto o de recurso: se indica y realiza por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvica fetal, fracaso de inducción, distocia de dilatación o descenso detenido de la presentación y parto estacionado.
- Cesárea de emergencia es aquella que se realiza como consecuencia de una patología grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.

Indicación de cesárea:

Las indicaciones según Carvajal et al., (2017) pueden ser absolutas o relativas.

Entre las absolutas podemos mencionar la desproporción feto pélvica, placenta previa oclusiva, la inminencia de rotura uterina, la rotura uterina, la presentación pelviana en el feto único al término de la gestación, situación oblicua. Son casos en que la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto.

Las indicaciones relativas son aquellas en que se elige la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también alguna otra opción. Son casos que tienen que ser analizados detenidamente antes de tomar una decisión.

Las indicaciones pueden ser maternas, fetales y ovulares:

- Dentro de las maternas tenemos distocias de la dinámica, distocia de partes blandas, rotura uterina, cesárea anterior, infecciones maternas: gestantes portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando, pacientes VIH+ , herpes genital activo, preeclampsia, hipertensión crónica grave, fracaso de la inducción, desproporción feto pélvica, parto detenido.

- Dentro de las fetales tenemos situación transversa, situación pelviana, frente, cara, macrosomia fetal, sufrimiento fetal agudo, restricción de crecimiento intra uterino (RCIU), óbito.
- Dentro de las ovulares tenemos placenta previa, desprendimiento de la placenta normoinserta y prociencia de cordón.

Tipos de Incisión uterina:

- Incisión segmentaria transversal baja (de elección): este tipo de incisión está asociada a menor hemorragia, mejor cicatrización, menor incidencia de infecciones y menor riesgo de ruptura uterina en gestaciones posteriores. En contra, mayor riesgo de lesionar los vasos uterinos en caso de prolongación de los ángulos de la incisión.
- Incisión corporal vertical o clásica: incremento del riesgo hemorrágico, infeccioso y de ruptura uterina en gestaciones posteriores.

Complicaciones:

Pueden producirse durante la operación, que les llamamos complicaciones inmediatas o después de un tiempo de practicada la misma que le llamamos complicaciones mediatas o tardías.

Entre las inmediatas están la hemorragia y la laceración de la vejiga.

Las complicaciones de la anestesia también son más frecuentes en el parto por cesárea que en el parto vaginal.

Entre las complicaciones mediatas están la peritonitis, la oclusión intestinal y en las tardías pueden observarse adherencias uteroparietales del intestino, bridas o adherencias que pueden ocasionar una oclusión intestinal mecánica tardía.

Son frecuentes las diastasis de los rectos y las eventraciones consecutivas a la mala cicatrización de la pared a causa de abscesos o hematomas.

CAPÍTULO 3

Antecedentes

A nivel Mundial y Nacional se han realizado múltiples estudios observacionales en relación a la Inducción del Trabajo de Parto en mujeres que cuentan con antecedente de una cesárea anteriores, a continuación, citaremos aquellas investigaciones relacionadas con el objetivo de la presente investigación.

Investigaciones Nacionales

Méndez, E. & Morena. A. (2009), en un trabajo titulado “Vía de finalización del embarazo en mujeres con antecedente de una cesárea previa realizado en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell” de tipo descriptivo, retrospectivo, en el periodo comprendido entre el 1 de julio y el 31 de diciembre del 2009 se revisaron 422 historias clínicas a tales efectos

Los resultados obtenidos fueron, 176 pacientes culminaron su embarazo mediante operación cesárea lo cual representó un 42% de los nacimientos, el restante 58% finalizaron su embarazo por vía vaginal lo que equivale a 256 nacimientos.

Concluyen que el parto vaginal es posible en los casos anteriores, sin un riesgo excesivo, siempre que se tome las precauciones adecuadas de valoración de los antecedentes y la indicación actual, ya que hemos visto que un 58% de los casos fueron así.

Vale resaltar que en ningún caso hubo rotura uterina ni dehiscencia de la cicatriz uterina siendo estas las complicaciones más graves que se enfrentan las mujeres con antecedente de una cesárea previa.

Investigaciones Internacionales

San Martín, et al. (2016) en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid se realizó un estudio observacional descriptivo, titulado "*Parto Vaginal tras cesárea*" donde incluyeron un total de 1293 partos de los cuales 160 fueron mujeres con al menos una cesárea anterior.

Concluye que el hecho de haberse sometido con anterioridad a una cesárea no es indicativo de la realización de otra cesárea en embarazos posteriores. Se ha visto una tasa de éxito del 46,9% de las pacientes con cesárea previa (CP), incluyendo en este porcentaje todos los partos vaginales ya sean inducidos, espontáneos, instrumentados o eutócicos.

