

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**RESULTADOS ADVERSOS MATERNO-PERINATALES EN
GESTANTES SOMETIDAS A CESÁREA ELECTIVA REPETIDA Y
PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO POSTERIOR A CESÁREA,
HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY, PERÍODO 2012-2013**

AUTOR: REYES CRUZ CARLOS EDUARDO.

ASESOR: DR. BRAVO BURGOS YUL.

Trujillo – Perú

2014

MIEMBROS DEL JURADO

DR. ALCÁNTARA ASCÓN RENÉ
PRESIDENTE

DR. SALAZAR CRUZADO ORLANDO
SECRETARIO

DR. HASHIMOTO PACHECO HUMBERTO
VOCAL

	Página
I. INTRODUCCION	01
II. MATERIAL Y METODOS	10
III. RESULTADOS	21
IV. DISCUSION	29
V. CONCLUSIONES	32
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
VII. ANEXOS	38

RESUMEN

Introducción: Los riesgos relativos y absolutos asociados a la prueba de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa han originado un aumento en la tasa de cesáreas, a pesar de las evidencia que muestran los beneficios de la prueba de trabajo de parto.

Objetivo: Determinar los resultados adversos maternos y perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa con indicación de prueba de trabajo de parto y cesárea electiva repetida.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo analítico de cohortes anidadas desde 1 de enero de 2012 al 31 diciembre del 2013. Con una muestra de 35 gestantes en el grupo con prueba de trabajo de parto posterior y 35 gestantes sometidas a cesárea electiva repetida. Para el análisis estadístico se empleó tabla de contingencia de 2 x2, con su riesgo relativo (RR) e IC al 95%, además de la prueba estadística Chi².

Resultados: Los resultados maternos muestran en el grupo de prueba de trabajo de parto posterior a cesárea 3 casos de hemorragia posparto. En el grupo de cesárea electiva repetida se encontró un caso de hemorragia posparto. En cuanto a los resultados perinatales se encontró; en el grupo de prueba de parto vaginal posterior a cesárea, un caso de síndrome de distrés respiratorio severo y en el grupo de cesárea electiva repetida un caso de síndrome de distrés respiratorio severo y un caso de Apgar <7 a los 5 minutos.

Conclusión: No hubo diferencia estadísticamente significativa en los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa con indicación de prueba de trabajo de parto y cesárea electiva repetida.

Palabras Claves: Prueba de trabajo de parto, cesárea electiva repetida, resultados maternos, resultados perinatales.

ABSTRACT

Introduction: relative and absolute risks associated with testing vaginal delivery in pregnant women with a history of previous cesarean section have led to an increase in the cesarean rate, despite evidence showing the benefits of proving labor.

Objective: To determine adverse maternal and perinatal outcomes of pregnant women with a history of a previous cesarean section indicating proof of labor and elective repeat cesarean.

Methods: A retrospective cohort nested analytical study was conducted from January 1, 2012 to December 31, 2013. With a sample of 35 pregnant women in the group with proof of delivery and subsequent work 35 pregnant women undergoing elective repeat cesarean. For statistical analysis, contingency table 2 x2 was used, with relative risk (RR) and 95% CI, besides the Chi2 test statistic.

Results: Maternal outcomes shown in the test group work back cesarean delivery 3 cases of postpartum hemorrhage. In the group of elective repeat cesarean a case of postpartum hemorrhage was found. Regarding perinatal outcome is detected; in the test group of posterior vaginal delivery cesarean section, a case of severe respiratory distress syndrome and in the elective group repeated a case of severe respiratory distress syndrome and one case of Apgar <7 at 5 minutes.

Conclusion: There was no statistically significant difference in maternal and perinatal outcomes of pregnant women with a history of a previous cesarean section indicating proof of labor and elective repeat cesarean.

Keywords: Testing labor, elective repeat cesarean, maternal, perinatal outcomes.

I. INTRODUCCIÓN

1. Definición y delimitación del problema

1.1. Marco teórico:

En las últimas décadas, la tasa de cesárea se ha incrementado en todos los países del mundo. En Europa y en los Estados Unidos se pasó de 5% en 1970 a 30% en 1990, lo que supone un aumento del 500%, para luego estabilizarse en alrededor de 26% en los años 2000. En América Latina, esta cifra es más elevada, observándose los índices más elevados en México, Brasil, República Dominicana y Chile. En Colombia, la tasa reportada de cesárea es de 27%, pero llega al 67% en instituciones privadas. ^(1, 2, 3)

En el ámbito nacional, también se observa esta tendencia y la tasa de cesárea varía entre 20,2% y 54,5%, siendo la causa más frecuente el hecho de haberse sometido a cesárea en el parto anterior. En el Instituto Nacional Materno Perinatal, la tasa de cesárea fue 43,8% en el año 2006 y 46,6% el año 2007. ⁽⁴⁾

En el ámbito local, el año 2013 la tasa de cesárea en el Hospital Belén de Trujillo fue del 55.1%, en el Hospital Regional Docente de Trujillo de 45.6% y en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray fue del 50.9%. ^(5, 6)

En este contexto, el parto es uno de los momentos más importantes en la vida del ser humano, no solo para la madre que experimenta el mismo, sino también para toda la familia que espera con mucha expectativa al nuevo integrante. No obstante, todo el proceso por el que atraviesa la madre y el niño por nacer representa uno de los mayores riesgos de la vida, debido a sus

complicaciones las cuales constituyen algunas de las principales causas de muerte en mujeres en edad fértil (15-49 años) de nuestro país.^[7,8]

Sobre este particular, se denomina parto a la expulsión o extracción fuera del útero gestante de un producto de la concepción con peso mayor de 500 gramos o mayor de 20 semanas de vida intrauterina. Este proceso requiere un importante gasto de energía, de ahí la expresión *trabajo de parto*. Las contracciones del trabajo de parto son dolorosas y justifican la expresión *dolores del trabajo de parto*.^[9, 10, 11]

En el trabajo de parto intervienen tres factores: el motor del parto (las contracciones uterinas), el canal del parto (canal óseo y canal blando), y el móvil del parto (feto y anejos ovulares). Además, comprende tres períodos: Dilatación, Expulsivo y Alumbramiento, cada uno de los cuales puede presentar diversas complicaciones, tanto maternas como perinatales. El parto se puede producir por dos vías, la vía vaginal y la abdominal (cesárea). Diversos son los factores que determinan la elección de una de las vías.^(4, 12, 13, 14)

La cesárea es la intervención quirúrgica mayor más antigua de la historia de la humanidad, en un inicio se practicaba sólo en cadáveres para extraer al feto del vientre de la madre muerta. La primera operación en madre viva que está documentada, data del siglo XVII, Jeremias Trautmann la realizó el 21 de abril del año 1610 en Wittenber, Sajonia; el feto vivió pero la madre murió por fiebre puerperal.^(13, 15)

