



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO E INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

TRABAJO ACADÉMICO

PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA

PRESENTADO POR

Lic. LIZETH MEDALI HUINCHA VERAMENDI

ASESORA:

Mg. GILMA ALY ROJAS TELLO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD
REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA,
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL**

MOQUEGUA – PERÚ

2024



Universidad José Carlos Mariátegui

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación () / Tesis () / Trabajo de suficiencia profesional () / Trabajo académico (X), titulado “**PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA**” presentado por el(la) **HUINCHA VERAMENDI LIZETH MEDALI** para obtener el grado académico () o Título profesional () o Título de segunda especialidad (X) de: **SALUD REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL**, y asesorado por el(la) Mgr. **GILMA ALY ROJAS TELLO**, designado como asesor con Resolución Directoral N°0434-2022-DEPG-UJCM, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL	HUINCHA VERAMENDI LIZETH MEDALI	PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA	29%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del 29%, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 29 de abril del 2024

UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

Dra. DORA AMALIA MAYTA HUIZA
Jefe (a) de la Unidad de Investigación de la
Escuela de Posgrado

ÍNDICE

Carátula.....	i
Páginas de Jurado.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Índice de contenido.....	v
Resumen del trabajo académico.....	vi

CAPÍTULO I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del Problema.....	1
1.2. Justificación.....	4
1.3. Marco Teórico.....	6

CAPÍTULO II CASO CLÍNICO

2.1. Objetivos.....	18
2.2. Sucesos relevantes del caso clínico.....	19
2.3. Discusión.....	30
2.4. Conclusiones.....	31
2.5. Recomendaciones.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.....	32

RESUMEN

El parto vaginal es la vía de parto de elección, incentivar esta práctica después de una cesárea previa evita tasas elevadas de cesárea iterativa.

Este caso clínico describe a una paciente de 32 años de edad con antecedentes de una cesárea previa hace 5 años de periodo intergenésico en la cual a la evaluación se determina una pelvis ginecoide viable y la presentación del feto se encuentra adecuada para continuar con un trabajo de parto vía vaginal, por lo cual el paciente fue monitorizada constantemente en el primer periodo de dilatación se realizó en forma normal fue un parto eutócico sin complicaciones por producto de la cesárea anterior teniendo un recién nacido de peso 3750 gr, Apgar 9 al minuto y 9 a los 5 minutos, perímetro cefálico 34cm, perímetro torácico 34.5, la mayoría de las veces el parto vaginal es posible, siendo seguro tanto para la madre como para el feto. La capacidad del personal y actuar de inmediato, es la clave del éxito en esta situación, siempre debemos estar preparados para garantizar la salud de nuestros pacientes.

PALABRAS CLAVES: Parto vaginal, Cesárea anterior, Complicaciones

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

EN EL MUNDO.

La Organización Mundial de la Salud concluye a partir del número de partos vaginales por cesárea es:

- La cesárea es válida solo si es necesaria por ciertas razones médicas.
- Una tasa de cesáreas superior al 10% no se asocia con una reducción de la mortalidad materna perinatal.
- Las cesáreas pueden ser complicadas y causar incapacidad, a veces incapacidad permanente e incluso la muerte, más a menudo en instalaciones que no cuentan con las instalaciones necesarias para realizar el procedimiento de manera segura y tratar posibles complicaciones postoperatorias.
- Las cesáreas deben realizarse según sea necesario, sin tratar de alcanzar una determinada velocidad.
- Se necesita más investigación para conocer los efectos en la salud del parto uterino, incluidos algunos resultados de morbilidad y mortalidad perinatal inmediata o posterior. ⁽¹⁾

- El Boletín de práctica de ACOG de 2019 establece: Los Institutos Nacionales de Salud hicieron referencia a un documento aprobado para evaluar los resultados y la seguridad de una prueba de parto por cesárea y los factores asociados con las tasas de disminución.
- La prueba de trabajo de parto después de una cesárea puede ser una opción comprensible para muchas mujeres que han tenido una cesárea, reconocen los expertos, y están instando a las instituciones a facilitar que las mujeres que han tenido una cesárea prueben el trabajo de parto. ⁽²⁾

El parto de prueba es una opción razonable para la mayoría de las mujeres con antecedentes de bajo peso al nacer mediante cesárea transversa sin otras contraindicaciones para el parto vaginal, con tasas de éxito informadas del 40 al 80%. Sin embargo, la ruptura uterina es la complicación más importante del parto de prueba con una incidencia del 0,7% ⁽²⁾

La mayoría de los trabajos de investigación publicados, que evalúan pacientes que intentan un trabajo de parto después de un parto por cesárea, han demostrado una tasa de éxito de 60 a 80%. Sin embargo, esta probabilidad varía de una paciente a otra según sus características demográficas y obstétricas. ⁽³⁾ El Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima – Perú tiene una tasa de éxito del 65,3%, esto concuerda con la tasa de éxito que se reporta en anteriores estudios. ⁽³⁾

Durante el estudio, el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz no encontró información sobre la tasa de éxito de los partos vaginales en mujeres a las que se les realizó cesárea, ni sobre factores que pudieran aumentar la probabilidad de un parto vaginal después de una cesárea; por lo que se recomienda obtener el permiso

previo del responsable de la administración del hospital para este trabajo de investigación.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Por su importancia y excelencia en el campo de la obstetricia y los riesgos asociados al embarazo, este trabajo se justifica desde los siguientes puntos de vista:

Teórico: Para probar la teoría para la investigación monográfica, se adoptó un conjunto de teorías, conceptos, definiciones de diferentes investigadores, brindando coherencia para el tema de investigación. Para incrementar el cuerpo científico de información en el área de parto vaginal en cesárea previa.