Serumista, et al. (2007) en un trabajo titulado "*Prueba de trabajo de Parto en cesareada anterior*" realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Se observó que de 17301 partos asistidos durante ese periodo, unas 548 gestantes tuvieron como antecedente cesárea anterior una vez, siendo esta la población de estudio. Los criterios de inclusión fueron gestantes con antecedente de una sola cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja, que tuvieron un parto vaginal en la institución, gestación a término y única.

El mayor riesgo de la prueba de Trabajo de Parto en estos casos fue la rotura uterina, que según se reporta en diversos estudios internacionales (19) es poco frecuente, entre 0,5% y 1%.

En cuanto al éxito de la prueba de Trabajo de Parto, se observó que, de un total de 78 pacientes, 51 tuvieron parto vaginal mientras que 27 terminaron en cesárea intraparto, teniendo como resultado una tasa de éxito de 65,4%, la cual es acorde a la tasa de éxito reportada internacionalmente de 60% a 80%. Como conclusión surge que en los resultados maternos y perinatales, los datos indican que la prueba de Trabajo de Parto en mujeres con antecedente de una cesárea previa se asocia con un menor riesgo de resultados adversos, comparado con la cesárea electiva repetida, ya que todas las complicaciones se presentaron en este último grupo.

Huertas et al. (2010) en la unidad de Medicina Fetal, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú, en un trabajo sobre "*Prueba de trabajo de Parto en cesareada anterior*", revisaron 584 historias clínicas de mujeres con antecedente de una cesárea previa que lograron parto vaginal. De 266 gestantes con antecedente de una cesárea previa y sin contraindicación para el parto vaginal, a 188 (70,7%) se les indicó cesárea electiva repetida y a 78 (29,3%), Prueba de Trabajo de Parto. De estas últimas, 51 (65,3%) tuvieron éxito.

Frente a los resultados encontrados concluyen que no hubo diferencia estadísticamente significativa en los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa a quienes se indicó Prueba de Trabajo de Parto, comparados con quienes se indicó cesárea electiva repetida. La tasa de éxito del grupo Prueba de Trabajo de Parto fue 65,3%.

CAPITULO 4

Objetivo general:

Determinar la vía de finalización de la gestación en mujeres cesareadas previas a las cuales se les indicó inducción de Trabajo de Parto en la maternidad del Hospital Pereira Rossell.

Objetivos Específicos:

- Identificar la cantidad de mujeres que cuentan con el antecedente de cesárea previa que acceden a la inducción del Trabajo de Parto.
- Relevar de estas que acceden a la inducción del Trabajo de Parto, cuantas logran el objetivo de un parto vaginal y cuantas finalizan nuevamente en cesárea.
- Identificar las causas por las cuales no se logró un parto vaginal en aquellas mujeres cesareadas previas que accedieron a la inducción del Trabajo de Parto.

Metodología

El presente trabajo, se llevará a cabo, mediante una investigación de tipo cuantitativa, descriptivo (descripción) y retrospectivo (se analizan datos del pasado) de corte transversal (se realiza un corte en el tiempo entre el periodo Enero-Junio del año 2019). Dicho estudio se realizará en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

En este periodo se realizará una recolección de datos de las usuarias con antecedente de una cesárea anterior que accedieron a la inducción de trabajo de parto, en el periodo de Enero – Junio 2019 a partir de las historia clínicas, mediante el sistema perinatal de este centro.

Universo a estudiar: aquellas mujeres con una única cesárea anterior.

Muestra: mujeres con una única cesárea anterior que accedieron a una inducción de trabajo de parto.

El sujeto de investigación: mujeres gestantes a término con antecedente de una única cesárea anterior.

Para la recolección de datos se utilizó el Sistema Informático Perinatal, como herramienta para acceder a las historias clínicas, para identificar quienes si cumplen con los criterios de inclusión en la muestra a relevar, dichos criterios fueron: mujeres con antecedente de una única cesárea, mujeres que cursan gestación mayor de 37 semanas, embarazo simple. Dentro de los criterios de exclusión se encuentran: mujeres que cursan una gestación menor a 37 semanas, mujeres que cuentan con el antecedente de más de una cesárea anterior, mujeres que cuentan con el antecedente de una cesárea anterior de tipo no segmentaria, mujeres que cuentan con gestación múltiple y mujeres que no acceden a la inducción del Trabajo de Parto.

De todas estas historias se identificó la vía de finalización de la gestación en aquellas mujeres que cuentan con el antecedente de una única cesárea anterior que accedieron a la inducción del Trabajo de Parto, y se detectó las causas por las cuales no lograron un parto vaginal.

