



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

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

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES  
ASOCIADOS DE PARTO VAGINAL DESPUES DE  
UNA CESAREA PREVIA EN EL HOSPITAL  
CAYETANO HEREDIA EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DURANTE EL PERIODO ENERO  
2017-DICIEMBRE 2018”

Nombre del Autor: KATIA ESPERANZA TAMAYO BARRERA

Nombre del Asesor: MONICA FLORES NORIEGA

LIMA – PERÚ  
2019

## I. RESUMEN

Se ha visto que el aumento de la tasa de cesáreas se asocia en gran porcentaje a la morbilidad y mortalidad materno perinatal. La indicación de vía de parto tras haber tenido una cesárea previa es muy controversial ya que se ha observado que un parto vaginal posterior a una cesaría puede generar beneficios tanto para la madre como para el feto. En este contexto, el Hospital Cayetano Heredia, en los últimos años, ha registrado un incremento en la tasa de cesáreas, por lo cual resulta importante plantear estrategias que promuevan o permitan ofrecer la opción de parto vaginal a aquellas pacientes con cesárea previa, según las características clínicas y epidemiológicas de la población.

El objetivo principal es conocer las características clínicas y factores asociados que nos llevan a un parto vaginal exitoso en pacientes con cesárea previa. Para esto se llevó a cabo un estudio retrospectivo de serie de casos en el cual se incluyeron a todas las pacientes con cesáreas anteriores que hayan tenido parto vaginal en el Hospital Cayetano Heredia. Se revisarán historias clínicas y los datos obtenidos se colocarán en una ficha predeterminada para ser tabulados en Excel y, finalmente, interpretar los porcentajes.

**PALABRAS CLAVE:** Parto vaginal posterior a cesárea, TOLAC

## II. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, se ha incrementado el número de cesáreas, lo cual ha implicado nuevos retos al momento de decidir cuál será la conducta y el manejo durante el siguiente parto de la paciente. Años atrás, terminar la gestación en mujeres con cesáreas previas solo tenían como única opción someterse a una nueva cesárea, con lo cual se aumentaba el riesgo de anomalías en la placentación (placenta previa y acretismo placentario) y, como consecuencia, aumentaba la morbilidad y mortalidad materna. Sin embargo, a partir de la década de los 80, se realizaron múltiples estudios que tenían como objetivo demostrar que el parto vaginal, después de una cesárea, era posible.

Se observaron resultados perinatales favorables tanto para la madre como para el neonato. De los estudios realizados, el más destacado es TOLAC, pues demuestran, estadísticamente, que tener un parto vaginal posterior a una cesárea tiene menores complicaciones tanto maternas como fetales. En los años 2012 -2013 en Inglaterra la tasa de cesárea fue de 25.5%; en Escocia e Irlanda alcanzaron una tasa de 29.8% y 27.5% (1). A su vez, este alto porcentaje se vio asociado a mayores tasas de complicaciones perinatales.

Ello demuestra que el asesoramiento de mujeres para el manejo y el parto posterior a una cesárea son importantes. En el año 2000 se empezaron a publicar meta análisis entre prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva, observándose un alto porcentaje de pacientes que llegaban a tener con éxito un parto vaginal. En nuestro país, también se han llevado a cabo estudios al respecto, por ejemplo, en base a un estudio previo descriptivo llevado a cabo en el Hospital Cayetano Heredia durante el periodo enero 2001 hasta diciembre 2009 se observó mayor tasa de infección de herida operatoria, transfusiones y endometritis en pacientes sometidas nuevamente a cesárea (2).

El protocolo del Hospital Universitario de Clinic Barcelona recomienda la opción de parto vaginal tras cesárea previa en mujeres en quienes se hayan descartado las siguientes contraindicaciones: antecedente de rotura uterina, cirugía uterina previa con entrada en cavidad endometrial. 3 o más cesáreas previas, período de cesárea previa menor a 18 meses (3).

Dentro de los factores estudiados que favorecen la probabilidad de parto vaginal tras una cesárea previa encontramos el número de cesáreas previas, el tipo de incisión realizado en el primer procedimiento, el ponderado fetal, el índice de masa corporal entre otros.

Número de cesáreas previas: existen estudios clínicos en los que se concluye que existe una relación directamente proporcional entre el número de histerotomías realizadas y riesgo de ruptura uterina. Cabe resaltar que el antecedente de dos cesáreas previas no es contraindicación absoluta para probar una labor de parto. Al respecto de poder determinar con mayor seguridad la probabilidad de rotura. Se han realizado estudios con exámenes complementarios como, por ejemplo, el que fue llevado a cabo por Rozenberg et al, donde se realizó la medición a través de ecografía de la parte más delgada del segmento y se encontró que en aquellos segmentos que midan menos de 2,6 mm hay un 16% más riesgo de rotura uterina. Es importante tener en cuenta que para llevar a cabo la prueba de labor de parto es importante contar con una sala de emergencias operativa si fuese necesario entrar de emergencia (4,5).