Práctico: los resultados del trabajo académico servirán de guía para los investigadores en el futuro y de base para el desarrollo de trabajos afines en este campo del conocimiento; y también brindará asistencia a todos los obstetras en la toma de decisiones con respecto a la práctica clínica de las mujeres embarazadas que acuden a las instalaciones médicas.⁽⁴⁾

Viabilidad: El desarrollo de la investigación académica es viable porque la información se analiza de la historia clínica real.

Este trabajo académico se justifica con la finalidad de mejorar la condición de la mujer y mejora la condición de estado para reducir los gastos del SIS.

Las complicaciones y la seguridad del parto vaginal están particularmente relacionado con el riesgo de ruptura uterina en pacientes con antecedentes de cesárea, ya que es la complicación más grave del intento de parto, pero su incidencia sigue siendo baja.

Por otro lado, las tasas de complicaciones maternas y perinatales son generalmente similares y bajas, y el parto vaginal después de la cesárea es posible y seguro.⁽⁴⁾

Ya sea un médico o una paciente con antecedentes de parto por cesárea, varios factores pueden influir en la decisión de realizar una cesárea o no intentar el parto. Por lo general, para la mayoría de los pacientes. A las mujeres embarazadas con antecedentes de cesárea transversa baja, mujeres solteras, peso adecuado y cefálicas se les debe ofrecer un parto de prueba para minimizar las complicaciones perinatales y, por lo tanto, reducir la morbilidad.⁽⁵⁾

1.3 MARCO TEORICO

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

1. Yu L. y col. en su “Estudio clínico multicéntrico de prueba de trabajo de parto después de una cesárea previa” – China, obtiene como resultados lo siguiente: la tasa de éxito. De la prueba de parto vaginal luego de una cesárea previa fue del 72,79% (1 308/1 797). Aumentó la tasa de embarazos en mujeres con antecedente. De cesárea previa, de 10.71%, 13.28%, 14.45%, 15.54% y 16.98% respectivamente. También reporta que la incidencia de rotura uterina en las pacientes con antecedente de cesárea. Previa (0,74%, 9/1 211) fue mayor que en las pacientes sin dicho antecedente (0,01%, 2/31 200; $\chi^2(2) > 2\ 000$, $P = 0,000$). Además, la tasa de hemorragia posparto en el grupo de mujeres con antecedente. De cesárea. previa fue de 6.94% (84/1 211), con una diferencia estadísticamente significativa en comparación con las pacientes sin cesárea previa (3.05%, 951/31 200). ⁽⁶⁾

2. Ayachi A y col. en su estudio “Predictores de los resultados del parto vaginal relacionados a mujeres con una cesárea anterior: experiencia de un Centro de Maternidad, Bizerte” – Francia, obtuvo como resultados: La tasa de éxito y de fracaso de las pruebas de trabajo de parto en pacientes con antecedente de cesárea previa fueron 82,7% y 17,3%, respectivamente. ⁽⁷⁾

Los principales factores para el fracaso de parto vaginal luego de una cesárea Previa fueron: no tener antecedente de parto vaginal con un $p = 0.005$, cuando la indicación de la cesárea previa fue por dilatación estacionaria o no progreso en la labor de parto ($p = 0,049$ y $0,002$ respectivamente), edad gestacional ≥ 40 semanas al momento del parto ($p = 0.046$), índice de Bishop < 6 al inicio del

parto ($p = 0,23.10^{-47}$), duración de la labor de parto > 8 h ($p = 0,0031$) y una frecuencia cardíaca fetal anormal durante la labor de parto. Entre las complicaciones se mencionan 7 casos de ruptura de útero con 1.7%, no se registraron casos de muerte materna. La tasa de morbilidad Materna fue de 9.5%. Sin embargo, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre el grupo con prueba de parto vaginal exitoso y el grupo con prueba de parto vaginal fallido, con respecto al índice de morbilidad materna. ⁽⁷⁾