Luego de dicha recolección se realizó el procesamiento de los datos consignados a los efectos de describir que resultados se evidencian, donde se realizaron las tablas y gráficos correspondientes. El registro de datos se realizó en una planilla diseñada previamente para esta finalidad, en la que se especifica número de historia clínica, edad, paridad, periodo intergenésico, tipo de inducción, causa fetal, causa materna, analgesia y vía de parto. Cada historia clínica fue identificada con un número con el fin de no revelar la identidad de la paciente. (Se adjunta planilla en anexo).

Consideraciones éticas:

Es fundamental señalar que se trata de un estudio no invasivo, permitiendo obtener datos sin exponer a la madre ni al recién nacido. Es un estudio de modo global sin necesidad de identificación pública. Cabe destacar que se realizaron las gestiones correspondientes para acceder a la información con los referentes institucionales como fueron el comité de ética y la dirección del centro donde se realizó el relevamiento. Se adjunta aval expedido por Comité de Ética en investigación del Centro Hospitalario Pereira Rossell. (Ver anexo)

El manejo de la información que se nos brinde siendo esta un insumo para generar conocimientos sobre la temática abordada, de sumo valor para nosotras como futuras Obstetras Parteras y proveedoras de salud, será con un gran compromiso ético.

Definición de variables

- Parto por cesárea

Definición conceptual: intervención obstétrica quirúrgica mediante la cual se extraen el feto la placenta y las membranas ovulares, a través de una incisión en la pared abdominal seguida de una incisión uterina

Definición operacional: cuantitativa discreta

- Inducción del trabajo de parto

Definición conceptual: serie de procedimientos que buscan de manera artificial iniciar, hacer progresar y finalmente producir, el trabajo de parto y parto.

Definición operacional: cuantitativa discreta

- Parto vaginal espontaneo

Definición conceptual: es la expulsión un feto con un peso mayor o igual a 500g por los genitales maternos.

Definición operacional: cuantitativa discreta

- Analgesia farmacológica del parto

Definición conceptual: es el alivio del dolor mediante fármacos analgésicos

Definición operacional: cuantitativa discreta

- Edad gestacional

Definición conceptual: se refiere a la edad en semanas del embrión o feto contada desde el primer día de la última menstruación.

Definición operacional: cuantitativa discreta

- Paridad

Definición conceptual: cantidad de gestaciones, partos y abortos de una mujer.

Definición operacional: cuantitativa discreta

- Complicaciones maternas

Definición conceptual: alteración negativa en cualquiera de los periodos del trabajo de parto y durante el puerperio inmediato.

Definición operacional: cuantitativa discreta

- Complicaciones fetales

Definición conceptual: alteración negativa del feto en cualquiera de los periodos del trabajo de parto.

Definición operacional: cuantitativa discreta

- Periodo intergenésico:

Definición conceptual: periodo de tiempo comprendido entre dos nacimientos consecutivos.

Definición operacional: cuantitativa discreta

CAPITULO 5

Análisis de datos (tablas y gráficos).

Historias clínicas de partos en el periodo Enero – Junio del año 2019 del Hospital Pereira Rossel de mujeres que cuentan con antecedente de cesárea anterior que accedieron al uso de inducción del Trabajo de Parto

Variable	Total	Porcentaje
<i>Total de historias</i>	173	100%
<i>Parto vaginal</i>	82	47,3%
<i>Cesáreas</i>	72	41,6%
<i>Historias que no cumplen con los criterios de inclusión</i>	19	10,9%

TABLA 1.

