



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

**“COMPLICACIONES MATERNAS DE PARTO
VAGINAL EN GESTANTES A TÉRMINO CON
ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA EN UN
HOSPITAL DE LIMA”**

Nombre del Autor: DR. SAUL RENZO CHINCHAY ALEGRIA

Nombre del Asesor: DR. MARTIN INGA LOZADA

LIMA – PERÚ

2019

Resumen:

Objetivo: Describir las complicaciones maternas de gestante con antecedente de cesárea previa en un parto vaginal. **Material y método:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, tipo serie de casos, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre el 1er de Enero del 2016 hasta el 31 de Diciembre del 2019. **Procedimiento y técnicas:** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el periodo determinado, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión correspondientes, así como su clasificación demográfica, y la búsqueda de complicaciones maternas durante el trabajo de parto. Dichos datos serán procesados en el programa Microsoft Excel 2016 y SBSS 21 en español. Con la finalidad de determinar y describir los riesgos que conllevan estas paciente.

PALABRAS CLAVE: Cesárea, parto vaginal, analgesia epidural, complicaciones maternas.

COMPLICACIONES MATERNAS DE PARTO VAGINAL EN GESTANTES A TERMINO CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA EN UN HOSPITAL DE LIMA

Introducción.

El parto vaginal espontáneo de vértice por naturaleza es el procedimiento obstétrico que presenta el menor riesgo de comorbilidad teniendo un índice menor de infección y hemorragia materna, entre otras complicaciones (1). Cuando existen complicaciones específicas del embarazo y durante el trabajo de parto se realiza el procedimiento quirúrgico comúnmente llamado cesárea (2). Este procedimiento se ha asociado con una reducción significativa en la mortalidad materna y neonatal en dichas situaciones (3). Sin embargo las cesáreas se encuentran en aumento progresivo alrededor del mundo (4). Este aumento dramático fue el resultado de varios cambios en el entorno de práctica, incluida la introducción de la monitorización fetal electrónica y la disminución de los partos vaginales operativos y los intentos de partos vaginales (5-7). Así mismo el dicho "una vez que tenga una cesárea es siempre cesárea" también contribuyó en parte al aumento de la tasa de partos por cesárea (8). Dentro de las complicaciones más frecuentes de la cesárea en general son la infección de herida, la necesidad de transfusión de sangre, la hemorragia, la endomiometritis, las lesiones viscerales y fetales (9). Esto ha impulsado la aparición del debate sobre los riesgos y beneficios asociados con la cesárea (10).

El Instituto Nacional de Salud (NIH) y el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) respaldaron el ensayo de parto después del parto por Cesárea (TOLAC), lo que lleva a un aumento en el parto vaginal después de la cesárea (VBAC) en los EEUU (11). Sin embargo en algunas ocasiones presentan complicaciones como la ruptura uterina; esto se asocia con un mayor riesgo de complicaciones maternas graves, como histerectomía, hemorragia, así como complicaciones fetales graves, como encefalopatía hipóxica isquémica y muerte perinatal (12). Por lo que sigue siendo la complicación más temida del juicio de parto. La preocupación por la ruptura uterina es un factor importante que afecta la asesoría con respecto a los riesgos y beneficios de la prueba de parto (13). Por lo que la conferencia de 2006 del Instituto Nacional de Salud (NIH) concluyó: "El parto por cesárea a pedido materno puede ser una alternativa razonable al parto vaginal planificado" y evitar los riesgos y complicaciones (14). Varios investigadores han encontrado que "entre las mujeres con parto por cesárea anterior, la tasa de complicaciones maternas son más altas entre las mujeres que intentaron el parto vaginal y fracasaron (14.1%), intermedia entre las mujeres que tiene un parto por cesárea planificada (3.6%) y la más baja entre la mujeres que intentan el parto vaginal y tuvieron éxito (2.4%) (15,16). Guise et al. Revisaron 568 publicaciones en VBAC vs ERCD (parto cesárea después de una cesárea previa) e informaron que el éxito de la VBAC es más efectivo, menos costoso y tuvo la más baja en comparación con ERCD. Por lo que, la práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente, el propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos asociados a la operación cesárea (15, 16, 17). De acuerdo con estudios de investigación recientes, la estrategia de ofrecer una prueba de trabajo de parto a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones (18-20). Además también diversos estudios indican que la prueba de trabajo de parto después de una cesárea tiene probabilidad de éxito entre 66 y 85% con una mínima morbilidad neonatal y materna

(21). Entre las estrategias utilizadas es el uso de la analgesia epidural para el parto, que se puede usar como parte de TOLAC, presentando un adecuado alivio del dolor puede alentar más mujeres a elegir TOLAC (22). Un estudio de casos y controles demostró que las mujeres con un parto por cesárea anterior y sin parto vaginal anterior tenían patrones de parto similares a las mujeres nulíparas, mientras que las mujeres con un parto por cesárea anterior y vaginal tenían patrones de parto similares a las mujeres multíparas (23). Es por ello que nuestro trabajo busca obtener datos de estas complicaciones en una Hospital de Lima y el logro de una parto vaginal después de una cesárea previa, de forma que podamos promover reducir la tasa de Cesáreas, complicaciones obstétricas quirúrgicas, estancia hospitalaria, y afecciones en la calidad de vida en las paciente expuestas a esta cirugías.

