



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**RIESGO MATERNO PERINATAL DEL PARTO VAGINAL
VERSUS CESÁREA EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA**

PRESENTADA POR
MELISSA PÉREZ OLAZO

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2015



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PREGRADO

**RIESGO MATERNO PERINATAL DEL PARTO VAGINAL VERSUS
CESÁREA EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA**

PROYECTO DE TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR

MELISSA PÉREZ OLAZO

LIMA PERÚ

2015

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

ASESORES:

Dr. José Carhuacho Aguilar

Asistente de la Dirección Académica de Ciencias Básicas

Facultad de Medicina Humana, Universidad de San Martín de Porres

PRESIDENTE DEL JURADO

Dr. Mauro Rivera Ramírez

Presidente del Comité Central de Tutorías y Asesorías

Facultad de Medicina Humana, Universidad de San Martín de Porres

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Sixto Sánchez Calderón

Encargado de la Asignatura de Tesis II

Facultad de Medicina Humana, Universidad de San Martín de Porres

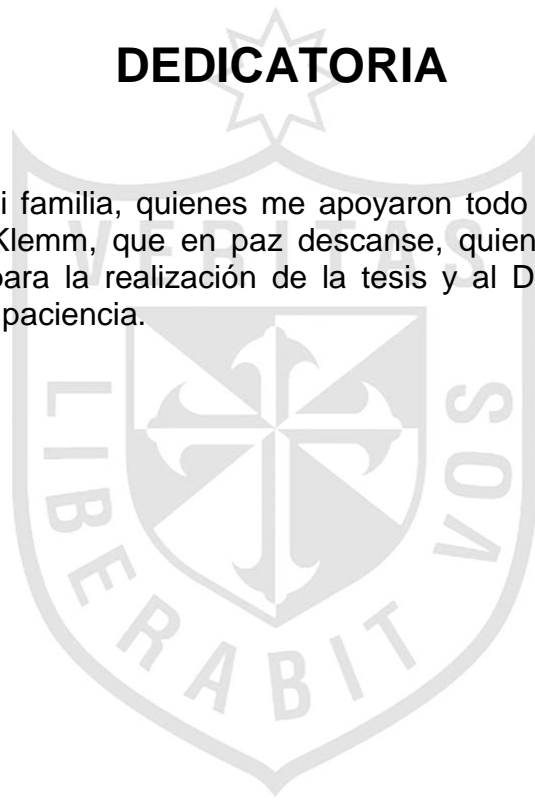
Dr. José Carhuacho Aguilar

Asistente de la Dirección Académica de Ciencias Básicas

Facultad de Medicina Humana, Universidad de San Martín de Porres

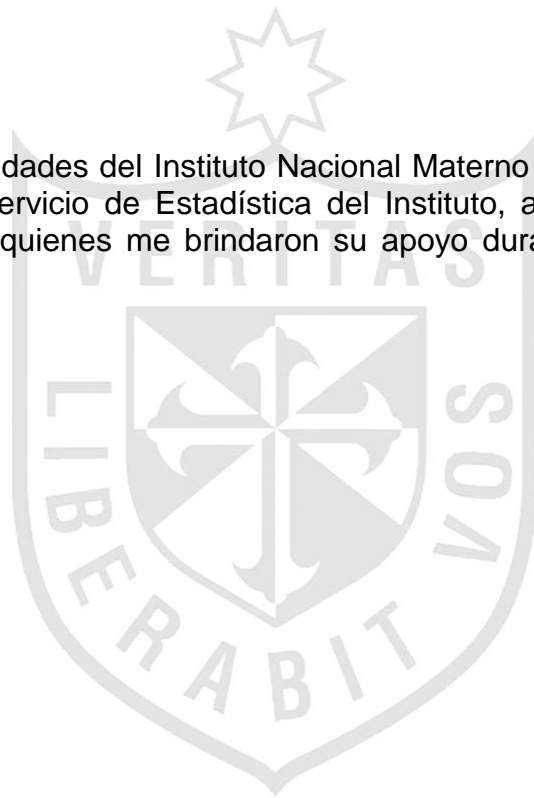
DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi familia, quienes me apoyaron todo el tiempo, y a mi mejor amigo Alex Iturriaga Klemm, que en paz descanse, quien me brindó su amistad, tiempo y motivación para la realización de la tesis y al Dr. José Carhuacho por brindarme su tiempo y paciencia.