Es importante señalar que el tipo de incisión previa es un factor importante para recomendar una prueba de trabajo de parto. Se realizaron varios estudios y en su mayoría concluyen que el tipo de incisión es fundamental para probar un parto vaginal. Dentro de los tipos más

frecuentes de histerotomía realizados en nuestro medio tenemos los siguientes: (a) tipo transversa baja, consiste en un corte realizado de lado a lado en la parte más delgada y baja del útero. Pacientes que hayan sido sometidas a este tipo de incisión son buenas candidatas para probar una curva de labor de parto después de cesárea ya que tiene el más bajo riesgo a rotura uterina (1). (b) Tipo vertical baja: es un corte realizado hacia arriba y hacia abajo en la parte inferior y más delgada del útero; este tipo de incisión tiene riesgo más alto de rotura que una incisión transversa baja (1,4). (c) Tipo clásico: se caracteriza por un corte realizado hacia arriba y hacia abajo en la parte más alta del útero; este tipo de incisión tiene el riesgo más elevado de rotura uterina (5). Según datos obtenidos del American College of Obstetrician and Gynecologist el índice de ruptura estimado en este último tipo de incisión es de 2-9% (6). En el caso de incisión en forma de T el riesgo asciende a 4-9% (6).

Otro dato importante es el cierre de la incisión previa, pues de acuerdo a la teoría la histerotomía se puede suturar en una o dos capas. Se realizaron dos estudios por Chapman y Tucker et al (4) donde no se encontró alguna diferencia significativa entre cerrar en una o dos capas. Sin embargo, otros autores mencionan que hay riesgo de cuatro veces más de dehiscencia uterina en la sutura de una capa. Cabe mencionar que es inusual que las pacientes tengan conocimiento del tipo de incisión, así como el tipo de cierre que se lleva a cabo en la primera intervención quirúrgica, por lo que al momento de escoger quien es candidata para probar curva de labor de parto es necesario valorar otras características.

Se estima a través de estudios tales como el realizado por Elkousy et al y Baron et al, en el 2003 y 2013 respectivamente, que existe mayor riesgo de rotura uterina en fetos con peso mayor a 4000 gramos (>1.6%) a comparación de fetos con peso menor de 4000 gramos (1%) (1,6). Según el Practice bulletin de la ACOG, si es que se sospecha de una paciente con macrostomía no está recomendado probar curva de labor de parto (6).

Se han llevado a cabo estudios que indican mayor índice de éxito en mujeres con indicación de cesárea previa no recurrente (7). Asimismo, se ha observado que hay mayor tasa de éxito 80% en mujeres en quienes se decidió cesárea por problemas fetales que en aquellas en quienes se indicó interrupción del trabajo de parto 60% (7). Cabe resaltar que mujeres que hayan tenido un parto vaginal previo a la cesárea y deseen probar curva de trabajo de parto tienen mejores chances de llevar a cabo un parto exitoso (1, 6,7).

Otro factor que se ha identificado es el intervalo entre partos menores o igual a 18 meses, pues tiene tres veces más riesgo de ruptura uterina sintomática durante la prueba de parto posterior a una cesárea (8). Estudios realizados a través de resonancia magnética indican que el restablecimiento de la anatomía uterina tarda como mínimo 6 meses (1). Bujot et al. Realizó un estudio con el fin de evaluar el riesgo de ruptura con respecto al tiempo entre cesáreas y concluyó que hay un riesgo elevado de ruptura uterina en aquellas mujeres con periodo intergenésico corto (1). Por lo tanto, podemos inferir que para el chance de parto vaginal tras cesárea es importante tener en cuenta la fecha de la cirugía previa.

En cuanto a las características propias en pacientes con gestaciones gemelares quienes deseen probar un trabajo de parto, son las mismas que una gestación simple tomando en cuenta que cumpla con las características previamente mencionadas y que no haya contraindicación obstétrica. (1,8)

El índice de masa corporal según estudios publicados por Hibbard et al. es inversamente proporcional al éxito del parto vaginal posterior a cesárea. Con un índice de masa corporal normal hubo un 78% de éxito de parto vaginal posterior a Cesárea, mientras que con un índice de masa de 25 a 30, fue un 70% y con índice mayor a 40 un 61% (1).