A fines del siglo XIX la cirugía va dando sucesivos cambios hacia el progreso y naturalmente los mismos favorecieron a este tipo de intervención. A lo largo del siglo XX la cesárea se convierte en la intervención tocúrgica por excelencia, mejoraron las técnicas, los medios diagnósticos y se perfecciona la anestesia, se realizan transfusiones sanguíneas, por lo que disminuyen los riesgos de hemorragia puerperal y la fluidoterapia permite la recuperación inmediata. ^(13, 15)

Dos tercios de las cesáreas son cesáreas primarias (la gestante previamente no ha tenido una cesárea), el tercio restante son cesáreas a repetición (segundas, terceras o más cesáreas previas), según las bases de datos consultadas. Las indicaciones de cesárea son en un 35% por antecedente de cesárea previa, un 30% por distocia de labor de parto, un 11% por presentación de nalgas y un 10% por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Otro factor que probablemente contribuye que la tasa de cesárea no decrezca a pesar de los cuidados que se tienen en gestantes con cesárea previa, es la progresiva judicialización de la práctica médica. ^(13, 16)

No se puede determinar la tasa de cesárea ideal; para la OMS no debería superar el 15% de todos los partos, esto es difícil ya que depende del tipo de población que se asista, así un hospital de referencia tiene un elevado porcentaje de gestantes con riesgo alto y la tasa de cesáreas suele ser mayor que la de un hospital de segundo nivel. ^(13, 17, 18)

La prueba de trabajo de parto posterior a una cesárea se denomina al intento planeado del inicio del trabajo de parto en una mujer que ha sido sometida previamente a un parto por cesárea y desea un parto vaginal posterior. Este tipo de práctica es cada vez más frecuente, no obstante existen complicaciones maternas como: rotura uterina, dehiscencia uterina, hemorragia posparto, histerectomía, transfusión sanguínea, muerte materna, endometritis y otros eventos adversos (lesiones viscerales, ligadura de uréteres, perforación intestinal, rotura vesical), además complicaciones perinatales como muerte fetal intrauterina ante o intraparto, Apgar menor de 7 a los 5 minutos, síndrome de distres respiratorio severo y muerte neonatal. No obstante, aunque existe un mayor riesgo de rotura uterina, siendo un riesgo bajo, que se puede asumir, en cambio una cesárea electiva rutinaria para un segundo parto tras una primera cesárea conlleva un exceso de riesgo de mortalidad y morbilidad materna y fetal más alto que en un parto vaginal, además de conllevar un costo sanitario mucho mayor. (4, 19, 20, 21)

Aunque muchos de los estudios que se han realizado de partos tras cesárea, son de tipo no aleatorizados, como casos y controles, cohorte y metaanálisis, habiéndose visto que la tasa de éxito de un parto tras una cesárea es del 72 al 76%, y este aumenta si la mujer previo a la cesárea había tenido otro parto vaginal; uno de los factores que disminuye esta tasa, es el haber estado indicada la cesárea por distocia, no haber administrado anestesia epidural a la paciente, tener un parto pretérmino por cesárea y que el parto actual fuese en un tiempo menor a 18 meses desde la intervención o la edad materna aumentada; por lo que se deberá ofrecer un intento de parto vaginal a todas

las mujeres con cesárea previa transversa que no tengan contraindicaciones para un parto por vía vaginal, previa información de los beneficios y riesgos del mismo. ⁽²²⁾

No obstante, en la mayoría de las series publicadas sobre mujeres que intentan una prueba de trabajo de parto después de una cesárea, demuestra que la posibilidad de éxito dependerá de una correcta selección de las pacientes candidatas a una prueba de trabajo de parto. Un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2007, menciona la utilización, de forma implícita; ya que no figura en las Guías Clínicas y Procedimientos para la Atención Obstétrica, una serie de contraindicaciones para el parto vaginal después de una cesárea, como son: dos o más cesáreas previas, período internatal menor a 24 meses, sospecha de macrosomía fetal por altura uterina o ecografía, presentación podálica, antecedente de cesárea corporal clásica. ^(3, 4, 11, 23, 24)

Al respecto, Flamm en 1997, publica en su estudio el score predictivo para parto vaginal, el cual mide cinco variables: edad materna menor de 40 años, presencia de parto vaginal previo, razón para la primera cesárea, borramiento y dilatación cervical al ingreso. Un aumento del puntaje se correlacionó con mayor probabilidad de parto vaginal posterior a cesárea. Es así como puntaje 0 a 2 significa 49% parto vaginal, y puntaje 8 a 10, 95% parto vaginal. ^(25, 26)

Por otra parte, en la Guía de Práctica Clínica 2008 de la Clínica Santa María de Santiago de Chile, menciona como contraindicaciones para una prueba de trabajo de parto (PTP) una cesárea corporal previa, antecedente de histerotomía o miomectomía que comprometió la cavidad uterina, antecedentes de rotura uterina, contraindicación de trabajo de parto como: placenta previa o distocia de presentación; y negativa de la mujer a una prueba de trabajo de parto. ⁽¹⁶⁾

No obstante, en mujeres con embarazo de término y antecedente de cesárea, que tienen la intención de optar por una cesárea electiva se le debe informar que el riesgo de mortalidad materna es mayor que cuando se intenta una prueba de trabajo de parto, que el riesgo de placenta previa, acretismo placentario, hemorragia obstétrica e histerectomía obstétrica, en embarazos subsecuentes, es mayor, así como la estancia hospitalaria, pero que tienen menor riesgo de ruptura uterina. ⁽²³⁾

Así mismo, a las mujeres con embarazo a término que tienen la intención de optar por una prueba de parto se debe informar sobre los riesgos para el feto lo siguiente: el riesgo de mortalidad perinatal/neonatal es mayor y el riesgo de que el neonato desarrolle taquipnea transitoria del recién nacido es menor, cuando se compara con la cesárea electiva. ⁽¹³⁾

Por otro lado, no existe suficiente evidencia que demuestre diferencias en cuanto a los riesgos para el neonato de presentar encefalopatía hipoxico-

isquémica, sepsis, trauma e ingreso a la unidad de cuidados intensivos, cuando se compara la cesárea electiva con la prueba de parto vaginal. ⁽¹³⁾

Huerta E et al encontró en su estudio que la tasa de cesárea en el Instituto Materno Perinatal, en el año 2007 fue de 46.6% y no hubo diferencia estadísticamente significativa en los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa a quienes se les indicó prueba de trabajo de parto, comparados con quienes se indicó cesárea electiva repetida. Además la tasa de éxito del grupo prueba de trabajo de parto fue de 65,3%. ⁽⁴⁾