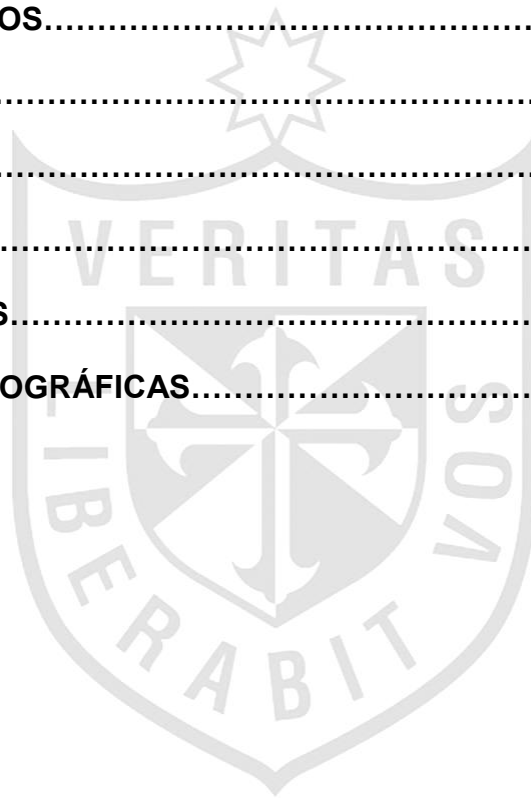
AGRADECIMIENTOS

Agradezco a las autoridades del Instituto Nacional Materno Perinatal, en especial al Dr. Torres Jefe del Servicio de Estadística del Instituto, así como al personal de estadística y archivo, quienes me brindaron su apoyo durante la realización de la misma.



ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	5
MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33



RESUMEN

OBJETIVO:

Determinar la asociación entre el tipo de parto y las complicaciones perinatales y obstétricas del parto vaginal en gestantes con cesárea previa en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima – Perú, durante el período comprendido entre 01 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Es un estudio observacional, analítico y retrospectivo. Se incluye a todas las gestantes con antecedente de cesárea que culminaron su embarazo en parto vaginal o cesárea iterativa en el Instituto Nacional Materno Perinatal desde el 01 de Enero del 2014 al 31 de Diciembre de 2014. Se clasificó a las gestantes en dos grupos: gestantes que culminaron en parto vaginal, y gestantes que terminaron en cesárea electiva. Luego de aplicar los criterios de exclusión se determinó una muestra de 132 controles y 191 casos, siendo la población total 323. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS v 21.0, se usó la prueba Chi cuadrado y un riesgo relativo para evaluar la asociación entre la variable independiente tipo de parto y la variable dependiente complicaciones maternas y perinatales.

RESULTADOS:

Se encontró que de las 191 pacientes que tuvieron parto vaginal, el 2,6% (n=5) tuvo complicaciones; por su parte, de 133 pacientes que culminaron su parto por cesárea, el 0,8% (n=1) registró complicaciones. De las pacientes que sí tuvieron

complicaciones maternas y perinatales, el 83,3% (n=5) tuvo parto vaginal y el 16,7 % (n=1) restante fue por cesárea. Respecto a las complicaciones maternas, se encontró que solo un 0,5% (n=1) registró complicaciones maternas en el parto vaginal y que apenas un 0,8% (n=1) las tuvo en el parto por cesárea. Respecto a las complicaciones perinatales, se halló que en el parto vaginal sólo un 2,1% (n=4) si tuvo complicaciones perinatales, en tanto que en el parto por cesárea solo las tuvo un 0,8% (n=1) de los sujetos estudiados. Del total de pacientes que sí tuvieron complicaciones perinatales, el 80% (n=4) corresponde a parto vaginal mientras el 20% restante (n=1) a parto por cesárea.

CONCLUSIÓN: No se halló asociación significativa entre el tipo de parto y las complicaciones maternas y perinatales.

PALABRAS CLAVES: complicaciones maternas, complicaciones perinatales, cesárea previa.

ABSTRACT

OBJETIVES:

Determine the association between the types of delivery, and the perinatal and/or obstetric complications in gravid women with previous C-section in the Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima – Peru), during the period from January 1st to December 31st 2014.

MATERIALS & METHODS:

This is an observational, analytical and retrospective study. The inclusion criteria were; all gravid women with previous C-section that culminated gestation in vaginal delivery or iterative C-section in the Instituto Nacional Materno Perinatal from January 1st to December 31st 2014.

Gravid women that met the inclusion criteria were divided into two groups; gravid women that culminated in vaginal delivery and pregnant women that ended in iterative C-section.

After applying exclusion criteria, a population of 132 controls and 191 cases was determined, resulting a total population of 323 of pregnant women.

Data was analyzed using SPSS version 21.0, in which it was executed a cohort analysis using Chi Squared Test and Relative Risk to evaluate the association between the independent and independent variables; type of delivery and maternal and/or perinatal complications, respectively.

RESULTS

We found that from 191 patients with vaginal delivery, only 2.6 % (n=5), had complications, and from 133 patients that ended in iterative C-section only 0.8 % (n=1) had any complication.