Objetivo general

Describir las complicaciones maternas de parto vaginal en paciente con antecedentes de cesárea previa, que comiencen trabajo de parto espontaneo en un Hospital General de Lima.

Objetivo específico

Disminuir las complicaciones de un parto cesárea en una gestante con cesárea previa

Establecer estrategias para la práctica de un parto vaginal en un gestante con cesárea previa.

Promover el parto vaginal en nuestra población que presenta el antecedente de cesárea previa.

Material y método

Diseño: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, tipo serie de casos, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia del periodo 01 de Enero del 2016 al 01 de diciembre del 2019.

Criterios de inclusión:

- Pacientes gestantes a término
- Inicio espontaneo de trabajo de parto.
- Trabajo de parto controlado
- Feto en presentación cefálica
- Antecedente cesárea anterior segmentaria.

Criterios de exclusión:

- Paciente que presentan desproporción céfalo-pélvica
- Paciente con antecedente de cirugía uterina no obstétrica previa.

Población: Los datos se extraerán del libro de registro de altas del servicio de Obstetricia, donde están todos los pacientes que estuvieron hospitalizadas durante el

tiempo determinado (2016-2019), y se extraerán los números de las historias clínicas de nuestra población de estudio para ser solicitadas a archivo central del HNCH.

Procedimientos y técnicas

En primera instancia se tomarán los números de historias clínicas del registro del cuaderno de Hospitalización del Servicio de Obstetricia del HNCH, y se seleccionarán aquellas paciente que presenten diagnóstico de Ingreso que cumplan el diagnóstico de cesárea anterior y que presenten el diagnóstico de Egreso como Puerpera de Parto Vaginal.

Se solicitarán las Historias clínicas respectivas comprendidas entre Enero del 2016 y Diciembre del 2019 y serán evaluadas una por una.

Se seleccionarán las historias que cumplan los criterios de inclusión y se excluirán las que cumplan los criterios de exclusión.

De las historias seleccionadas se obtendrán los datos demográficos como Edad, Gestaciones previas, Paridad, Estado Civil, Ruptura prematura de Membranas, Edad gestacional al momento del parto, Uso de analgesia epidural, Uso de oxitócicos durante el trabajo de parto.

Por otro lado se obtendrán las complicaciones más frecuentes del trabajo de parto de una paciente con cesárea previa, Inercia Uterina (Hipotonía y atonía uterina), desgarros perineales, uso de Episiotomías, Signos de inminencia rotura uterina, ruptura uterina parcial o total, Hemorragia Puerperal, Transfusión Sanguínea, Infección Puerperal, Cirugía de emergencia producto de un parto Vaginal.

Dichos datos serán procesados en los programas Microsoft Excel versión 2016 y SPSS en español versión 21.

Aspectos éticos del estudio: El mencionado estudio se basa en una recolección de datos pasados, por lo que no se expone a ninguna gestante a este factor de riesgo actualmente. Sin embargo se enviara al Comité de Ética de la Universidad Cayetano Heredia para evaluación respectiva.

Plan de análisis

La finalidad del estudio es determinar las complicaciones cuando se produce un parto vaginal, que de acuerdo a nuestra experiencia hospitalaria no han sido frecuentes. Es por ello que estableceremos y describiremos dichas complicaciones de acuerdo a las características de cada paciente y antecedentes obstétricos de la paciente, estableceremos nuestras variables (cualitativas y cuantitativas) y determinaremos la ausencia de diferencias significativas considerando un nivel significativo la $p < 0.05$ y de existir diferencias estadísticas la p será considerada $p \geq 0.05$. La prueba estadística a utilizarse para la evaluación de las variables sería la prueba T de student en vista que nuestro tamaño muestral sería pequeño. Así mismo usaremos la prueba de Chi cuadrado para nuestras variables están relacionadas entre sí.