Debido a la gran población que maneja el Hospital, la finalidad del presente trabajo de investigación es conocer las características clínicas y factores asociados de la población objetivo para poder elaborar un protocolo que permita el manejo de pacientes con cesárea previa.

Además, se busca concientizar y preparar desde los controles prenatales a aquellas pacientes con alta probabilidad de llevar a cabo un parto vaginal posterior a cesárea, ya que, según las estadísticas recolectadas del área de obstetricia, se ha observado el mayor porcentaje de cesáreas en primigestas cuyas edades fluctúan entre 18-22 años ha aumentado el riesgo obstétrico y perinatal se las siguientes gestaciones si se dieran por parto abdominal.

Finalmente, es nuestro deber tener conocimiento teórico y práctico para poder brindar, además de consejería a nuestras pacientes, alternativas de manejo según el caso de forma individual buscando el beneficio total de ellas.

### **III. OBJETIVOS**

#### **1. GENERAL**

- Determinar las características principales de pacientes con parto vaginal exitoso después de una cesárea previa por única vez en el Hospital Cayetano Heredia en el servicio de Obstetricia durante el periodo enero 2017 – diciembre 2018.

#### **2. ESPECÍFICOS**

- Describir las características clínicas y epidemiológicas asociadas a parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el Hospital Cayetano Heredia en el servicio de Obstetricia durante el periodo 2017-2018.
- Describir las complicaciones más frecuentes presentadas por pacientes con parto vaginal exitoso con antecedente de cesárea previa por única vez en el Hospital Cayetano Heredia durante el periodo enero 2017 – diciembre 2018.

### **IV. MATERIAL Y MÉTODO**

#### **1. Diseño de estudio**

Se realizará un estudio descriptivo de tipo serie de casos retrospectivo cuya muestra represento la totalidad de pacientes con cesárea previa que se sometieron a trabajo de parto espontáneo durante el periodo enero 2017 –diciembre 2018

#### **2. Población**

Se incluirán todos los registros de pacientes sometidas a parto vaginal con antecedente de cesárea previa por única vez atendidas en el servicio de obstetricia en el Hospital Cayetano Heredia durante el periodo enero 2017 - diciembre 2018. Al trabajar con toda la población, no se requerirá de una muestra.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Paciente gestante con antecedente de cesárea previa 1 vez.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente sin antecedente de cesárea previa
- Paciente con antecedente de cesárea previa en dos o más oportunidades
- Pacientes con datos incompletos en las historias clínicas en relación a más de la mitad de las variables de estudio.

## V. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	Valores Finales	Tipo de Variable	Escala de Medición	Fuente
Edad	Edad cumplida (en años) del participante	Desde 18 en adelante	Cuantitativa discreta	Razón	Medición prospectiva
Sexo	Sexo biológico del paciente	- Masculino - Femenino	Cualitativa dicotómica	Nominal	Medición prospectiva
Estado Civil	Situación civil del paciente	- Soltero - Conviviente - Casado - Divorciado - Viudo	Cualitativa policotómica	Nominal	Medición prospectiva
Distrito	Distrito de procedencia del paciente	Múltiples respuestas	Cualitativa policotómica	Nominal	Medición prospectiva
IMC	Índice de Masa Corporal del paciente calculado mediante la fórmula: $\text{Peso} / \text{talla}^2$	- Bajo peso (<18.5) - Normal (18.5 – 24.99) - Sobrepeso (25 – 29.99) - Obesidad (> 30)	Cualitativa policotómica	Ordinal	Medición prospectiva
Partos Vaginales	Partos vaginales previos a la actual gestación.	- De 0 en adelante	Cuantitativa discreta	Razón	Medición prospectiva
Peso Ponderado Fetal	Peso fetal estimado mediante ecografía de 3er Trimestre	- < 4 kg - > 4 kg	Cuantitativa dicotómica	Nominal	Medición prospectiva
Rotura Uterina	Pérdida de la integridad de la pared uterina	- Si - No	Cualitativa dicotómica	Nominal	Medición prospectiva
Periodo Inter-genésico	Tiempo que va desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente.	- > 18 meses - < 18 meses	Cualitativa dicotómica	Nominal	Medición prospectiva
Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una mujer incluyendo abortos, pre-términos, ectópicos, nacidos vivos, etc.	- A Término - Pretérmino - Perdidas (abortos, ectópicos, emb. Molar, etc.) - Vivos actualmente	Cualitativa Policotómica	Nominal	Medición prospectiva

## **VI. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se solicitará un listado de todos los números de historias clínicas de pacientes que hayan presentado un parto vaginal en el Hospital Cayetano Heredia durante el período de estudio en la Oficina de Estadística del mismo establecimiento. Una vez obtenido, la investigadora principal procederá a realizar la búsqueda manual de las historias clínicas en el Archivo de dicho hospital, evaluando así los criterios de inclusión y exclusión del estudio para cada historia revisada.