From the patients that presented with complications during delivery, 83.3 % (n=5) were from vaginal delivery group versus 16.7 % (n=1) from C-section group.

Concerning the maternal complications, we found that only 0.5 % (n=1) had complications with vaginal delivery, while 0.8 % (n=1) had them with a C-section.

On the other hand, 2.1 % (n=4) of the vaginal delivery group presented perinatal complications, while C-section group record only 0.8 % (n=1) of these difficulties.

From the total patients that had perinatal complications, 80 % (n=4) correspond to vaginal delivery, and the remaining 20 % (n=1) correspond to the C-section group.

CONCLUSION: There was no significant association between the type of delivery and maternal and/or perinatal complications in women who had a previous C-section.

KEY WORDS: Maternal complications, perinatal complications, Iterative C-sections

INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico obstétrico mediante el cual se extrae el producto de la concepción realizando una incisión a través de la pared abdominal y el útero.¹

El parto por cesárea es la cirugía mayor más frecuente en Estados Unidos. Hasta 1965, el índice de partos por cesárea se mantuvo estable por debajo del 5% y a partir de entonces empezó a aumentar; en 2005 superó el 30%.² Si bien existen diferencias geográficas, en Latinoamérica el aumento de las tasas es independiente de las causas.³ Este incremento fue resultado de varios cambios en el entorno de la práctica clínica, la introducción del monitoreo electrónico fetal, disminución de los partos de nalgas y el uso de fórceps.^{4,5}

En Latinoamérica 12 de 19 países estudiados tienen tasas de cesáreas mayores al 15%, con rangos que varían de 16.8 a 40%.⁶

En nuestro país también se observa esta tendencia, y la tasa de cesárea varía entre 20.2 – 54.5%.⁶⁻¹¹ En el Instituto Nacional Materno Perinatal, según la oficina de estadística e informática, durante los años 2006 y 2007 este procedimiento supuso el 39.5% y 37.2% del total de partos; respectivamente.¹²

Los factores influyentes en este aumento incluyen una menor tolerancia a la toma de riesgos, temor a los juicios por mal praxis, el adelanto tecnológico que permite

diagnósticos precoces de sufrimiento fetal, la cesárea en la presentación pelviana para mayor seguridad y el aumento de cesáreas electivas por incremento de cesáreas primarias.¹³

Los resultados obtenidos en la Encuesta Global de Salud Materna y Perinatal de la OMS indican que el aumento de la tasa de cesárea se relaciona con un mayor riesgo de tratamiento antibiótico puerperal y mortalidad y morbilidad materna severa. De la misma manera en que el aumento en la tasa de nacimiento por cesárea está también asociado a un aumento en las tasas de mortalidad fetal y a la cantidad de recién nacidos que ingresan a la unidad de cuidados intensivos durante los primeros siete días de vida.¹⁴

En el caso de la cesárea iterativa, se observa complicaciones relacionadas a hemorragia, anestesia, infecciones, herida operatoria y daño de órganos aledaños.¹⁵ En el caso de la elección de la vía vaginal después de una cesárea, este procedimiento resulta exitoso en un porcentaje que varía entre el 60 y el 80 %, lo que por cierto propicia hospitalizaciones maternas más cortas, así como una menor pérdida sanguínea y una menor incidencia de infecciones y eventos tromboembólicos.¹⁶

En nuestro país existe registro sobre algunas investigaciones realizadas sobre el tema, y en la revisión bibliográfica realizada, los estudios realizados son de tipo descriptivo puro; aunque aquellos en los que se lleva a cabo la comparación de los resultados obstétricos y perinatales entre gestantes con cesárea que tienen parto

vaginal y gestantes con cesárea previa que nuevamente son intervenidas, no comprendan muchos años de estudio.

En nuestro país tenemos como principal centro de referencia para atención de mujeres gestantes y patología obstétrica al Instituto Nacional Materno Perinatal, lugar en que la operación de cesárea es uno de los procedimientos más frecuentes, con un aumento paulatino de la incidencia de 39.6% en el año 2005, a un 43.8% en el año 2006, y a un 44.5% en el 2013.

Se sabe que existe un temor por parte de muchos gineco - obstetras de someter a las pacientes con cesárea previa a una prueba de trabajo de parto, de la misma forma en que no se cuenta con una práctica obstétrica orientada a la reducción de la tasa global de cesáreas en relación a sus complicaciones e impacto en el binomio materno fetal. Sería, por tanto, de suma importancia realizar un estudio donde se pueda identificar los resultados obstétricos y perinatales del parto vaginal con cesárea previa de modo tal que se pudiera plantear una estrategia que permita disminuir el número de cesáreas en gestantes con cesárea previa.