Cuero O et al encontró en su estudio que la proporción de parto vaginal después de una cesarea fue de 20,3%. El 36% de las gestantes con puntajes (Score predictivo de Flamm), entre 4 y 7 tuvieron parto vaginal y el 83% de las gestantes con 8 o más puntos. ⁽²⁵⁾

Núñez M et al determinó en su estudio que la prevalencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa fue 12% y el 88% culminaron en cesárea iterativa siendo la causa más frecuente la sospecha de alteración del bienestar fetal (23%). ⁽²⁷⁾

Santisteban J. et al encontraron en su estudio un éxito del parto vaginal después de un parto por cesárea de 86.5% y fue mayor (69.7%) en los de inicio espontaneo. ⁽²⁸⁾

Leal M. et al en su estudio determinaron que el 59% de las pacientes analizadas sometidas a prueba de trabajo de parto posterior a cesárea tuvieron parto exitoso. El porcentaje de complicaciones maternas fue significativamente mayor en el grupo de pacientes a las que se les realizó cesárea intraparto. La ruptura uterina se presentó en el 1,3% de las gestantes sometidas a prueba de trabajo de parto. El porcentaje de complicaciones neonatales fue semejante entre los dos grupos. No obstante, la necesidad de reanimación neonatal fue significativamente mayor en los productos de madres a las que se les realizó una cesárea electiva. ⁽¹⁴⁾

1.2. Identificación y Justificación del problema:

Los diversos estudios demuestran la tendencia al alza en el número de cesáreas, se debe al manejo controversial de la gestante con cesárea previa, no existiendo hasta el momento un criterio uniforme acerca de la mejor conducta a seguir en estos casos, a pesar de que muchos estudios demuestran los beneficios del parto vaginal sobre la cesárea iterativa.

Muchas son las variables que se manejan en la atención final de la gestación, por esto no existiendo una normativa al momento de indicar una operación cesárea, los criterios van a depender tanto del servicio donde se maneje como de las causas que se consideren para indicarla.

Así, se observa que las mujeres con cesáreas electivas sufren más infecciones, recuperaciones más largas y mayores problemas físicos y emocionales,

reingresos al hospital, entre otros problemas. Así mismo, los bebés nacidos por cesárea tienen más riesgo en su salud.

Por todo lo expuesto, surge la inquietud del investigador por abordar el tema y determinar los resultados materno-perinatales en gestantes con prueba de parto vaginal posterior a cesárea en comparación con las gestantes con cesárea electiva repetida en nuestro medio. No obstante, cabe señalar la contribución científica para la comunidad académica local, al realizar este proyecto; resultando útil como base de datos para ulteriores investigaciones.

2. Formulación del Problema Científico

¿Cuáles son los resultados adversos materno-perinatales en gestantes sometidas a cesárea electiva repetida y prueba de trabajo de parto posterior a cesárea, Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, período 2012-2013?

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

- Determinar y comparar los resultados adversos materno-perinatales de las gestantes sometidas a cesárea electiva repetida y prueba de trabajo de parto posterior a cesárea.

3.2. Objetivos Específicos

1. Determinar los resultados adversos maternos en las gestantes con prueba de trabajo de parto posterior a cesárea.
2. Determinar los resultados adversos maternos en las gestantes sometidas a cesárea electiva repetida.

3. Determinar los resultados adversos perinatales en las gestantes con prueba de trabajo de parto posterior a cesárea.
4. Determinar los resultados adversos perinatales en las gestantes sometidas a cesárea electiva repetida.
5. Determinar si existe diferencia significativa entre los resultados adversos materno-perinatales de las gestantes sometidas a cesárea electiva repetida y prueba de trabajo de parto posterior a cesárea.

4. Hipótesis

- **Ho:** No existe diferencia estadísticamente significativa entre los resultados adversos materno-perinatales de las gestantes sometidas a cesárea electiva repetida y prueba de trabajo de parto posterior a cesárea.
- **Ha:** Si existe diferencia estadísticamente significativa entre los resultados adversos materno-perinatales de las gestantes sometidas a cesárea electiva repetida y prueba de trabajo de parto posterior a cesárea.

5. Material y Método

5.1. Poblaciones

5.1.1. Población Diana o Universo

La población universo está constituida por las gestantes con antecedente de cesárea previa una vez.

5.1.2. Población de Estudio

La población en estudio está conformada por las gestantes con antecedente de cesárea previa una vez, cuyo parto fue atendido en el Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray durante el período Enero 2012 a Diciembre 2013 y cumplen con siguientes criterios:

Criterios de Inclusión

- Gestantes con antecedente de una sola cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja.
- Gestantes con antecedente de una sola cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja y parto vaginal atendido en el Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo, La Libertad.
- Gestantes con antecedente de una sola cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja y cesárea electiva repetida atendida en el Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo, La Libertad.
- Gestantes con edad gestacional mayor o igual a 37 semanas por fecha de última regla o ecografía del primer trimestre.
- Presentación de vértice.
- Historia clínica accesible.

Criterios de Exclusión

- Gestantes con indicación absoluta de cesárea (incompatibilidad feto-pélvica, incisión uterina clásica u otros antecedentes de cirugía uterina previa).
- Gestantes con complicaciones médicas u obstétricas que impidan el parto vaginal (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia severa, diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas, sospecha de macrosomía fetal por ecografía o altura uterina).
- Historias clínicas perinatales con datos incompletos.

5.1.3. Muestra

Unidad de Análisis

La unidad de análisis los constituyó cada una de las gestantes con antecedente de cesárea previa que presentaron su parto en el período de enero 2012 a diciembre 2013.

Unidad de Muestreo

Las historias clínicas, libro de registro de partos, sistema de gestión hospitalaria EsSalud.

Tamaño muestral

Para determinar el tamaño muestral se utiliza la siguiente formula:

$$n = \frac{[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$P_1 = 0,45$$

$$P_2 = 0,15$$

$$P = (P_1 + P_2)/2$$

$$= \text{Z error tipo II asumible (0.842)}$$

$$z_{1-\beta}$$

$$= \text{Z error tipo I asumible (1.96)}$$

$$z_{1-\alpha/2}$$

$$n = \frac{\{1,96 \sqrt{[2(0,525)(0,475)]} + 0,842 \sqrt{[(0,7)(0,3) + (0,35)(0,65)]}\}^2}{(0,7 - 0,35)^2} = 35,44 \approx 35$$

Cada cohorte estará conformada por 35 pacientes conformando un total de 70 pacientes.