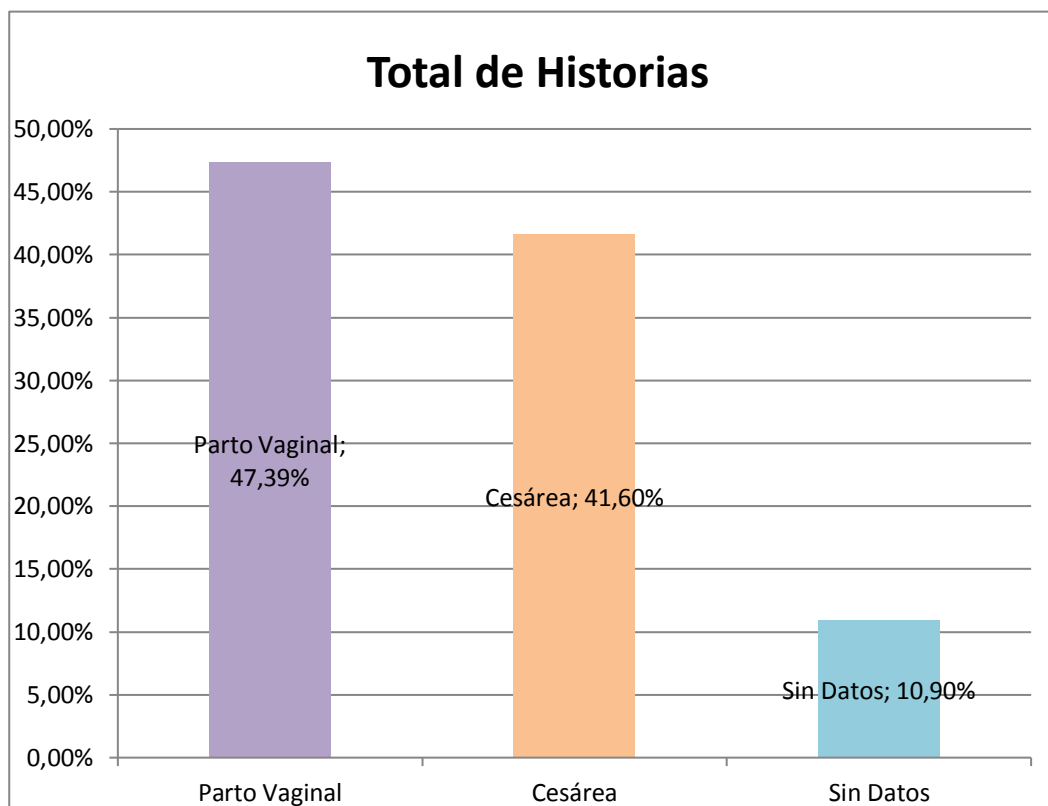


GRÁFICO 1. Distribución de la muestra

Relación de la vía de finalización de la gestación en mujeres que contaron con el antecedente de cesárea anterior que accedieron al uso de inducción del Trabajo de Parto

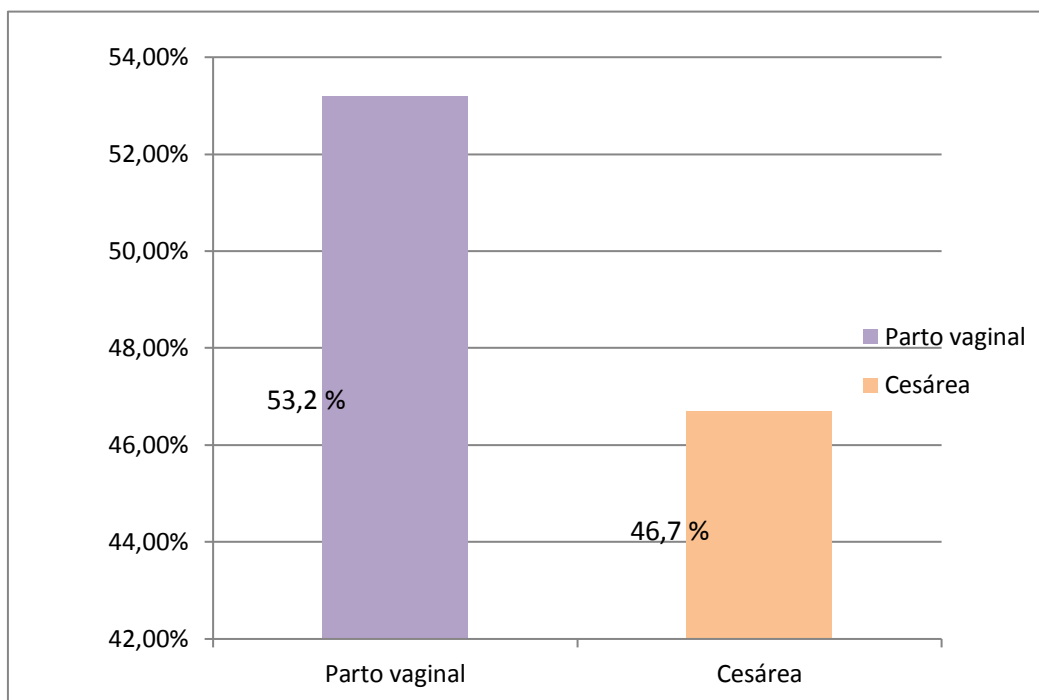


GRÁFICO 2. – Vía de finalización de gestación

Causas por las cuales no se logró un parto vaginal

Se revisaron un total de 154 historias clínicas, de las cuales 72 finalizaron la gestación en una nueva cesárea siendo esto un 46,7%. De estas pacientes identificamos las causas por las cuales no se logró un parto vaginal detalladas a continuación.