3. Sepúlveda Mendoza DL y col. en su estudio “Factores asociados con el éxito de parto vaginal en mujeres con historia de cesárea previa” – México, menciona como resultado lo siguiente: se incluyó un total de 1160 pacientes, 668 eligieron cesárea (grupo de control) y 492 pacientes se sometieron a prueba de parto vaginal (grupo de estudio). Los factores que se asociaron al éxito de parto vaginal luego de una cesárea: la edad de la madre, peso fetal, pelvis ginecoide, feto único. ⁽⁸⁾
4. Ricci Un estudio chileno encontró que los partos vaginales después de una cesárea fueron exitosos en más del 70% de los casos. Se considera seguro en ciertas condiciones y la posibilidad de complicaciones es baja. Sin embargo, cuando ocurren, pueden ser devastadores para el feto y la madre. Una de las condiciones más alarmantes es la ruptura uterina, que ocurre en menos del 1% de los casos. De un total de 423 pacientes, 304 (71,8%) tuvieron cesárea, concluyó el estudio. La indicación más común de que necesitaban cirugía fue el trabajo de parto lento (50,4%). Una paciente tuvo una ruptura uterina y una histerectomía posterior. La morbilidad perinatal es similar a la

de la población general. Se concluyó que el 28,2% de las pacientes terminaron con cesárea y el 71,8% con parto vaginal. ⁽⁹⁾

5. Landon Mark B. y col. en su artículo “Parto después del parto por cesárea del Registro de cesáreas de la Red de Unidades de Medicina Materno-fetal (USA)”, refiere lo siguiente: la tasa de éxito de la prueba de parto vaginal luego de una cesárea fue de 13,139/17,898 o 73.4%, esto concuerda con la tasa de éxito general que está entre 60 a 80%. ⁽¹⁰⁾

También se identificaron que algunos factores están asociados de manera independiente con el éxito de la prueba de parto vaginal después de una cesárea previa: cuando la cesárea anterior no fue por distocia, espontáneo trabajo de parto, peso al nacer <4000 gr. ⁽¹⁰⁾

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Las tasas de cesáreas en nuestro país de las últimas décadas muestran tendencia creciente.

- 1. Lindo** en el hospital Uldarico Rocca de EsSalud durante los años 2016 a 2019 realizó un estudio en gestantes con antecedente de cesárea. Encontró que la tasa de éxito de parto vaginal fue de 54,7%, el 63,2% tenía entre 26 y 35 años, el periodo intergenésico corto fue de 8,6%, el parto eutócico se dio en 90,8%, se estimuló con oxitocina el trabajo de parto en 14,7%. El peso promedio de neonatos fue de 3406 g. y el 4,9% fue macrosómico, el 99,4% tuvo Apgar >7 a los 5 minutos, no hubo casos de rotura uterina. Concluye que el parto vaginal en cesárea anterior, se considera seguro y con altas probabilidades de éxito y mínimos riesgos; por lo tanto, es una alternativa aceptable para evitar una cesárea repetida electiva en pacientes con cesárea previa. ⁽¹¹⁾
- 2. Sáenz** El Hospital Nacional Cayetano Heredia realizó un estudio entre 2015 y 2018 que analizó 1.591 pacientes con antecedentes de cesárea con base en datos del Sistema de Información Perinatal (SIP) y encontró que la tasa de parto vaginal fue del 59%, con un 41% de pacientes, que se someten a una nueva cesárea. ⁽⁹⁾ En el grupo de repetición de cesárea se encontraron 18 casos de endometritis y 3 casos de infección de herida quirúrgica; 2 casos de endometritis y ninguna infección de herida quirúrgica en el grupo de parto vaginal. Hubo pocos casos de Apgar bajo y ninguna muerte neonatal. Concluyó que el

porcentaje de complicaciones maternas y neonatales fue similar en los dos grupos. ⁽¹²⁾

3. Pocco del Instituto Nacional Materno Perinatal no encontró diferencias significativas en las complicaciones del parto al comparar un grupo de mujeres embarazadas que se sometieron a un parto vaginal con aquellas que se sometieron a una cesárea electiva. No se encontraron complicaciones en los recién nacidos. La tasa de éxito del parto vaginal para las mujeres que han tenido una cesárea previa es del 65,4 %. La mayoría de gestantes que presentaron trabajo de parto fallido tuvieron niños de mayor peso al nacer. La principal indicación de cesárea electiva fue PIN menor de 2 años, seguida de distocia de cordón umbilical y luego antecedente de cesárea previa. Se concluyó que no hubo asociación estadística entre los grupos de estudio en cuanto a las complicaciones maternas y perinatales. ⁽¹³⁾

1.3.3. Bases Teóricas

Parto vaginal: Parto vaginal: Cuando hablamos de parto, nos referimos a la expulsión del feto y sus apéndices a través de la vagina. Se cree que el parto normal ocurre dentro de ciertas duraciones y restricciones evolutivas que se consideran fisiológicas. Cuando el trabajo de parto ha terminado por completo podemos decir que el trabajo de parto es normal o está en camino. El nacimiento marca el final del embarazo. ⁽¹²⁾

Indicación de Cesárea: Este es un procedimiento quirúrgico en el que se extrae el feto a través de una incisión en la pared abdominal y la pared del útero. La cesárea se define como el parto del feto a través de una incisión en la pared abdominal. ⁽¹³⁾