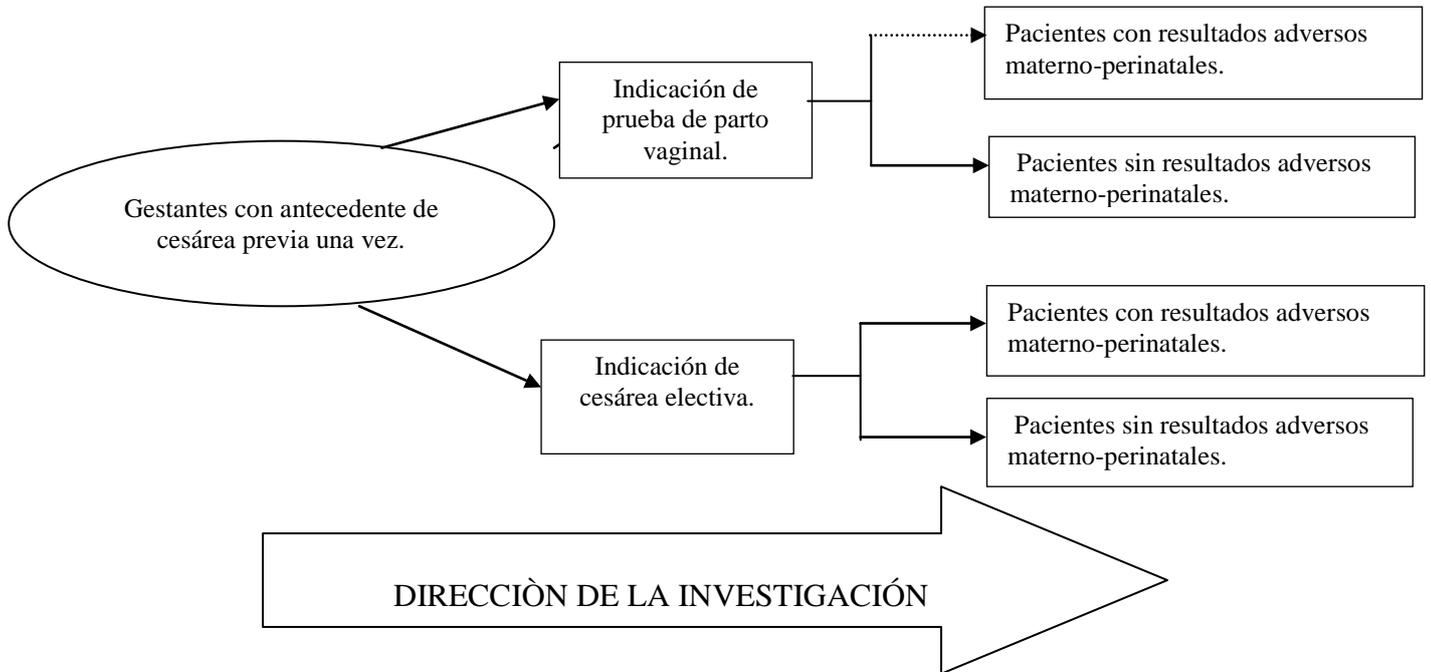
5.1.4. Tipo de muestreo

Se utilizará el muestreo aleatorio.

5.2. Métodos

5.2.1. Diseño de Estudio:

Este estudio Corresponde a un diseño de cohortes anidada, retrospectivo, analítico.



5.2.3. Descripción de variables y escalas de medición:

CLASE DE VARIABLE	ENUNCIADO DE LA VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable Independiente	1. Prueba de parto vaginal.	Si	Dicotómicas	Nominal
	2. Cesárea electiva repetida.	Si		
Variable Dependiente	RESULTADO MATERNO			
	Rotura uterina	Si /no	Dicotómicas	Nominal
	Dehiscencia uterina	Si /no	Dicotómicas	Nominal
	Hemorragia posparto	Si /no	Dicotómicas	Nominal
	Histerectomía	Si /no	Dicotómicas	Nominal
	Transfusión sanguínea	Si /no	Dicotómicas	Nominal
	Muerte materna	Si /no	Dicotómicas	Nominal
	Otros efectos adversos	Si /no	Dicotómicas	Nominal
	RESULTADO PERINATAL			
	Obito fetal	Si /no	Dicotómicas	Nominal
	Síndrome de distres respiratorio severo	Si /no	Dicotómicas	Nominal
	Muerte neonatal	Si /no	Dicotómicas	Nominal
	Apgar < 7 a los 5 minutos	Si /no	Dicotómicas	Nominal

5.2.4 Definiciones Operacionales:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR
<p>1. Tipo de Término de Embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prueba de parto vaginal después de una cesárea. (TOLAC) ○ Cesárea electiva repetida. 	<p>Intento planeado del inicio del trabajo de parto en una mujer que ha sido sometida previamente a un parto por cesárea y desea un parto vaginal posterior⁽¹⁹⁾.</p> <p>Es la planificación y programación de cesárea en una mujer que ha sido sometida previamente a un parto por cesárea.⁽¹⁹⁾</p>	<p>Datos tomados de la ficha de recolección de datos:</p> <p>Si : 1</p> <p>No: 2</p>	<p>Si: 1</p> <p>No: 2</p>
RESULTADOS ADVERSOS MATERNOS			
1. Rotura uterina	Solución de continuidad no quirúrgica, a través de todo el espesor de la pared uterina. ⁽²⁹⁾	Si /no	Si: 1 No: 2
2. Dehiscencia uterina	Solución de continuidad no quirúrgica, que no compromete todo el espesor de la pared uterina, no incluye serosa, a nivel de una cicatriz anterior. ⁽²⁹⁾	Si /no	Si: 1 No: 2
3. Hemorragia posparto	Pérdida sanguínea mayor de 500mL posterior al parto vaginal o 1000mL posterior al parto por cesárea, en las primeras 24h del puerperio. ⁽³⁰⁾	Si /no	Si: 1 No: 2
4. Histerectomía	Extracción quirúrgica del útero desde la cavidad pélvica. ⁽³¹⁾	Si /no	Si: 1 No: 2
5. Transfusión sanguínea	Transferencia de sangre total o uno de sus componentes de una persona (donante) a otra (receptor). ^(31, 32)	Si /no	Si: 1 No: 2

6. Muerte materna	Muerte de una mujer, de cualquier causa, durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días de la terminación de su embarazo, sin importar la duración o localización del embarazo. ⁽¹⁰⁾	Si /no	Si: 1 No: 2
7. Otros efectos adversos	Lesiones viscerales como ligadura de uréteres, perforación intestinal o rotura vesical. ⁽⁴⁾	Si /no	Si: 1 No: 2
RESULTADOS ADVERSOS PERINATALES			
8. Óbito fetal	Ausencia de latido fetal intrauterino a partir de las 22 semanas de gestación hasta el parto o que al nacer pesa \geq 500g. ⁽¹⁰⁾	Si /no	Si: 1 No: 2
9. Síndrome de distres respiratorio severo	Neonato con clínica de dificultad respiratoria, además de puntaje del Score Silverman-Anderson \geq 7 puntos. ⁽³³⁾	Si /no	Si: 1 No: 2
10. Muerte neonatal	Muerte ocurrida dentro de los primeros 27 días 23 horas 59 minutos de vida extrauterina. ⁽¹⁰⁾	Si /no	Si: 1 No: 2
11. Apgar < 7 a los 5 minutos	Evaluación del neonato con el score de Apgar, a los 5 minutos de vida con un puntaje <7 puntos. ⁽¹⁰⁾	Si /no	Si: 1 No: 2