<u>Causas maternas</u>	<u>Total</u>	<u>Porcentaje</u>
Deseo de la paciente de no continuar con inducción	14	19,4%
Fallo de inducción	16	22,2%
Sospecha de rotura uterina	6	8,3%
Pujo ineficaz	4	5,6%

TABLA 2.

<u>Causas fetales</u>	<u>Total</u>	<u>Porcentaje</u>
Desproporción feto pélvica	3	4,2%
Descenso detenido de la presentación	8	11,1%
Sospecha de hipoxia fetal intraparto	19	26,4%
Prolapso de miembro inferior	1	1,4%

TABLA 3.

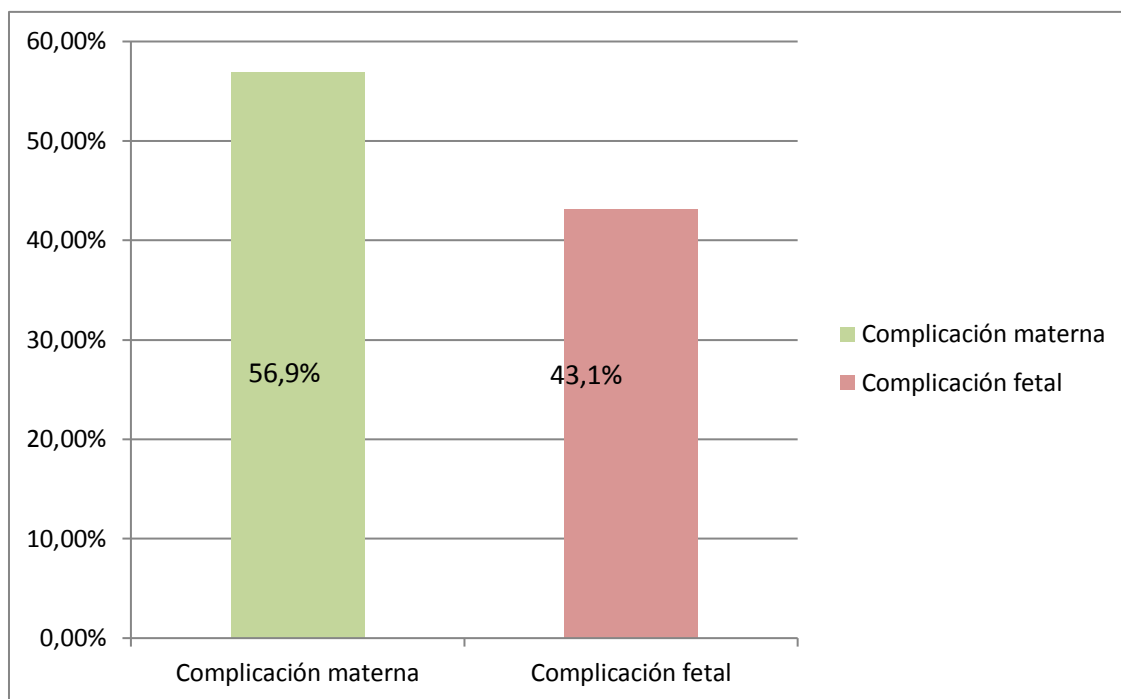


GRÁFICO 3. Complicaciones materno- fetales.

Destacamos que del total de las pacientes (154) que accedieron al uso de inducción del Trabajo de Parto, 8 de ellas recibieron el diagnóstico de sospecha de rotura uterina, de las cuales en solo una de estas pacientes se constató la rotura uterina como tal, que corresponde al 0,6%.

Otra de las variables que se estudio fue el antecedente obstétrico de estas pacientes, de las cuales 39 de ellas contaban con el antecedente de al menos un parto vaginal. Como resultado se encontró que el 69,2% de estas finalizaron en parto vaginal (27 casos) y el 30,8% finalizaron en una nueva cesárea (12 casos).

En cuanto a la edad materna en esta investigación, del total de pacientes estudiadas, solo 4 de ellas fueron mayores a 40 años, de las cuales solo una finalizo la gestación en una nueva cesárea. El resto de las pacientes se encontraban en un rango de edad de entre 19 y 37 años.

En cuanto a la analgesia, se obtuvo que un total de 54 (35%) pacientes accedieron al uso de la misma. De estas se destaca que 35 (64,8%) de ellas finalizaron la gestación por vía vaginal y 19 por cesárea (35,2%).

En cuanto a las causas fetales se obtuvo que del total de las cesáreas (46,7%) se encuentra como principal causa con el 26,4% la sospecha de hipoxia fetal intraparto, seguido a esto como segunda causa con el 11,1% el descenso detenido de la presentación.