Indicación de cesárea: Esto sucede cuando el parto vaginal es imposible o significa un daño grave para la salud de la madre o el niño. Hay indicaciones claras y absolutas, como la placenta previa Sin embargo la mayoría de las indicaciones son relativas y cada caso debe evaluarse completa y cuidadosamente. ⁽¹⁴⁾

Parto vaginal con cesárea previa:

En pacientes con una cesárea previa el parto vaginal es más seguro que la cirugía para la madre y el feto si se trata de una cesárea de corte bajo. Sin embargo, este comportamiento no se observó en todos los hospitales de los diferentes países. Al brindar asistencia a pacientes que ya han tenido un parto por cesárea, el número total de partos por cesárea puede reducirse en menos del 10 % en algunos centros. La duración del trabajo de parto en

pacientes con una cesárea anterior fue similar a la de la población antes del parto y por lo tanto puede haber compartido la misma tendencia. ⁽¹⁵⁾

Tasa de éxito para pacientes con cesáreas previas:

Las tasas de éxito del parto vaginal en pacientes con cesárea previa pueden variar según la indicación de la primera cesárea, oscilando entre el 71 % y el 92 % en sufrimiento fetal agudo y las tasas de éxito de cesáreas previas en embarazos gemelares la tasa fue de 72%, para presentación podálica, 84% a 91%, y fracaso del parto 33% a 78%, siendo este último motivo por el cual se consideró repetición de cesáreas anteriores, lo que sería una tasa menor que otras cesáreas. Consideró. ⁽¹⁶⁾

Requisitos para el parto vaginal después de una cesárea previa:

A menos que las condiciones médicas u obstétricas indiquen lo contrario, las pacientes deben ser admitidas en el hospital para un examen ginecológico, derivación o servicio de urgencias durante el trabajo de parto. Al realizar un parto vaginal en una paciente con cesárea previa, se deben considerar algunos de los siguientes requisitos: ⁽¹⁶⁾

1. Pelvis femenina, feto único, embarazo a término, peso fetal inferior a 4000 gr y feto cefálico.
2. Pruebas de laboratorio clínico: por ejemplo, hemograma completo, fórmula leucocitaria (tipo de sangre y factor Rh), coagulación y 2 unidades de tensión sanguínea.
3. El trabajo de parto y el parto deben monitorearse con un control clínico cuidadoso de la frecuencia cardíaca fetal.

4. Catéter de Foley para la detección temprana de hematuria.
5. El quirófano está permanentemente disponible para cesáreas de emergencia en situaciones de emergencia.
6. Una vena abierta con un catéter, adecuada para la administración de grandes cantidades de líquidos o soluciones.

Por lo tanto, si se toma la decisión de ofrecer un parto vaginal a una paciente con una cesárea previa, el establecimiento debe contar con las instalaciones necesarias para realizar una cesárea de emergencia. ⁽¹⁵⁾

Beneficios para la madre:

- Mejora de la presión arterial.
- Mejora el suministro de oxígeno a la placenta y al feto y mantiene estables los niveles de azúcar en la sangre.
- Promover la integración de la madre consigo misma.
- Durante el parto la parte inferior del útero se adelgaza, por lo que, si es necesaria una cesárea, habrá menos riesgo de incisión (los músculos se vuelven más delgados) y una recuperación más rápida. ⁽¹⁶⁾

Beneficios para recién nacidos:

- Drene todo el líquido de los pulmones.
- Mejora el suministro de oxígeno a todo el cuerpo y al cerebro.
- Su bebé se vuelve más alerta.
- El afecto promueve la producción de leche.
- El bebé se queda en la habitación con los padres inmediatamente. (apego temprano). ⁽¹⁶⁾

Contraindicaciones para el parto vaginal después de una cesárea previa: Solo el 15,6% de las pacientes con cesárea previa tenían contraindicaciones relativas o absolutas para el parto y parto vaginal. Un caso de cesárea clásica de tren inferior o cesárea en "T" invertida es absoluto, así como una cicatriz uterina anterior dividida, que incluso cualquier tipo de "ventana" debe reparar.

Cuando se trata de una cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja, el permitir un trabajo de parto es una alternativa más segura que una cesárea automática subsiguiente y toda paciente con este tipo de incisiones uterinas previas deben considerarse aptas para un parto por vía vaginal, pues el riesgo de ruptura uterina es muy bajo y no está asociado con serias complicaciones.

(17)

Las contraindicaciones relativas como dos o más cesáreas, cicatrices uterinas no especificadas, embarazo gemelar o diagnóstico ecográfico previo de macrosomía o polihidramnios, pueden no estar asociadas con una tasa más alta de ruptura uterina. (17)

Complicaciones maternas del parto vaginal con cesárea previa:

La ruptura uterina ha sido durante mucho tiempo la complicación más peligrosa para los obstetras después de una cesárea durante el parto vaginal. Las definiciones de los diferentes tipos de ruptura uterina incluyen:

a) **Dehiscencia:** similar a la "ventana", la pérdida de continuidad uterina no daña el peritoneo y su contenido no se vacía.

b) **Rotura incompleta:** la cicatriz se abre y el contenido del útero es expulsado sin dañar el peritoneo.

c) **Rotura completa:** se expulsa el producto y se rompe el peritoneo.