6. Procedimiento:

- 6.1)** Se solicitó permiso al Gerente de la Red Asistencial EsSalud, La Libertad (anexo 1) para acceder a la base de datos del sistema de gestión hospitalaria, libro de registro de partos del Servicio de Ginecología y Obstetricia, y archivo de historias clínicas del Hospital IV Víctor Lazarte EcheGARAY.
- 6.2)** Se identificaron las gestantes con antecedente de cesárea previa una vez y se extrae su número de historia clínica del sistema de gestión hospitalaria y libro de registro de partos del Servicio de ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Lazarte EcheGARAY EsSalud, La Libertad.
- 6.3)** Se ubicaron las historias clínicas de las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y se recolectaron los datos de una fuente secundaria mediante la técnica del registro, utilizando como instrumento una ficha de recolección de datos (anexo 2).
- 6.4)** Se recopiló la información necesaria para elaborar la base de datos y realizar el análisis respectivo.
- 6.5)** La base de datos obtenida se ingresó en una hoja del paquete SPSS 20.0.

7. Procesamiento y Análisis de la información:

El procesamiento de la información fue automático y se utilizó una computadora COMPAQ con procesador AMD, sistema operativo Windows7 y paquete estadístico SPSS 20.0

7.1. Estadística Descriptiva

En la presente investigación se utilizó las medidas descriptivas de resumen: las medidas de tendencia central; como la media y la mediana, y las medidas de dispersión como la desviación estándar. Además se elaborarán tablas de doble entrada.

7.2. Estadística Inferencial

Se utilizó la Estadística Inferencial para el análisis de la asociación de las variables. Para calcular la participación del azar en los resultados, se utilizará la prueba de Chi cuadrado la cual es una prueba estadística no paramétrica que mide el significado de las diferencias entre categorías; fijando el nivel de significancia en $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

7.3 Estadígrafos Estudio:

Se determinó el Riesgo Relativo (RR) como estadígrafo por ser este un estudio de Cohortes según el siguiente esquema:

		VD	
		+	--
VI	--	A	b
	+	C	d

DONDE RR: $a/(a+b)/c/(c+d)$

= 1, no hay asociación entre el factor y la enfermedad.

<1, Menor riesgo de enfermedad.

>1, Mayor riesgo de enfermedad.

Para la presentación de los resultados se utilizaron tablas de doble entrada y gráficos de barras.

8. Principios Éticos:

La información obtenida de las pacientes a través de las historias clínicas, fueron tratadas de forma confidencial de acuerdo a los principios éticos actualmente vigentes como se establece en la Declaración de Helsinki, el Reporte de Belmont, las pautas del CIOMS los artículos 15° y 25° de la Ley General de Salud, artículos 94° y 95° del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.

9. Resultados:

1. El 82.9% de las pacientes con indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea tenían entre 20 a 35 años de edad y el 77.1% en el grupo de pacientes con indicación de cesárea electiva repetida ($p = 0.383$). En relación al peso del RN: el 91.4% de las pacientes con indicación de parto vaginal y el 100% de las pacientes con indicación de cesárea electiva tuvieron RN con peso entre 2500 – 3999g ($p = 0.209$). En cuanto al periodo intergenésico: el 71.4% de las pacientes con indicación de parto vaginal tuvieron periodo intergenésico > 24 meses, así mismo, el 82.9% de las pacientes con indicación de cesárea electiva ($p = 0.387$). (TABLA N° 01)
2. En relación a la edad: el 14.30% de las pacientes > 35 años presentaron resultado adverso materno-perinatal y el 94.6% de las pacientes entre 20 a 35 años no presentaron resultado adverso materno-perinatal ($p = 0.260$). En relación al peso del RN: el 7.5% de las pacientes que presentaron resultado adverso materno-perinatal tuvieron RN con peso entre 2500 – 3999g y el 100% de los demás grupos no presentaron resultado adverso materno-perinatal ($p = 0.886$). En cuanto al periodo intergenésico: el 13.3% de las pacientes con periodo intergenésico de 18 a 24 meses y el 5.6% de las pacientes con período intergenésico >24 meses presentaron algún tipo de resultado adverso materno-perinatal, mientras el 100% de aquellas con $PI < 18$ meses no presentaron algún resultado adverso ($p = 0.563$). (TABLA N° 02)

3. Con respecto a los resultados adversos maternos, el 8.6% de pacientes con indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea presentaron hemorragia posparto y el 97.1% de las pacientes con indicación de cesárea electiva repetida no presentaron resultado adverso materno ($p=0.307$). (TABLA N° 03)

4. La proporción de pacientes con síndrome de distrés respiratorio severo son igual en ambos grupos (2.9%), mientras que el 97.10% de las pacientes con indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea y 94.30% de las pacientes con indicación de cesárea electiva repetida no presentaron resultado adverso perinatal ($p=0.602$). (TABLA N° 04)

5. El 8.6% de las pacientes con indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea, presentaron resultado adverso materno, mientras que el 2.9% de las pacientes con indicación de cesárea electiva repetida presentaron resultado adverso perinatal ($p = 0.303$). La incidencia de resultado adverso materno entre las pacientes con indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea, ha sido 3 veces superior al de las pacientes con indicación de cesárea electiva repetida (RR= 3.000 IC 95%, 0.328 – 27.461). En cuanto a la diferencia de incidencias (RA), 57 de cada 1000 pacientes con indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea, presentan resultado adverso materno, debido (atribuible) al hecho de estar expuestas a la indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea. Por otro lado, el 66.28% de las pacientes con indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea, que presentaron resultado adverso materno, es debido (atribuible) al hecho de estar

expuestas a la indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea (FAE = 0.6628). (TABLA N° 05).