El objetivo de este estudio fue comparar el riesgo materno perinatal del parto vaginal con la cesárea previa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño metodológico: Es un estudio de cohorte, analítico, observacional, y retrospectivo.

POBLACIÓN Y MUESTRA

a. Población

Definición de la población de estudio.

Población conformada por 323 madres gestantes que culminaron su gestación por parto vaginal o cesárea en el Instituto Nacional Materno Perinatal, del 1 de Enero del 2014 al 31 de diciembre de 2014.

b. Tamaño de la muestra

Se realiza el cálculo de tamaño muestral utilizando el programa Epi Info 7 (método de fleiss), con un poder de 80% y un nivel de confianza de 95%, un porcentaje estimado de abandono en controles de 30%; y un OR de 2.1 según estudio piloto. Se obtuvo 242 casos (gestantes con cesárea previa que tuvieron parto vaginal) y 242 de controles (gestantes con cesárea previa que tuvieron cesárea iterativa a repetición).

c. Unidad de estudio

Se considera a las gestantes con el antecedente de cesárea que culminaron su embarazo por parto vaginal o por cesárea iterativa en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Enero a Diciembre de 2014.

d. Criterios de inclusión

- Tener dentro de sus antecedentes obstétricos una cesárea previa.
- Haber finalizado el embarazo actual en nuestro hospital.
- Haber desarrollado trabajo de parto en este último embarazo.
- Presentación de vértice.
- Ausencia de patología materna y/o fetal diagnosticada antes del inicio del trabajo de parto.
- Gestantes con cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja que tuvieran control prenatal en la institución.
- Historia clínica accesible y con información requerida completa.

e. Criterios de exclusión

- Gestantes con indicaciones absolutas de cesárea en el embarazo actual.
- Embarazo pre término o prolongado.
- Antecedente de cesárea corporal clásica, de incisión uterina en “T” invertida, de incisión uterina vertical inferior.
- Diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas.
- Presentaciones o situaciones fetales anómalas.
- Historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta.
- Madres menores de 15 años.
- Madres de parto por cesárea.
- Madres de neonatos PEG o GEG.

- Madres de neonatos hospitalizados durante la evolución (excepto lo hospitalizados por deshidratación).

VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES INDEPENDIENTES

- a. Tipo de parto (vaginal o cesárea).

VARIABLES DEPENDIENTES

- a) Complicaciones maternas

- Rotura uterina.
- Dehiscencia uterina
- Endometritis
- Hemorragia postparto
- Histerectomía
- Muerte materna

- b) Complicaciones perinatales

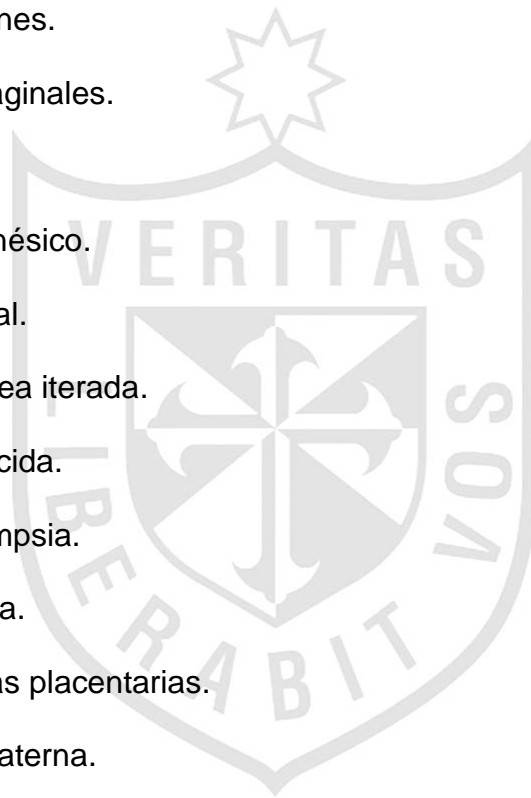
- Distocia de hombros
- Trauma obstétrico
- Asfixia perinatal
- Óbito fetal
- Muerte neonatal

VARIABLES INTERVINIENTES

- Edad.



- Diagnóstico de ingreso.
 - No trabajo de parto.
 - Trabajo de parto fase latente.
 - Trabajo de parto fase activa.
 - Trabajo de parto, expulsivo.
- Paridad
 - Gestaciones.
 - Partos vaginales.
 - Abortos
- Periodo intergenésico.
- Edad gestacional.
- Causa de cesárea iterada.
 - Desconocida.
 - Pre eclampsia.
 - Eclampsia.
 - Anomalías placentarias.
 - Causa materna.
 - Desproporción cefalopélvica.
 - Trabajo de parto prolongado.
 - Inminencia de Rotura uterina.
 - Datos perdidos.
- Puntaje de Ápgar.
 - Al minuto.
 - A los 5 minutos.