Discusión de datos

Del análisis de los resultados de esta investigación, surge que de un total de 154 mujeres que accedieron al uso de inducción de Trabajo de Parto teniendo como antecedente una cesárea anterior, 82 finalizaron la gestación en un parto vaginal que corresponde al 53,2% y 72 mujeres finalizaron la gestación en una cesárea nuevamente lo que corresponde al 46,7%.

Este resultado se acerca al dato que nos brinda el Ministerio de Salud Pública cuando menciona que entre el 60% y el 80% de las mujeres a las que se les practicó una cesárea pueden lograr un parto vaginal después de la cesárea como también lo expresa la Asociación de Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG).

De las mujeres que luego de acceder a la inducción del Trabajo de Parto tuvieron como resultado una cesárea, destacamos que un 56,9% fue por causa materna y un 43,1% fue por causa fetal. Dentro de las causas maternas el fallo de inducción fue la causa más frecuente con el 22,2%.

Como lo mencionamos anteriormente el éxito del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior depende de características demográficas y obstétricas. Una de estas es el motivo por el cual se le realizó la cesárea previa, siendo que en aquellas pacientes que el motivo fue el fallo de inducción, tienen menor tasa de éxito de lograr un parto vaginal. Al momento de la recolección de datos un gran número de historias clínicas no contaban con esta información, no pudiendo así lograr una relación significativa. También como principal causa con el 19,4% se encuentra el deseo de la paciente en no querer continuar con la inducción. Si bien en nuestra literatura no contamos con información sobre esta causa creemos importante destacarla ya que la relacionamos con nuestro actuar como profesionales, pudiendo influir positivamente en este tipo de decisiones, dado que creemos importante brindarle a la paciente información necesaria y relevante sobre la importancia del procedimiento a realizar, que en este caso sería el uso de inducción en el Trabajo

de Parto, así como también un correcto asesoramiento sobre las técnicas de colocación, el seguimiento que requiere, sus beneficios y sus desventajas.

Como lo hemos mencionado en otras oportunidades, que si bien el uso de inducción del Trabajo de Parto en mujeres que cuentan con el antecedente de una cesárea tienen mayor riesgo de rotura uterina, en relación a úteros no cicatrizales, este se ve reflejado entre 0,3% al 1%. Estos resultados coinciden con el que obtuvimos en esta investigación, en este caso fue 0,6%.

El éxito del parto vaginal en pacientes que cuentan con el antecedente de al menos un parto vaginal es mayor si lo relacionamos con aquellas que no cuentan con dicho antecedente, tal y como se observó en nuestros resultados, donde el 69,2% de las pacientes que contaron con el antecedente ya mencionado lograron un parto vaginal.

En el año 2013, Vargas determinó que dentro de los factores que influyen negativamente en el éxito de un parto vaginal está la edad materna avanzada, mostró que mujeres mayores de 40 años tenían menos éxito. Si bien en esta investigación no se obtuvo un resultado significativo ya que de 154 pacientes solo 4 contaban con este factor, destacamos que 3 de ellas finalizaron la gestación en un parto vaginal.

Si bien se debería profundizar más sobre esta variable, según los datos obtenidos en primera instancia el grupo de mujeres que recibió analgesia del parto (54 casos) demostró que optar por este método no condiciona a que la vía de parto sea nuevamente una cesárea, en relación a las que no accedieron a la misma.

Como ocurre en todos los partos inducidos independientemente del antecedente obstétrico de una cesárea, existe el riesgo de pérdida de bienestar fetal debido a la hiperestimulación uterina, aumento de la tensión en el útero, o bien por aumento de las frecuencias de las contracciones generando la disminución del

intercambio materno fetal. (Álvarez et al., 2018)
Esto se vio reflejado en nuestros resultados, ya que del 46,7% de las cesáreas el 26,4% fue por causa de sospecha de hipoxia fetal intraparto.

CAPÍTULO 6

Conclusiones

Es fundamental destacar que de 154 pacientes que se estudiaron el 53,2% tuvo como éxito un parto vaginal y un 46,7% una cesárea. Por lo tanto, no se debe perder de vista la poca representatividad pero vale destacar que se obtuvo un resultado positivo, lo que nos lleva a concluir que es posible que estas mujeres mediante la inducción del Trabajo de Parto puedan finalizar la gestación en un parto vaginal, aun así teniendo el antecedente de una cesárea.

Hacemos énfasis en la equivalencia que hubo entre los resultados obtenidos y los estudios mencionados a nivel nacional e internacional.