6. Por otra parte, se puede observar que en el grupo de pacientes con indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea no se presentó ningún resultado adverso perinatal, mientras que en el grupo de pacientes con indicación de cesárea electiva repetida el 5.7% presentaron resultado adverso perinatal ($p = 0.246$). Las pacientes con indicación de cesárea electiva repetida tienen 1.06 veces más probabilidades de no presentar resultado adverso perinatal que las pacientes con indicación de parto vaginal (RR = 1.061 IC 95%, 0.978 – 1.151). En cuanto a la diferencia de incidencias (RA), 57 de cada 1000 pacientes con indicación de cesárea electiva repetida no presentaron resultado adverso perinatal, atribuible al hecho de la indicación de cesárea electiva repetida. (TABLA N° 06)

7. El 8.6% de las pacientes con indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea presentaron resultado adverso materno-perinatal, así mismo el 5.7% de las pacientes con indicación de cesárea electiva repetida ($p = 0.500$). La incidencia de resultado adverso materno - perinatal entre las pacientes con indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea, ha sido 1.5 veces superior al de las pacientes con indicación de cesárea electiva repetida (RR= 1.500 IC 95%, 0.267 – 8.434). En cuanto a la diferencia de incidencias (RA), 29 de cada 1000 pacientes con indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea, presentan resultado adverso materno - perinatal, debido (atribuible) al hecho de estar expuestas a la

indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea. Por otro lado, el 33.7% de las pacientes con indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea, que presentaron resultado adverso materno - perinatal es debido (atribuible) al hecho de estar expuestas a la indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea (FAE = 0.337). (TABLA N° 07)

TABLA N° 01: Distribución de gestantes con antecedente de cesárea previa del Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”; según edad, peso RN, periodo intergenésico y tipo de parto. Periodo 2013.

CARACTERISTICA POBLACIONAL	TÉRMINO DE EMBARAZO		p - VALOR
	PRUEBA DE PARTO VAGINAL	CESAREA ELECTIVA REPETIDA	
EDAD 20 a 35	29(82.9%)	27(77.1%)	p = 0.383
EDAD > 35	6(17.1%)	8 (22.9%)	
PESO RN < 2500g	1 (2.9%)	0(00.0%)	p = 0.209
PESO RN 2500 - 3999g	32(91.4%)	35(100%)	
PESO RN > 3999g	02(5.7%)	0(00.0%)	
PERIODO INTERGENESICO < 18 M	1(2.9%)	0(00.0%)	p = 0.387
PERIODO INTERGENESICO 18 a 24 M	9(25.7%)	06(17.1%)	
PERIODO INTERGENESICO > 24 M	25(71.4%)	29(82.9%)	

Fuente: ficha de recolección de datos, datos generales.

TABLA N° 02: Distribución de gestantes con antecedente de cesárea previa del Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”; según edad, peso RN, periodo intergenésico y resultado adverso materno-perinatal. Periodo 2013.

CARACTERITICA POBLACIONAL	RESULTADO ADVERSO MATERNO - PERINATAL				TOTAL		p - VALOR
	SI		NO				
	N°	%	N°	%	N°	%	
EDAD 20 a 35	3	5.40	53	94.60	56	100.00	p = 0.260
EDAD > 35	2	14.30	12	85.70	14	100.00	
PESO RN < 2500g	0	0.00	1	100.00	1	100.00	p = 0.886
PESO RN 2500 - 3999g	5	7.50	62	92.50	67	100.00	
PESO RN > 3999g	0	0.00	2	100.00	2	100.00	
PERIODO INTERGENESICO < 18 M	0	0.00	1	100.00	1	100.00	p = 0.563
PERIODO INTERGENESICO 18 a 24 M	2	13.30	13	86.70	15	100.00	
PERIODO INTERGENESICO > 24 M	3	5.60	51	94.40	54	100.00	

Fuente: ficha de recolección de datos, datos generales.

TABLA N° 03: Distribución de gestantes con antecedente de cesárea previa del Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”; según resultado adverso materno y tipo de parto. Periodo 2013.

RESULTADO ADVERSO MATERNO	TÉRMINO DE EMBARAZO				TOTAL	
	PRUEBA DE PARTO VAGINAL		CESAREA ELECTIVA REPETIDA			
	N°	%	N°	%	N°	%
HEMORRAGIA POSPARTO	3	8.6	1	2.9	4	5.7
NINGUNO	32	91.40	34	97.10	66	94.30
TOTAL	35	100.00	35	100.00	70	100.00

p = 0.307

Fuente: ficha de recolección de datos

TABLA N° 04: Distribución de gestantes con antecedente de cesárea previa del Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”; según resultado adverso perinatal y tipo de parto. Periodo 2013.

RESULTADO ADVERSO PERINATAL	TÉRMINO DE EMBARAZO				TOTAL	
	PRUEBA DE PARTO VAGINAL		CESAREA ELECTIVA REPETIDA			
	N°	%	N°	%	N°	%
SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO SEVERO	1	2.9	1	2.9	2	2.90
APGAR < 7 A LOS 5 MINUTOS	0	0.0	1	2.9	1	1.40
NINGUNO	34	97.10	33	94.30	67	95.70
TOTAL	35	100.00	35	100.00	70	100

p = 0.602

Fuente: ficha de recolección de datos

TABLA N° 05: Distribución de gestantes con antecedente de cesárea previa del Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”; según tipo de parto y resultado adverso materno. Periodo 2013.

TÉRMINO DE EMBARAZO	RESULTADO ADVERSO MATERNO				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
PRUEBA DE PARTO VAGINAL	3	8.60	32	91.40	35	100.00
CESAREA ELECTIVA REPETIDA	1	2.90	34	97.10	35	100.00
TOTAL	4	5.70	66	94.30	70	100.00

$\chi^2 = 1,061$; GL= 1; p = 0.303; **RR**= 3.000 IC 95%, 0.328 – 27.461; **RA** = 0.057;

FAE = 0.6628

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 06: Distribución de gestantes con antecedente de cesárea previa del Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”; según tipo de parto y resultado adverso perinatal. Periodo 2013.

TÉRMINO DE EMBARAZO	RESULTADO ADVERSO PERINATAL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
PRUEBA DE PARTO VAGINAL	1	2.90	34	97.10	35	100.00
CESAREA ELECTIVA REPETIDA	2	5.70	33	94.30	35	100.00
TOTAL	3	4.29	42	95.71	70	100.00

$\chi^2 = 2,059$; GL= 1; p = 0.246; **RR** = 1.061 IC 95%, 0.978 – 1.151; **RA** = - 0.057

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 07: Distribución de gestantes con antecedente de cesárea previa del Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”; según tipo de parto y resultado adverso materno-perinatal. Periodo 2013.

TÉRMINO DE EMBARAZO	RESULTADO ADVERSO MATERNO - PERINATAL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
PRUEBA DE PARTO VAGINAL	3	8.60	32	91.40	35	100.00
CESAREA ELECTIVA REPETIDA	2	5.70	33	94.30	35	100.00
TOTAL	5	7.10	65	92.90	70	100.00

$\chi^2 = 0.215$; GL= 1; p = 0.500; **RR**= 1.500 IC 95%, 0.267 – 8.434; **RA** = 0.029;

FAE = 0.337

Fuente: ficha de recolección de datos.