Técnicas de recolección de datos

El método de muestreo utilizado fue aleatorio simple. Los datos fueron registrados en una ficha de recolección de datos (Ver Anexo 1), diseñada por la investigadora, en a que se registrará todas las variables a usar sobre las gestantes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal de Enero a Diciembre de 2014.

Técnicas para el procesamiento de la información

Los datos obtenidos fueron introducidos en el paquete estadístico SPSS versión 21. Se investigará las variables cualitativas para su análisis inferencial, utilizándose tabla de contingencia de 2 x 2, para ver si existe una relación estadísticamente significativa, según el riesgo relativo y el chi cuadrado a un nivel de significancia del 5%.

RESULTADOS

La edad de la población estudiada varió entre los 19 y 43 años, con una media de 30,18 años y una desviación estándar de 5,56. El grupo etario se dividió en un 75% adultas (n=243) y un 25% añosas (n=81), a partir de los 35 años en adelante.

El período intergenésico varió entre 1 y 19 años, con una media de 5,49. Se dividió en dos grupos: menor de 2 años, donde se halló 1,9% (n=6); de 2 años a más, con un 98,1% (n=318).

Con respecto a la edad gestacional, el promedio para las pacientes que culminaron su embarazo por vía vaginal y por cesárea fue de 38,60 semanas con un máximo de 41 semanas y un mínimo de 31. Un 97,2% (n=315) de ellas culminó su embarazo a término y el 2,8% restante (n=9) lo hizo su pretérmino.

El 80,2% tuvo diagnóstico de edad gestacional por fecha de última regla.

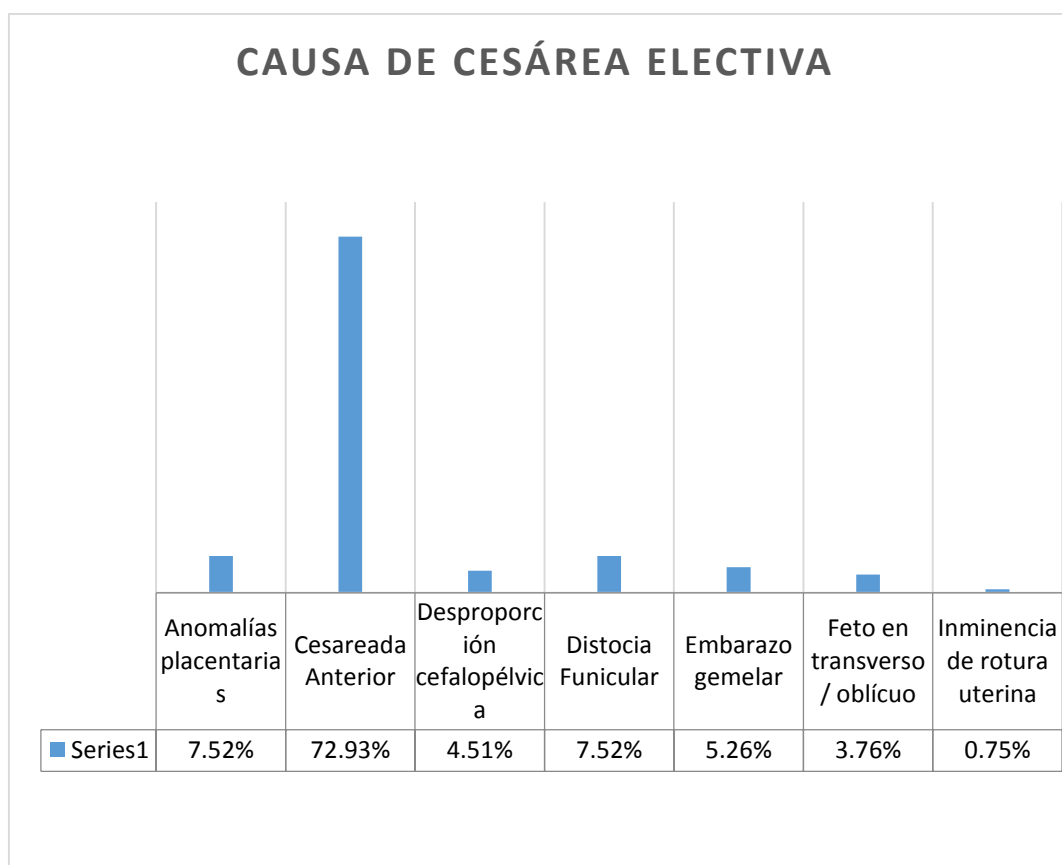
No se identificó casos de dehiscencia uterina, hemorragia postparto, histerectomía, muerte materna, distocia de hombros ni trauma obstétrico o de óbito fetal.