Desde el punto de vista biológico, calidad de vida y en los costos de servicio de salud destacamos la importancia de disminuir el índice de cesáreas aun con este antecedente, como lo pudimos ver en nuestros resultados ya que aquellas pacientes que contaron con el antecedente de al menos un parto vaginal tuvieron un mayor éxito pero destacamos que aquellas que no contaron con dicho antecedente también pudieron lograr un parto vaginal.

En cuanto al resultado materno neonatal no se obtuvieron resultados negativos, por lo que concluimos que esto sería un factor alentador para el uso de inducción del Trabajo de Parto en estas pacientes. Si bien se obtuvo como resultado que al 0,6% de las pacientes se le diagnosticó rotura uterina, esto se encuentra dentro de los resultados esperados para esta población.

Sentimos como indispensable que se favorezca la interrelación y la comunicación entre el equipo de salud y la paciente para así lograr que la misma en este tipo de situación logre culminar el proceso de inducción de Trabajo de Parto, ya que se pudo ver que la principal causa de cesárea fue el deseo de la paciente de no continuar con la misma pudiendo deberse a falta de información,

contención, y correcto seguimiento por parte del personal de salud. Considerando que con un buen actuar por parte de los mismos se logre aumentar el número de partos vaginales en estas pacientes.

Notamos la necesidad de poder analizar la variable fallo de inducción ya que no contamos con información suficiente para poder discriminar cuales son las causas que llevan a que ocurra dicha falla, debido a que en nuestra investigación se obtuvo un número significativo como causa para no lograr un parto vaginal, es por esto que exhortamos a que en un futuro se pueda continuar con esta investigación.

A partir de los resultados de esta investigación queremos hacer énfasis en la importancia de la participación de las Obstetras Parteras en el control y seguimiento de estas pacientes, ya que en cuanto a nuestro desempeño laboral hacemos uso de nuestro conocimiento profesional logrando así prácticas de nacimiento seguras en base a evidencias científicas, en beneficio de la mujer y su familia; respondiendo a las necesidades psicológicas, emocionales y socio ambientales.

Desde el punto de vista profesional las Obstetras Parteras somos quienes con formación científica y actitud responsable proporcionamos una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo vital.

Dado que el método de inducción de trabajo de parto en estas pacientes en nuestro medio es reciente, es que creemos importante recomendar nuestra continua formación y actualización para asistir, acompañar y brindar los controles necesarios en estas pacientes; así como también el estudio más profundo del control del bienestar materno fetal.

Si bien nuestros resultados fueron los esperados, dejamos el camino y la invitación a seguir investigando.

CAPITULO 7

Referencias bibliográficas

- Álvarez, C., Borboten, D.; Borda, K.; Boggia, B.: Bottaro, S.; Chiribao, F...Villalba, V. (2015). *Atención integral, humanizada e institucional, de la mujer en Trabajo de parto y Parto y del Recién nacido*. Montevideo, Uruguay. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

- Aragón, J.; Ávila, M.; Beltrán, J. & col. (2017). "Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso". *Revista Ginecol Obstet Mexico*. Vol. 85, núm. 2. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000500314

- Arias, F (1994). *Guía práctica para el embarazo y el parto de algo riesgo*. 2 Ed. Madrid: Doyma Libros.

- ASSE (2016) *Informe de Gestión y Sistema Informático Perinatal Año 2015*. Montevideo: Centro Hospitalario Pereira Rossell. Recuperado de: <file:///C:/Users/vale/Downloads/Informe-Perinatal-Pereira-Rossell.pdf>

- Bujold, M.; Mehta, S.; Gauthier, R. (2002). "Interdelivery interval and uterine rupture." *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Vol.189, núm. 5, pp.1199-1202. Recuperado de [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(02\)00392-7/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)00392-7/fulltext)

- Carvajal, J. A.; Martinovic, C. & Fernández, C (2017). "Parto Natural. ¿Qué nos dice la evidencia?" *Revista ARS médica*. Vol. 42, núm.1, pp. 49-58. Recuperado de <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/download/532/669/2629>