Es necesario distinguir entre los tipos de rotura uterina, ya que la separación o "ventana" suele tener poca trascendencia clínica y no conlleva desenlaces fetoneonatales adversos, mientras que la rotura completa puede estar asociada a una mayor morbilidad materna y fetal. ⁽¹⁸⁾

Muchos síntomas clínicos descritos en la literatura pueden indicar ruptura uterina, algunos de manera temprana como cambios en la frecuencia cardíaca fetal principalmente enlentecimiento degenerativo, que se profundiza gradualmente y se hace más tardío, y puede ser el único signo de que la ruptura uterina es inminente. El otro signo más temprano es la severidad del dolor persistente y progresivo entre las contracciones seguido de períodos sin dolor durante el reposo uterino, especialmente en la parte inferior del abdomen, pero este hallazgo puede ser confuso porque su interpretación es subjetiva, vista como mala por otros.

Indicador; otros síntomas incluyen sangrado profuso de la vagina, pero debe tenerse en cuenta que este sangrado puede ocurrir en el ligamento ancho o en la cavidad abdominal, adelgazar externamente y causar hipovolemia progresiva. Síntomas de shock sin sangrado externo; dolor persistente a pesar de la analgesia epidural, hematuria macroscópica, pérdida de contracciones, disminución del rendimiento, anillos uterinos segmentarios y muerte fetal son otros hallazgos que pueden observarse en casos de ruptura uterina. ⁽¹⁸⁾

La ruptura uterina ocurrió en el 1,6% de las pacientes sometidas a cesárea, incluidos los eventos de separación.

Un estudio multicéntrico en Estados Unidos (66) reportó 8 casos de ruptura uterina con una incidencia muy baja de 0,7%, muerte materna y 3 complicaciones, 2 por sufrimiento fetal agudo y 1 por histerectomía. ⁽¹⁸⁾

La ruptura uterina en pacientes con cesárea previa es rara, y los datos registrados en la literatura corresponden a miles de partos, por lo que la mayoría de los artículos de revisión no identifican la modalidad de muerte materna resultante del parto con cesárea previa. La morbilidad y la morbilidad infantil tampoco aumentaron. No hubo un aumento en la tasa de complicaciones maternas debido a la pérdida de sangre o hemorragia posparto en pacientes con una cesárea previa.

Por lo tanto, es necesario sopesar los riesgos y beneficios para la paciente y concluir que la cesárea electiva conlleva un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para las madres y los lactantes que el parto vaginal (rotura uterina).

Esta es una ocurrencia rara y por lo general no supera los riesgos de los procedimientos quirúrgicos mayores, como la cesárea. Así, se puede crear un nuevo axioma: "Se puede realizar un parto vaginal después de una cesárea". ⁽¹⁸⁾

Complicaciones del feto durante el parto vaginal con cesárea previa:

No hubo diferencias en el resultado perinatal (puntuación de Apgar al minuto y puntuación de Apgar al minuto) entre los dos grupos (independientemente del parto vaginal o la cesárea). Cinco minutos, valor de pH del cordón umbilical. El 97% de los pacientes que nacieron con una cesárea anterior tenían una puntuación de Apgar al minuto superior a 8.

En el estudio de 10 años de Miller de 17,322 pacientes con antecedentes de cesárea, el 73% tuvo un parto de prueba. La tasa de éxito fue del 82%, pero solo se

observaron 0,7% de rupturas uterinas y solo 3 muertes fetales. Atribuido a rotura uterina (0,24%).⁽¹⁹⁾

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo General:

Determinar los factores asociados al parto vaginal en paciente con cesárea previa.

2.1.2 Objetivos Específicos:

- Identificar los factores fetales asociados al parto vaginal en pacientes con cesárea previa.
- Conocer los factores maternos asociados al parto vaginal en pacientes con cesárea previa.

2.2. Sucesos relevantes del caso clínico

Anamnesis

Paciente adulta de sexo femenino de 32 años de edad nacida en Región Ancash, Con seguro integral de salud acude al servicio de obstetricia el 14 de julio del 2021.

Antecedentes generales

- Grado de instrucción: primaria completa
- Estado civil: casada
- Religión: católica
- Estado socio económico: extrema pobreza.
- Ocupación: Ama de casa

Antecedentes familiares: niega

Antecedentes obstétricos:

Menarquia: 13 años

Régimen catamenial: 5/30 días

IRS: 16 años

G2P1001

Gestación anterior: cesárea 2017

Antecedentes Familiares: niega

Antecedentes Personales: cirugía – cesárea anterior

Vacunas anteriores: rubeola, hepatitis B y fiebre amarilla

Peso y Talla: peso habitual: 64,1kg talla: 1.55 cm.