Causa de cesárea electiva

Para el grupo de gestantes que culminaron su parto por cesárea se analizó la frecuencia de las causas. Se encontró que el 72,93% (n=97) tuvo cesárea electiva por antecedente de cesárea anterior, seguido de un 7,52% que lo tuvo por anomalías placentarias y distocias funiculares; el tercer lugar 5,26% fue ocupado por aquellas que experimentaron embarazo gemelar, en cuarto lugar 4,51% para

desproporción cefalopélvica; luego, un 3,76% por feto en transverso/oblicuo; por último, un 0,75% por inminencia de rotura uterina.

TABLA 1. Causa de cesárea electiva – INMP 2014



Complicaciones maternas

El 99,4% no presentó complicaciones maternas, sólo el 0,6%.

TABLA 2. Complicaciones maternas – INMP 2014

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
No	322	99,4	99,4	99,4
Si	2	0,6	0,6	100,0
Total	324	100,0	100,0	

Complicaciones perinatales

El 98,5% no presentó complicaciones perinatales, sólo el 1,5%.

TABLA 3. Complicaciones Perinatales – INMP 2014

Complicaciones Perinatales				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
No	319	98,5	98,5	98,5
Si	5	1,5	1,5	100,0
Total	324	100,0	100,0	

Asociación entre el tipo de parto con complicaciones maternas y complicaciones perinatales

En relación a la asociación entre el tipo de parto y las complicaciones maternas y perinatales se encontró que de 191 pacientes que tuvieron parto vaginal, sólo el 2,6% (n=5) tuvo complicaciones, y que de 133 pacientes que culminaron su parto por cesárea sólo el 0,8% (n=1) tuvo complicaciones. De las pacientes que sí tuvieron complicaciones maternas y perinatales, el 83,3% (n=5) fue por parto vaginal y el 16,7% (n=1) restante fue por cesárea. Al analizar la tabla, haciendo uso de Chi-Cuadrado, se obtuvo un valor de 1,50 con un grado de libertad y un valor de $p = 0,22$; sin embargo, como se hallaron valores menores a los esperados, se utilizó la Prueba Exacta de Fisher con la que se obtuvo un valor de $p = 0,407$ ($p > 0,05$), confirmando que no hay asociación significativa entre el tipo de parto y las complicaciones maternas y perinatales.

TABLA 4. Complicaciones materno perinatales por Tipo de parto – INMP 2014

		Complicaciones Maternas y Perinatales		Total	
		No	Si		
Tipo de Parto	Vaginal	Conteo	186	5	191
		%según Tipo de parto	97,4%	2,6%	100,0%
		%según Complicaciones Maternas y Perinatales	58,5%	83,3%	59,0%
	Cesárea	Conteo	132	1	133
		%según Tipo de parto	99,2%	0,8%	100,0%
		%según Complicaciones Maternas y Perinatales	41,5%	16,7%	41,0%
Total	Conteo	318	6	324	
	%según Tipo de parto	98,1%	1,9%	100,0%	
	%según Complicaciones Maternas y Perinatales	100,0%	100,0%	100,0%	

Tipo de parto y complicaciones maternas

Respecto a las complicaciones maternas, se encontró que solo un 0,5% (n=1) tuvo complicaciones maternas en el parto vaginal y que solo un 0,8% (n=1) tuvo complicaciones maternas en el parto por cesárea. No se halló asociación significativa entre el tipo de parto y las complicaciones maternas; bajo el análisis del Chi – Cuadrado. Se obtuvo un valor de 0,67 con un grado de libertad y un valor de p = 0,79; sin embargo, como se halló valores menores a los esperados, se utilizó la Prueba Exacta de Fisher con la que se obtuvo un valor de p = 1 (p > 0,05), confirmando que no se identificó diferencia significativa entre el tipo de parto y las complicaciones maternas.