10. Discusión:

El Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray –EsSalud, es uno de los centros de referencia en la región La Libertad, el cual posee una alta tasa de cesáreas, siendo esta en el año 2013 del 50,9%. Esta alta tasa se debe en parte a que es un centro de atención de embarazos de alto riesgo; sin embargo, refleja también la situación actual del incremento desenfrenado de su uso. Los trabajos de investigación realizados en nuestro medio revelan una tasa de cesáreas que varía entre 20,2 y 54,5%, siendo la indicación más frecuente el tener antecedente de cesárea previa. (1, 2, 3, 4, 5, 6)

En cuanto a las características demográficas de las pacientes, el período intergenésico es importante, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) no excluye del parto vaginal a las gestantes con período intergenésico corto. Sin embargo ha sido relacionado con mayor riesgo de rotura uterina. En el trabajo de Huertas y col.⁽⁴⁾ en el 2010, se analizó 266 pacientes con antecedentes de cesárea previa, determinando que un período intergenésico menor o igual a 24 meses se asoció a casi 3 veces la probabilidad de rotura uterina (OR: 2,65; IC95%: 1,08 - 5,46) resultado similar al encontrado en el presente estudio (RR: 2,62, IC95%: 0,45 – 15,37).

Respecto a los resultados adversos maternos nuestros datos indican que la prueba de trabajo de parto posterior a cesárea se asocia con una incidencia de resultado adverso materno 3 veces superior al de las pacientes con indicación de cesárea electiva (RR: 3,000 IC:95%, 0,328 – 27,461); siendo la hemorragia posparto la complicación más frecuente con un 8,6%. Al respecto, estos resultados difieren

con los encontrados por Manrique y col.⁽¹⁴⁾ en su estudio del 2009, donde reportan una incidencia de resultados adversos maternos 9,2 veces superior al de las pacientes con indicación de cesárea (RR: 9,2; IC95%: 6,3 – 13,1), así mismo informan a la hemorragia posparto como la tercera complicación en frecuencia con el 1,6%. Por otra parte, Leal y col.⁽¹⁴⁾ en su estudio del 2010 reportan que el porcentaje de complicaciones maternas fue significativamente mayor en el grupo de pacientes a las que se les sometió a prueba de trabajo de parto; y necesitaron una cesárea intraparto, con un 18%, además encontró que la rotura uterina se presentó en el 1.3% de las gestantes sometidas a prueba de trabajo de parto, datos que difieren de los encontrados en nuestro estudio. Cabe señalar que los resultados reportados en los diversos estudios, respecto a las complicaciones maternas no son uniformes y en algunos se evidencia un mayor porcentaje y riesgo de complicaciones en las gestantes sometidas a prueba de trabajo de parto lo cual dificulta el consenso y la unificación de criterios para el manejo de estos casos.

Otro de los aspectos que se abordó en el presente estudio fueron los resultados adversos perinatales, encontrando una asociación negativa, determinando que las pacientes con indicación de cesárea electiva repetida tienen 1,06 veces más probabilidades de no presentar resultado adverso perinatal, que las pacientes con indicación de prueba de parto vaginal posterior a cesárea (RR=1,061; IC95%: 0,978-1,151). Sobre este punto, Huertas y col.⁽⁴⁾ y Leal M. y col.⁽¹⁴⁾ en sus estudios, ambos realizados en el 2010, determinaron que el porcentaje de complicaciones neonatales y perinatales fue semejante entre los dos grupos. No obstante, Leal y col. reportó que la necesidad de reanimación neonatal fue significativamente mayor en los productos de madres a las que se les realizó una

cesárea electiva. Por otra parte, James R. y col.⁽³⁴⁾ reportan en su estudio que el riesgo de un resultado adverso perinatal en una pacientes sometida a prueba de parto vaginal posterior a cesárea es bajo y similar al encontrado en una paciente primigravida en labor de parto, resultados que coinciden con los de nuestro estudio (RR = 1.061 IC 95%: 0.978 – 1.151), pero difieren con los de Fisler R. y col.⁽³⁵⁾ quienes reportan en su estudio del 2003 un puntaje de Apgar <7 en el 9,6% de neonatos de madres sometidas a Prueba de parto vaginal y 1,5% en los hijos de pacientes sometidas a cesárea repetida.

11. Conclusiones:

1. El resultado adverso materno más frecuente fue la hemorragia posparto con un 8,6% de las gestantes objeto de estudio.
2. Se observó que el resultado adverso: síndrome de distrés respiratorio severo se presentó en ambos grupos con un 2,9% para cada uno. Además se observó que el Apgar <7 a los 5 minutos se presentó las gestantes con indicación de cesárea electiva con un 2,9%.
3. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los resultados adversos materno-perinatales de las gestantes sometidas a cesárea electiva repetida y prueba de trabajo de parto posterior a cesárea.

12. Recomendaciones:

1. No existiendo contraindicaciones, en una mujer con una cicatriz uterina segmentaria transversa, debe considerarse el someterla a una prueba de trabajo de parto, previa información de los riesgos y beneficios maternos y perinatales.
2. Estructurar guías para la atención de gestantes con antecedente de cesárea previa y uniformizar criterios para la adecuada selección de las gestantes candidatas a una prueba de parto vaginal.
3. Se recomienda realizar más estudios sobre los resultados adversos materno-perinatales de las gestantes sometidas a cesárea electiva repetida y prueba de trabajo de parto posterior a cesárea.

12. Referencia Bibliográfica

1. Rodríguez E, Escudero A, Gaité M, Suárez MT. Vía de parto tras cesárea anterior: factores asociados. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2003;46(6):250-6.
2. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Cesárea repetida electiva planificada versus parto vaginal planificado en mujeres con un parto por cesárea previo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008. Número 4.
3. ACOG Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington DC: ACOG; Bulletin N54, July 2004.
4. Huertas E, Pocco D. Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2010; 56 (4): 284-288.
5. Gerencia Regional de Salud La Libertad. Reporte de Partos 2013. Trujillo: Ministerio de Salud; 2014. URL disponible en: http://www.diresalalibertad.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=593
6. Red Asistencial La Libertad. Indicadores de salud Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray 2013. Trujillo: EsSalud; 2014.
7. Scott JR. Avoiding labor problems during vaginal birth after cesarean delivery. *Clin Obstet Gynecol*. 1997; 40:533-41.
8. Cifuentes R. *Obstetricia de Alto Riesgo*. 4ª Ed. Cali-Colombia: Editorial XYZ Impresores; 2001.
9. Blanco Muñoz O. *Las Células Deciduales Estromales Humanas y su participación en la tolerancia materno-fetal*. [Tesis Doctoral]. Granada. Editorial de la Universidad de Granada. 2009.