Difteria y Tétano: 1ra – 17/08/2021 2da – 18/10/2021

Grupo sanguíneo y Factor Rh: Grupo: O Rh (+)

Periodo de ultima menstruación: Fecha de última menstruación: 26-03-21

Fecha probable de parto: 01-01-22

Violencia/genero: Ficha de Tamizaje: si

Violencia: no

Fecha: 23-06-21

Examen físico: Clínico: aparentemente normal

Mamas: aparentemente normal

Examen de laboratorio: Hemoglobina 1: 12.9 hb% - 14/06/21

Hemoglobina 2: 11.4 hb% - 06/12/21

Glucosa 1: normal – 14/06/21

Glucosa 2: normal – 06/12/21

VDRL/RPR 1: no reactivo – 14/06/21

VDRL/RPR 2: no reactivo – 06/12/21

VIH Prueba Rap. 1: no reactivo – 14/06/21

VIH Prueba Rap. 2: no reactivo – 06/12/21

Ex. Comp. Orina: positivo – 14/06/21

Controles Prenatales

Atenciones prenatales	Atención 1	Atención 2	Atención 3	Atención 4	Atención 5	Atención 6	Atención 7	Atención 8	Atención 9	Atención 10
Fecha y hora de atención	14/07/21	17/08/21	20/09/21	20/10/21	22/11/21	06/12/21	13/12/21	20/12/21	28/12/21	05/01/22
Edad Gest. (semanas)	15 ss	19 ss	24 ss	29 ss	34 ss	36ss	37ss	38 ss	39 ss	40 ss
Peso de la Madre (kg)	61 kg	62,2 kg	64,7 kg	69 kg	68.7 kg	69,3 kg	70.5 kg	71 kg	72 kg	72,8 kg
Temperatura (°C)	36.7 °C	36.7 °C	36.5 °C	36.5 °C	36.5 °C	36.6°C	36.8 °C	36.7 °C	36.5 °C	36.5 °C
Presión Arterial (mm, Hg)	90/50	90/60	90/60	90/60	90/60	90/50	90/50	90/60	90/60	90/60
Pulso Materno	78 x´	72 x´	74 x´	78 x´	78 x´	72 x´	70 x´	72 x´	72 x´	76 x´

(por min.)										
Altura Uterina (cm)	12 cm	18 cm	21 cm	26 cm	28 cm	30 cm	32 cm	33 cm	33 cm	33 cm
Situación (L/T/NA)	NA	NA	NA	L	L	L	L	L	L	L
Presentación (C/P/NA)	NA	NA	NA	C	C	P	C	C	C	C
Posición (D/I/NA)	NA	NA	NA	D	D	D	D	I	I	I
F.C.F. (por min. /NA)	130 x´	146 x´	128 x´	145 x´	140 x´	148 x´	140 x´	162	162 x´	148x´
Mov. Fetal (+/++/+++ /SM/NA)	NA	+	+	+	++	++	++	++	+++	+++

Proteinuria Cualitativa (- /+/++/+++//NSH)	Neg	Neg	Neg	Neg	-	Neg	-	Neg	Neg	Neg
Edema (+/++/+++//SE)	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE
Reflejo Osteotendinoso (O+/++/+++)	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Examen de Pezón	NF	NF	NF	NF	NF	NF	F	NF	BF	NF
Indic. Fierro/Ac Fólico (mayor o igual a 14 sem.)	SF: 1	SF: 2	SF: 3	SF: 4	SF: 5	SF: 6	NA	NA	NA	NA

Índice de Calcio	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Índice de Ácido Fólico	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Orient. Consej. (ITS/NUT/inm/VIH/TE C/no se hizo/NA)	NSH	NUT	NUT	NUT	NUT	NUT	NUT	NUT	NUT	NUT
EG de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA)	NA	NSH	NSH	NSH	NA	NA	NA	-	-	NA
Perfil Biofísico (4, 6, 8, 10 de 10/NSH/NA)	NA	NA	NSH	NSH	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Cita (a/m/d)	14/08/21	20/09/	20/10/	22/11/	06/12/	13/12/	20/12/	27/12/	03/01/	12/01/

		21	21	21	21	21	21	21	22	22
Visita domiciliaria. (Si/No/NA)	NA	NA	SI	SI	NA	SI	NO	NA	NA	NO
Plan Parto (Control/VISITA/No se hizo NA)	CONTR OL	VISIT A	NA	NA	NA	VISIT A	NA	NA	NA	NA
Establecimiento de atención	P.S. PHCA	P.S. PHCA	P.S. PHCA	P.S. PHCA	P.S. PHCA	P.S. PHCA	P.S. PHCA	P.S. PHCA	P.S. PHCA	P.S. PHCA
L= Longitudinal T= Transversa C= Cefálica P=Pélvica D=Derecha I= Izquierda SM= Sin Movimiento SE= Sin Edema NA= No aplica NSH= No se hizo										

SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL VICTOR RAMOS

GUARDIA

12/01/2022 – 15:00 Horas

P/A:90/60 mmhg **P:** 72 x' **R:**18 x' **T°:**36.4°C **Peso:**72kg

Paciente ingresa a la unidad de emergencia actualmente refiriendo dolor tipo contracción desde hace 4 horas refiere movimientos fetales, no sangrado vaginal no pérdida de líquido amniótico

Al examen: Aparente regular estado general.