TABLA 5. Tipo de parto y complicaciones maternas – INMP 2014

		Complicaciones maternas		Total	
		No	Si		
Tipo de Parto	Vaginal	Conteo	190	1	191
		%Según Tipo de parto	99,5%	0,5%	100,0%
		%Según Complicaciones maternas	59,0%	50,0%	59,0%
	Cesárea	Conteo	132	1	133
		%within Tipo de parto	99,2%	0,8%	100,0%
		%within Complicaciones maternas	41,0%	50,0%	41,0%
Total	Conteo	322	2	324	
	%Según Tipo de parto	99,4%	0,6%	100,0%	
	%Según Complicaciones maternas	100,0%	100,0%	100,0%	

Tipo de parto y complicaciones perinatales

Respecto a las complicaciones perinatales, se halló que en el parto vaginal solo un 2,1% (n=4) sí tuvo complicaciones perinatales, a la par que en el parto por cesárea apenas un 0,8% (n=1) tuvo complicaciones perinatales. Del total de pacientes que sí las experimentó, un 80% (n=4) corresponde a parto vaginal y el 20% restante (n=1) a parto por cesárea. No se halló asociación significativa entre el tipo de parto y las complicaciones perinatales; bajo el análisis del Chi – Cuadrado, se obtuvo un valor de 0,930 con un grado de libertad y un valor de $p = 0,335$; sin embargo, en vista de que se halló valores menores a los esperados, se utilizó la Prueba Exacta de Fisher con la que se obtuvo un valor de $p = 1$ ($p > 0,05$), confirmando que no se identificó diferencia significativa entre el tipo de parto y las complicaciones perinatales.

TABLA 6. Tipo de parto y complicaciones perinatales – INMP 2014

		Complicaciones Perinatales		Total	
		No	Si		
Tipo de Parto	Vaginal	Conteo	187	4	191
		%Según Tipo de parto	97,9%	2,1%	100,0%
		%Según Complicaciones Perinatales	58,6%	80,0%	59,0%
	Cesárea	Conteo	132	1	133
		%Según Tipo de parto	99,2%	0,8%	100,0%
		%Según Complicaciones Perinatales	41,4%	20,0%	41,0%
Total	Conteo	319	5	324	
	%Según Tipo de parto	98,5%	1,5%	100,0%	
	%Según Complicaciones Perinatales	100,0%	100,0%	100,0%	

ÁPGAR

Respecto al puntaje del Ápgar, se halló que un 88.89% (n=288) tuvo un ápgar mayor a 7 al primer minuto y el 100% (n=324) tuvo un ápgar mayor a 7 a los 5 minutos.

TABLA 7. ÁPGAR AL MINUTO

	Cesárea	Vaginal	TOTAL
ÁPGAR < 7	2 (1.5%)	3 (1.57%)	5
ÁPGAR ≥7	131 (98.5%)	188 (98.43%)	319
TOTAL	133 (100%)	191 (100%)	

TABLA 8. ÁPGAR A LOS 5 MINUTOS

	Cesárea	Vaginal	TOTAL
ÁPGAR < 7	0 (0%)	0 (0%)	0
ÁPGAR ≥7	133 (100%)	191 (100%)	324
TOTAL	133 (100%)	191 (100%)	

Paridad y complicaciones maternas

Se halló que del total del grupo de múltiparas (n = 319), solo el 0,3% (n = 1) si tuvo complicaciones maternas y que del total del grupo de Gran múltipara (n = 5), apenas el 20% (n = 1) tuvo complicaciones maternas; no se halló asociación significativa entre paridad y complicaciones maternas, aplicando la Prueba Exacta de Fisher por la que se obtuvo un valor de $p = 0,031$ ($p < 0,05$).

TABLA 9. Paridad y complicaciones maternas – INMP 2014

		Complicaciones maternas		Total	
		No	Si		
Paridad	Múltipara	Conteo	318	1	319
		%Según Paridad	99,7%	0,3%	100,0%
		%Según Complicaciones maternas	98,8%	50,0%	98,5%
	Gran múltipara	Conteo	4	1	5
		%Según Paridad	80,0%	20,0%	100,0%
		%Según Complicaciones maternas	1,2%	50,0%	1,5%
Total	Conteo	322	2	324	
	%Según Paridad	99,4%	0,6%	100,0%	
	%Según Complicaciones maternas	100,0%	100,0%	100,0%	

Paridad y rotura uterina

Se halló que del total del grupo de gran múltipara (n = 5), solo el 20% (n = 1) tuvo rotura uterina; en el grupo de múltipara, en tanto, no se halló ningún caso de rotura uterina; sí se halló, empero, asociación significativa entre Paridad y Rotura uterina tras aplicar la Prueba Exacta de Fisher en la que se obtuvo un valor de $p = 0,015$ ($p < 0,05$).

TABLA 10. Paridad y rotura uterina – INMP 2014

		Rotura Uterina		Total	
		No	Si		
Paridad	Conteo	319	0	319	
	Múltipara	%Según Paridad	100,0%	0,0%	100,0%
		%Según Rotura Uterina	98,8%	0,0%	98,5%
	Gran múltipara	Conteo	4	1	5
		%Según Paridad	80,0%	20,0%	100,0%
		%Según Rotura Uterina	1,2%	100,0%	1,5%
Total	Conteo	323	1	324	
		%Según Paridad	99,7%	0,3%	100,0%
		%Según Rotura Uterina	100,0%	100,0%	100,0%

Paridad y muerte neonatal

Se halló que del total del grupo de gran múltipara (n = 5), solo el 20% (n = 1) tuvo muerte neonatal; al tiempo que en el grupo de múltipara no se halló ningún caso de muerte neonatal. Sí se halló asociación significativa entre Paridad y Muerte Neonatal, tras aplicar la Prueba Exacta de Fisher, con la que se obtuvo un valor de $p = 0,015$ ($p < 0,05$).