10. Pacheco J. Parto Eutócico. En: Pacheco J. Manual de Obstetricia 6° edición Lima: R&F SAC. 2011: 125.
11. Cunningham F. El Parto. En: Cunningham F. Williams Obstetricia 21° edición. Montevideo: McGraw-Hill 2001: 215.
12. Bonilla F. Pellicer A. Fisiopatología del parto y Conducción clínica del parto eutócico. En: Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas.1ª ed. Madrid: Panamericana. 2008:118-41 y 179-95.
13. Hospital Clínica de Barcelona. Servicio de Medicina Materno fetal. Protocolos Medicina Fetal Perinatal. Asistencia a la gestante en sala de partos. 2012. Disponible en:
http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/protocolos_es.html
14. Leal M, Giacomini L, Moya R. Resultados obstétricos y neonatales de pacientes secundigestas con antecedente de cesárea, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia 2006-2007. Rev Acta Méd Costarric. 2010; 52(1): 30-34. Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022010000100007&script=sci_abstract
15. Pleitas P. Parto vaginal tras cesárea. UNIZAR [En línea] 10 de Sept 2012. Disponible en: <http://zagan.unizar.es/TAZ/MED/2012/8642/TAZ-TFM-2012-655.pdf>
16. Rojas I. Guía de Práctica Clínica Ginecología y Obstetricia 2008. Clínica Santa María [En línea] Sept 2008. Disponible en:
<http://www.clinicasantamaria.cl/documentos/Guia+Clinica+PVDC.pdf>
http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_mmf_05_manejo_intraparto_cesarea_anterior.pdf
17. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes 2011. Rev Univ Alas Per [en línea] 2012 15(2): 31-38. Disponible:
http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_15-02_Esp_03.pdf

18. OMS. Tecnología apropiada para el parto. Junta de Andalucía [en línea]. Acceso Diciembre 2013. URL disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/embarazo_y_salud/tecnologia_parto.pdf
19. Cunningham F, Wells C. Patient information: Vaginal birth after cesarean delivery (VBAC) (Beyond the Basics). UpToDate [En línea] 2013 May 15. URL disponible en: http://www.uptodate.com/contents/vaginal-birth-after-cesarean-delivery-vbac-beyond-the-basics?source=search_result&search=tolac+cesarea+previa&selectedTitle=4~150
20. Cahill AG, Macones GA. Vaginal birth after cesarean delivery: evidence-based practice. Clin Obstet Gynecol. 2007; 50: 518-25.
21. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. Protocolos asistenciales en Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2010.
22. Catling-Paull C, Johnston R, Ryan C, Foreur MJ, Homer CS. Non-clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after cesarean section : a systematic review. J Adv Nurs. 2011 Aug; 67(8): 1662-76.
23. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Guía de Práctica Clínica Parto Después de una Cesárea 2013. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_605_13_PARTODESPUESDECESAREA/605GRR.pdf
24. Puig I, Corbalan S, Oliva R. Parto Vaginal Tras Cesárea Anterior. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Obst. y Ginec. 2013. Disponible en: <http://www.sego.es/Content/microsites/Congreso2013/PDF/ID2105.pdf>

25. Cuero O, Clavijo C. Parto Vaginal después de una Cesárea Previa. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Abril-Junio 2011. Vol. 62(2): 148-154.
26. Flamm B., Geiger A: Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. Obstet Gynecol 1997; 90: 907-10.
27. Nuñez M, Orquiola L, Aparicio Cataldi C. Prevalencia de Parto Vaginal en Pacientes con Cesárea Previa. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742010000200005&lng=pt&nrm=iso
28. Santisteban J, Sánchez M, Leyva L. Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital “Laura Esther Rodriguez Dulanto” de Supe. 2004-2008. En: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/as/v3n2/a11v3n2.pdf>
29. Studsgaard A, Skorstengaard M, Glavind J, Hvidman L, Uldbjerg N. Trial of labor compared to repeat cesarean section in women with no other risk factor than a prior cesarean delivery. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013Nov; 92(11): 1256-63.
30. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. 2007. Lima: Ministerio de Salud; 2007.
31. Dorland W.A. Diccionario Medico Ilustrado de Bolsillo de Medicina. 3ª Ed. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana de España. 1998.
32. Rodriguez J. Green Book: diagnóstico y tratamiento médico. 5ª Ed. Madrid: Marbán Libros. 2013.
33. Gomella T, Douglas M. Neonatología. Tratamiento, procedimientos, problemas durante las guardias, enfermedades y fármacos. 6ª Ed. Mexico DF: McGraw-Hill Interamericana editores. 2011.

34. Scott JR. Vaginal birth after cesarean delivery: A common-sense approach. Clin Obstet Gynecol. 2011; 118(2):342-350.
35. Fidler R, Cohen A, Ringer S, Lieberman E. Neonatal Outcome after Trial of Labor Compared with Elective Repeat Cesarean Section. Obstet Gynecol. 2003; 32(2): 83-88.

ANEXOS

ANEXO 1: SOLICITUD

SOLICITO: Permiso para recolección de datos.

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL IV VICTOR LAZARTE E. ESSALUD LA LIBERTAD.

SD.

Reyes Cruz Carlos Eduardo, con DNI 41867735, estudiante del sexto año de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, con el respeto que usted merece expongo:

Que siendo requisito indispensable para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano la ejecución de un proyecto de investigación, y actualmente encontrándome ya en la etapa de recolección de datos dentro del plan de investigación del estudio titulado **“RESULTADOS MATERNO-PERINATALES EN GESTANTES CON PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO Y ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA, HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY, PERÍODO 2012-2013”**, es que solicito a usted disponga a quien corresponde, se me brinde la información necesaria del Sistema de Gestión Hospitalaria, Libro de Partos del Servicio de Gineco-Obstetricia y Archivo de Historia Clínica, para continuar con el proceso de investigación científica y poder concluir el estudio mencionado.

Agradeciendo de antemano su colaboración, me despido no sin antes brindarle muestras de mi respeto y consideración.

Atentamente.

Reyes Cruz Carlos Eduardo
DNI 41867735

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha N° _____

N° de Historia Clínica: _____

1. DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres: _____

Edad: _____ Período Intergenésico: _____ Peso RN: _____

Grado de Instrucción: _____ Peso: _____ Talla: _____

G__P_____

2. DATOS DE INVESTIGACION:

A. : Variable Independiente:

• Prueba de Parto Vaginal

• Cesárea electiva repetida

B. Resultados Maternos y perinatales:

• Rotura Uterina:

SI NO

• Dehiscencia Uterina:

SI NO

• Hemorragia Posparto:

SI NO

• Histerectomía:

SI NO

• Transfusión sanguínea:

SI NO

• Muerte Materna:

SI NO

• **Otros Eventos Adversos:**

SI NO

• **Óbito fetal:**

SI NO

• **Apgar <7 a los 5 minutos:**

SI NO

• **Síndrome de Distrés Respiratorio Severo en neonato:**

SI NO

• **Muerte Neonatal:**

SI NO