Sistema tegumentario: Normal, tersa, elástica, húmeda.

Sistema linfático: no adenopatías

Cabeza: normo céfalo

Cara: normal

Cuello: móvil, cilíndrico

Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien a ambos campos pulmonares, no estertores.

Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares, no soplos

Abdomen: ocupado por gestación

altura uterina: 33cm, latidos cardiacos fetales:143x", situación posición

presentación: longitud cefálico izquierdo, movimientos fetales: ++

dinámica uterina: 2/10 25" +

Genitales externos: sangrado vaginal (no) Pérdida de líquido amniótico (-)

Tacto vaginal: pelvis ginecoide

dilatación: 4cm, borramiento: 80%, altura de presentación: -2

membranas ovulares: integras

Miembros inferiores: sin edemas, sin varices.

Diagnóstico:

- ✓ Segundigesta 40 semanas por fecha de última regla
- ✓ Trabajo de parto de parto en fase activa
- ✓ Alto riesgo obstétrico por cesárea anterior

Plan: medico evalúa, decide darle chance a la evolución a un parto vaginal

Exámenes auxiliares de orina y sangre

Prueba COVID

16:40 se recoge resultados de laboratorio en orina

Leucocitos 4 a 6 x campo (Negativo)

se recoge resultados de laboratorio en sangre (Normal)

hemoglobina:15.1 g/dl

hemograma:47%

se recoge los resultados de COVID (Negativo)

Por indicación del médico de turno, pasa a sala de dilatación dándole chance vía vaginal, sé le informó a la paciente la posibilidad del parto por esta vía.

NOTAS OBSTETRICAS: 12/01/2022 Hora: 17:10

Paciente ingresa a sala de dilatación refiere dolor tipo contracción y movimientos fetales no perdida sanguínea no perdida de líquido amniótico con. Dx: Gestante de 40ss por fecha de ultima regla/trabajo parto fase activa /alto riesgo obstétrico por cesárea anterior.

Al examen: Aparentemente en regular estado general

Mamas: blandas no dolorosas a la palpación

Abdomen: útero grávido ocupado por gestación activa

altura uterina: 33 cm, situación presentación posición: longitudinal cefálico izquierdo,
movimientos fetales: ++, dinámica uterina: 2/10 25'', latidos cardiacos fetales: 130 x'

Genitales externos: no sangrado vaginal ni perdida de líquido

Tacto vaginal: dilatacion:4cm, membranas ovulares: integras, altura

Presentación: -2, borramiento: 85%

Miembros inferiores: sin edema y sin varices.

PLAN:

- ✓ Seguir Indicaciones Medicas
- ✓ Monitoreo Obstétrico
- ✓ Apertura de partograma
- ✓ Psicoprofilaxis de Emergencia

A las 4 horas de su ingreso, se evidencia detención de la dilatación, por lo que se decidió estimular el trabajo de parto, administrando vía endovenosa con NaCl 9% 1000cc más 1 ampolla de 10 UI de oxitocina, la cual se inicia a estimular con 4 gotas de oxitocina por minuto por indicación médica. Observando que la curva de trabajo de parto cursó con una gráfica normal se mantuvo la estimulación con 4 gotas de oxitocina por minuto, hasta el periodo expulsivo.

Obteniéndose un recién nacido de sexo: masculino, peso: 3750 g, Apgar 9 al minuto y 9 a los 5 minutos, perímetro cefálico 34cm, perímetro torácico 34.5. El alumbramiento dirigido se dio a los 8 minutos, tipo schultze, membranas y cotiledones completos, diámetro 19*18cm, longitudinal del cordón 45cm, el sangrado vaginal total es 280cc. La puerpera estuvo dos horas en la unidad de puerperio inmediato para la evaluación de los siguientes controles: control de

funciones vitales normales, útero contraído, loquios hemáticos en poca cantidad, periné episiorrafia en buen estado, miembros inferiores sin edema sin varices. A las 2 horas pasa al servicio de hospitalización junto con su recién nacido a las 24 horas del parto con evolución favorable funciones vitales estables, útero contraído altura uterina 15 cm, loquios serohemáticos, hemoglobina 13.5gr/dl paciente es dada de alta médica.

2.3 Discusión resultados

Paciente ingresa al servicio de emergencia con Dx: Gestante de 40ss por fecha de ultima regla/trabajo parto fase activa /alto riesgo obstétrico por cesárea anterior. Y es evaluada por médico asistente, dejando indicado manejo expectante y análisis de laboratorio. Después de la evaluación de los resultados de la gestante el medico decide darle chance a la evolución a un parto vaginal.

En el caso clínico se evidencio que la paciente si cumplió con los factores para un parto vaginal después de una cesárea anterior las cuales son: Pelvis ginecoide, gestación a término, feto único, edad materna adecuada, periodo intergenésico mayor de 2 años y el peso del feto fue 3750gr.