- Carvajal, J. & Ralph, C. (2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Chile: Facultad de Medicina. Edición 18. Recuperado de: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
- Cópola, F. (2015). “Cesáreas en Uruguay”. *Revista Médica del Uruguay*. Vol. 31, núm. 1, PP 7-14. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000100002
- Cunningham, F.; Leveno, K.; Bloom, S.; Hauth, S.; Rouse, D. & Spong, C. (2010). *Williams Obstetricia*. 11 Ed. México: Mc Graw-Hill.
- Hernández, S.; Peguero, A. & Meler, E. (2018). *Protocolo: Maduración cervical e inducción de parto*. Barcelona: Hospital Clínic de Barcelona.
- Huertas, E., & Pocco D. (2010) “Prueba de trabajo de Parto en cesareada anterior”. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Lima, Perú. Vol. 10, núm. 56, pp. 284-287. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol_56n4/pdf/a07v56n4.pdf
- Martínez, G.; Grimaldo, P.; Vázquez, G.; Reyes, C.; Torres, G. & Escudero, G. (2015). “Operación cesárea. Una visión histórica, Epidemiológica y ética para disminuir su incidencia”. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 53, núm. 5, pp 608-615.
- Méndez, E., & Morena, A. (2009) *Vía de finalización del embarazo en mujeres con antecedente de una cesárea previa* (Trabajo final de grado). Hospital Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.

- Monterde, E.; Ferrer, P.; Parra, J. & López, M. (2018). *Protocolo: Control gestacional en gestaciones con cesárea anterior*. Barcelona: Hospital Clínic de Barcelona.
- MSP (2007). *Guía en salud sexual y reproductiva. Capítulo: Normas de atención a la mujer embarazada*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Recuperado de: <https://www.sguruquay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-normasatencion-mujer-embarazada.pdf>
- MSP (2014). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-ManualAtenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>
- MSP (2016). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20FINAL%202017%20AGOSTO.pdf
- OMS (2015). *Declaración de la OMS sobre tasa de cesáreas*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.p%20df;jsessionid=F4AF3444B7BE0A318EBD6B7C8098705F?sequence=1
- Pérez, A. & Donoso, E. (2011). *Pérez Sánchez Obstetricia*. 4ta Ed. Chile: Mediterráneo LTDA.
- Ricci, P.; Perucca, E. & Altamirano, R. (2003). “Nacimiento por parto vaginal, prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición”.

- Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Vol. 68, núm. 6, PP 523-528.
Recuperado de
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600013
- Rodríguez, I.; León, I.; Fernandez, A. & Atienza, A. (2011). “Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior.” *Revista Cubana de Medicina Militar*. Vol.40, núm. 3-4. Recuperado de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300003
 - Ros, C.; Bellart, J. & Hernández, S. (2012). *Protocolo: Cesárea*. Barcelona: Hospital Clínic de Barcelona..
 - Salarí, M. (2017) *Parto vaginal después de cesárea*. (Trabajo final de grado) Instituto de Psicología de la Salud, Montevideo, Uruguay.
 - San Martín, M. (2016) *Parto Vaginal tras cesárea* (Trabajo de final de grado). Universidad de Valladolid, España.
 - Schwartz, L.; Fescina, R. & Duverges, C. (2005). *Obstetricia*. 6 Edición. Buenos Aires: El Ateneo.
 - Serumista, M. (2007) “Prueba de trabajo de Parto en cesareada anterior.” *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Vol. 2, núm. 56, pp. 284-288.
 - Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (2010). “Parto Vaginal tras cesárea.” *Protocolos Asistenciales en Obstetricia*. Recuperado de:
https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/seg_o_protocolo_pvdc_2010.pdf

- Vargas, A.; Lévano, J. & Lazo, M. (2015). "Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital." *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Vol. 13, núm. 59, pp.261-266. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v59n4/a05v59n4.pdf>

- Vidal, O & Clavijo, C. (2011). "Parto vaginal después de una cesarea previa" *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 62, núm 2, PP 148-154. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n2/v62n2a05.pdf>

Anexos

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 periodo 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 ocitocina 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 MEDICO y FIRMA DEL PACIENTE

Tabla para recolección de datos.

N°HC	Edad	Paridad	P. Intergenesico	Tipo Inducción	Comp. Maternas	Comp. Fetales	Analgesia	Vía de finalización

Aval Comité de Ética Hospital Pereira Rossell.



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Montevideo, 21 de Febrero de 2020.

INTEGRANTES

Coordinadora:

Prof. Dra. Gabriela Garrido

Dra. Beatriz Ceruti

Prof. Agda. Dra. Virginia Kanopa

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.

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

De: Integrantes del Comité de
Ética en investigación

Por la presente se deja constancia que el Comité de Ética en Investigación aprueba el proyecto, "**VIA DE FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN EN MUJERES CESAREADAS PREVIAS QUE ACCEDIERON AL USO DE INDUCCIÓN FARMACOLÓGICA CON OXITOCINA Y/O MECÁNICA MEDIANTE COLOCACIÓN DE SONDA FOLEY EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE LA MUJER**". Resp. Bres. Natalia Baz, Valeria Neve, Dayana Viera.

Sin más, saluda a Ud. muy atentamente,

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

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

Prof. Dra. Gabriela Garrido

Coordinadora