La información de las historias clínicas incluidas será anotada en la Ficha de Recolección de Datos diseñada para la presente investigación.

## **VII. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO:**

Para la ejecución de la presente investigación se contará con la autorización del Servicio de Obstetricia, así como también del comité de bioética de la Hospital Nacional Cayetano Heredia, que basan sus parámetros en los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su versión más reciente (Fortaleza – Brasil, octubre de 2013); y en los artículos 15; 25; 28 de la Ley General de Salud del Perú. (Ley N° 26842). Estas recomendaciones guían a los médicos en investigaciones biomédicas que involucran seres humanos.

## **VIII. PLAN DE ANÁLISIS**

Se procederá a vaciar la información recolectada en las Fichas de Recolección de datos en una hoja de datos del programa Microsoft Excel para un adecuado manejo de los mismos.

Los registros que no cuenten con información respecto a alguna de las variables de interés serán excluidos del análisis por la variable faltante. Debido al diseño de la presente investigación, se utilizará estadística descriptiva para las variables de interés, expresando los resultados en frecuencias y porcentajes del programa Excel.



## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cunningham F.G, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetricia. 24a ed. México DF: Mc Graw Hill education; 2015. 609 p.
2. Claudia NS, Sara RS, Luis T. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: Comparación de complicaciones maternoneonatales. Rev.Per Ginecol Obstet. 2010,56:232-237.
3. Monterde E, Ferrer P, Parra J. Protocol: Control gestacional en gestantes con cesárea Anterior. Centre de Medicina Fetal Y Neonatal de Barcelona. 2018.
4. Rezai S, Labine M, Gottimukkala S, Karp S, Sainvil L, Isidore G. Trial of Labor after Cesarean (TOLAC) for Vaginal Birth after previous Cesarean Section (VBAC) versus Repeat cesarean section; A Review.St. George's University, West Indies. Volumen 4 Issue 6-2016.
5. Berghella V. Obstetric Evidence Based Guidelines. 3<sup>rd</sup> ed. Taylor y Francis Group.6000 Broken Sound Parkway NW,Suite 300 Boca Raton 2017. 161p.
6. American Collegue of Obstetricians and Gynecologists (2013) ACOG committee opinion no559: Cesarean delivery on maternal request. Obstet Gynecol 121(4):904-907.
7. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Factors predisposing to perinatal death related to uterine rupture during attempted vaginal birth after cesarean seccion: retrospective cohort study. BMJ 329.
8. Green Top Guideline No:45 Birth After Previous Cesarean Birth. Royal Collegue of Obstetricians and Ginaecologists. October 2015.

## X. PRESUPUESTOS Y CRONOGRAMA

Presupuesto:

Procedencia de financiamiento: autofinanciado

MATERIALES	CANTIDAD	COSTO UNITA- RIO	COSTOTOTAL
Papel bond	100	0.10S/:	10S/.
Lapiceros	10	1.5S/.	15S/.
Corrector	5	3S/.	15S/.
Movilidad	2	1 S/.	46S/.
fotocopias	100	0.10S/.	10S/:

Cronograma:

Actividades	Tiempo
Búsqueda de bibliografía	1 mes
Elaboración del marco teórico	1mes
Elaboración del protocolo	1 mes
Recolección de datos	2 meses
Procesamiento y análisis de datos	1 mes
Elaboración de informe final	3 semanas
Publicación	3 semanas

## **XI. ANEXOS**

### **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

1) Edad de la paciente

- a) 15-19      b) 20-24      c) 25-29      d) 30-34      e) 35-39      f) >40

2) Estado civil:

- a) Soltera      b) Casada      c) Conviviente      d) Divorciada      e) Viuda

3) Grado de instrucción:

- a) Primaria(I)(C)      b) Secundaria (I) (C)      c) Superior Técnica (I) (C)      d) Superior Universitario (I) (C)      e) Ninguna

4) Procedencia:

- a) Lima      b) Provincia      c) País Extranjero

5) Ocupación:

- a) Ama de casa      b) Negocio propio      c) Dependiente      d) Estudiante

6) Número de Partos Vaginales anteriores:

- a) 0      b)1      c)2      d)3      e) >4

7) Complicación durante el trabajo de parto con antecedente de cesárea previa

- a) Rotura Uterina      b) Hemorragia Posparto      c) Otra

8) Se llegó a concretar el parto vaginal en la paciente con antecedente de cesárea previa?

- a) Si      b) No