Posteriormente no se observó complicaciones siendo un parto vaginal exitoso, es porque completo con los factores protectores según indican los autores Sepúlveda Mendoza DL y col. en su estudio “Factores asociados con el éxito de parto vaginal en mujeres con historia de cesárea previa” y Landon Mark B. y col. en su artículo “Parto después del parto por cesárea del Registro de cesáreas de la Red de Unidades de Medicina Materno-fetal.

El caso clínico presentado es de suma importancia puesto que se tiene que tomar en cuenta la capacidad resolutive del establecimiento donde se realice la intervención, puesto que tendría que estar debidamente equipado, contar con banco de sangre ante una eventualidad.

2.4.Conclusiones:

1. Los factores protectores fetales que presento para un parto vaginal en una cesárea previa son: peso fetal menor 4000gr, edad gestacional por Capurro, feto único y presentación cefálica.
2. Los factores protectores maternos que presento para un parto vaginal en una cesárea previa son: gestación a término, edad materna adecuada, pelvis ginecoide, trabajo de parto espontáneo, periodo intergenésico más de 2 años.

2.5 Recomendaciones:

1. Se recomienda optar por un parto vaginal tras una cesárea previa teniendo en cuenta los factores maternos y fetales asociados al parto vaginal.
2. Se recomienda que las mujeres candidatas a parto vaginal tras una cesárea previa deben ser informadas del riesgo y de los beneficios maternos que genera el parto vaginal.
3. Se recomienda que el parto debe ocurrir en un centro de salud en el que sea posible realizar una cesárea urgente y con el personal capacitado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS, D. d. (2017). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra.
2. Gabbe, Nieby, Simpson, Landon, Galan, Jauniaux, Driscoll, Berghella, Grobman. *Obstetricia – Embarazos normales y de riesgo*. Barcelona: Editorial Elsevier, 7º edición; 2019.
3. Hsiu-Ting Tsai, Chia-Hsun Wu, Vaginal birth after cesarean sectiond - The world trend and local experience in Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2019; 56 (2019): 41-45.
4. Ayachi A, Derouich S, Morjene I, Mkaouer L, Mnaser D, Mourali M. Predictors of birth outcomes related to women with a previous caesarean section: experience of a Motherhood Center, Bizerte. *Pan Africal Medical Journal*, 25 (76): 1-9, 2018.
5. SÁNCHEZ GR. Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa. *Rev Fac Mes UNAM* 2018; 46(1): 28-31.
6. Edgar Gálvez Liñán. (2019) Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2018 [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina Humana.
7. Ayachi A et al. Predictors of birth outcomes related to women with a previous caesarean section: experience of a Motherhood Center, Bizerte. *Pan Afr Med J*.10 de octubre de 2019; 25:76. Patiño G. (2020) Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. Disponible en: http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_1502_Esp_03.pdf

8. Sepúlveda DL, Galván M, Soto GA, Méndez DH. Factors associated with successful vaginal birth in women with a cesarean section history. *Ginecol Obstet Mex.* 83(12):743-9, 2018.
9. RICCI P, PERUCCA E, ALTAMIRANO R. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. Rotura uterina, una complicación posible. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2019; 68(6): 523-528.
10. Landon Mark B. y col. en su artículo “Parto después del parto por cesárea del Registro de cesáreas de la Red de Unidades de Medicina Materno-fetal (USA)”
11. POCCO D. Parto vaginal en cesárea anterior una vez. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marco. Lima 2019.
12. Gisel Díaz D, Yanara Salas V (2020) et al. Comportamiento de algunas variables relacionadas con la cesárea primitiva. *MEDICIEGO*; Vol. 21 No.1
13. Gary Cunningham, F. *Obstetricia de Willians.* (2013) Vigésima segunda edición. México: Mc Graw Hill.
14. LINDO M, PAREDES A, ZEA C, CIENFUEGOS H, LIMAS M. Parto vaginal en cesárea anterior: Experiencia de 4 años en un hospital de la Seguridad Social. *Rev Per Ginecol Obstet* 2018; 50(4): 217-222
15. Cunningham LB. (2018) *Williams Obstetrics* 24th ed. Texas: McGraw-Hill.
16. Hedwige SL. (2019) *Cesarean Delivery.* Medscape.

17. Rodriguez AI PKOW. (2018) Blunt versus sharp expansion of the uterine incision in low-segment transverse cesarean section. Am J Obstet Gynecol: p. 171.
18. Morales M Cgjne. (2019) Spontaneous delivery or manual removal of the placenta during caesarean section: a randomised controlled trial. BJOG: p. 908.
19. Bruce L. Parto vaginal con cesárea previa. Obstet Gynecol. 1997; 90:907-10.
20. Salinas H. Factores predisponentes de cesáreas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004; 69(5):357-60.
21. Escoto Galiano JA. Complicaciones maternas y perinatales del parto vaginal post cesárea y cumplimiento de requisitos y normas. Managua: s.n; 2017. p. 75.