Referencias Bibliográficas

1. Cunningham, Leveno, bloom, Spong, Dashe, Hoffman, Casey y Sheffield. Obstetricia Williams, 24ava Edicion 2015. Mc Graw Hill Education; 536
2. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. Lancet. 2018; 392(10155):1341-1348. doi:10.1016/S0140-6736(18)31928-7

3. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2016; 123(5):745-753. doi:10.1111/1471-0528.13592
4. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA et al. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206: 331.e1–331.e19.
5. Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJ, Driscoll AK, Rossen LM. Births: Provisional data for 2016. *Vital Statistics Rapid Release N°2*. Hyattsville (MD): National Center of Health Statistics; 2017. (level II-3)
6. Lee HC, El- Sayed YY, Gould JB. Population trends in Cesarean delivery for breech presentation in the United States, 1997-2003. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:59 (Level II-3)
7. Goetzinger KR, Macone GA. Operative vaginal delivery current trends in obstetrics. *Womens Health (lond)* 2008; 4:281-90. (Level III).
8. Cragin EB. Conservatismo in obstetrics. *NY Med J* 1916; 104: 1-3 (level III)
9. Corona AA, Higuera T, Cabero LI. Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesárea. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad española de ginecología y obstetricia (Internet)*. 2008 (Citado el 16 de diciembre del 2013); 51(12): 703-708. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2782386>
10. Gonzales GF, Tapia VL, Fort AL, Betran AP. Pregnancy outcomes associated with Cesarean deliveries in Peruvian public health facilities. *Int J Womens Health* 2013; 5:637–645. doi: 10.2147/IJWH.S46392 PMID: 241243937
11. American College of Obstetricians and Gynecologist (2013) ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request *Obstet Gynecol* 121 (4): 904-907.
12. Smith GC, White IR, Pell JP, Dobbie R (2005). Predicting cesarean section and uterine rupture among women attempting vaginal birth after prior cesarean section. *PLoS Med* 2 (9): e252.
13. U.S. Department of Health & Human Services. National Institutes of health. NIH Consensus Development Conference on: Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Bethesda Maryland March 8-10, 2010 Volumen 27, Number 3.
14. (2006). National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: Cesarean delivery on maternal request. March 27-29, 2006. *OBstet Gynecol* 107 (6): 1386-1387.
15. International Federati3n of Gynecology and Obstetric (FIGO) 2009. Committee for the ethical ASpects of Human Reproduction and womens Health. Ethical aspects regarding caesarean delivery for nonmedical reasons. *Ethical issues in obstetrics and Gynecology by the FIGO committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and womens Healt*, London, FIGO, p72-73.
16. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, et al. (2004) Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 351(25):2581-2589.
17. Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BK, et al. (2004) Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *BMJ* 329 (7456): 19-25.
18. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2004; 351(25):2581-9.

19. 8. Durnwald C, Mercer B. Vaginal birth after cesarean delivery: predicting success, risks of failure. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2004; 15(6):388-93.
20. Cahill AG, Stamilio DM, Odibo AO, Peipert JF, Ratcliffe SJ, Stevens EJ, et al. Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery? *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(4):1143
21. Yamani-Zamzami TY. Delivery outcomes at term after one previous cesarean section. *Saudi Med J.* 2007;28(12):1845-9.
22. Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Fallon D, Yoshida MM. Vaginal birth after cesarean delivery: results of a 5- year multicenter collaborative study. *Obstet Gynecol* 1990;76: 750–4. (Level II-3).
23. Chazotte C, Madden R, Cohen WR. Labor Patterns in women with previous cesareans. *Obstet Gynecol* 1990; 75:350-5 (level II-3)

Presupuesto

El presente proyecto consta de la contratación de profesionales Ginecólogo-Obstetra, para obtener un adecuado filtro de los pacientes. Se detalla a continuación:

	Periodo a recolectar	Tiempo aproximado de recolección	Soles
Recolector 1	2016	3 meses	1500
Recolector 2	2017		1500
Recolector 3	2018		1500
Material didáctico (hojas, copias, formatos)			200
Proceso estadístico y análisis de datos			1500

Cronograma

Se detalla a continuación el cronograma de Gantt de nuestro proyecto:

Actividades	Duración (días)	Inicio	Fin
Revisión Bibliográfica	30	01/01/2019	31/01/2019
Elaboración del Marco Teórico	90	01/02/2019	02/05/2019
Revisión de Marco teórico	15	03/05/2019	18/05/2019
Validación de proyecto UPCH	15	19/05/2019	03/06/2019
Recolección de datos	90	04/06/2019	02/09/2019
Criterios de Inclusión	30	03/09/2019	03/10/2019
Criterios de Exclusión	10	04/10/2019	14/10/2019
Determinación de la muestra a estudiar	10	15/10/2019	25/10/2019
Definición de variables	15	26/10/2019	10/11/2019
Análisis datos	20	11/11/2019	01/12/2019
Elaboración de Informe final	20	02/12/2019	22/12/2019