TABLA 11. Paridad y muerte neonatal – INMP 2014

		Muerte Neonatal		Total	
		No	Si		
Paridad	Conteo	319	0	319	
	Múltipara	%Según Paridad	100,0%	0,0%	100,0%
		%Según Muerte Neonatal	98,8%	0,0%	98,5%
	Gran múltipara	Conteo	4	1	5
		%Según Paridad	80,0%	20,0%	100,0%
		%Según Muerte Neonatal	1,2%	100,0%	1,5%
Total	Conteo	323	1	324	
	%Según Paridad	99,7%	0,3%	100,0%	
	%Según Muerte Neonatal	100,0%	100,0%	100,0%	

Periodo Intergenésico y Complicaciones maternas

Se halló que del total del grupo de menores de 2 años ($n = 6$), solo el 16,7% ($n = 1$) tuvo complicaciones maternas frente a un 0,3% ($n=1$) de un total 318 que sí las tuvo en el grupo de 2 años a más. Se encontró que hubo asociación significativa de período intergenésico con complicaciones maternas, bajo el análisis de la Prueba Exacta de Fisher que arrojó $p = 0,037$ ($p < 0,05$).

TABLA 12. Período intergenésico y complicaciones maternas – INMP 2014

		Complicaciones maternas		Total	
		No	Si		
Periodo Intergenésico	Menor de 2 años	Conteo	5	1	6
		%Según Período Intergenésico	83,3%	16,7%	100,0%
		%Según Complicaciones maternas	1,6%	50,0%	1,9%
	De 2 años a más	Conteo	317	1	318
		%Según Período Intergenésico	99,7%	0,3%	100,0%
		%Según Complicaciones maternas	98,4%	50,0%	98,1%
Total		Conteo	322	2	324
		%Según Período Intergenésico	99,4%	0,6%	100,0%
		%Según Complicaciones maternas	100,0%	100,0%	100,0%

Período intergenésico y rotura uterina

Se halló que del total del grupo de menores de 2 años (n = 6), solo el 16,7% (n = 1) tuvo rotura uterina. Se encontró que hubo asociación significativa de período intergenésico con rotura uterina, bajo el análisis de la Prueba Exacta de Fisher, donde $p = 0,019$ ($p < 0,05$).

TABLA 13. Período Intergenésico y rotura uterina – INMP 2014

		Rotura Uterina		Total	
		No	Si		
Periodo Intergenésico	Menor de 2 años	Conteo	5	1	6
		%Según Periodo Intergenésico	83,3%	16,7%	100,0%
		%Según Rotura Uterina	1,5%	100,0%	1,9%
	De 2 años a más	Conteo	318	0	318
		%Según Periodo Intergenésico	100,0%	0,0%	100,0%
		%Según Rotura Uterina	98,5%	0,0%	98,1%
Total		Conteo	323	1	324
		%Según Periodo Intergenésico	99,7%	0,3%	100,0%
		%Según Rotura Uterina	100,0%	100,0%	100,0%

Período intergenésico y muerte neonatal

Se halló que del total del grupo de menores de 2 años (n = 6), apenas el 16,7% (n = 1) tuvo muerte neonatal. Se encontró que hubo asociación significativa entre período intergenésico y la muerte neonatal, bajo el análisis de la Prueba Exacta de Fisher, donde $p = 0,019$ ($p < 0,05$).

TABLA 14. Período Intergenésico y muerte neonatal – INMP 2014

		Muerte Neonatal		Total	
		No	Si		
Periodo Intergenésico	Menor de 2 años	Conteo	5	1	6
		%Según Período Intergenésico	83,3%	16,7%	100,0%
		%Según Muerte Neonatal	1,5%	100,0%	1,9%
	De 2 años a más	Conteo	318	0	318
		%Según Período Intergenésico	100,0%	0,0%	100,0%
		%Según Muerte Neonatal	98,5%	0,0%	98,1%
Total		Conteo	323	1	324
		%Según Período Intergenésico	99,7%	0,3%	100,0%
		%Según Muerte Neonatal	100,0%	100,0%	100,0%



DISCUSIÓN

Las tasas de cesárea han aumentado de manera importante en los últimos años y las razones no son del todo explicables.¹⁷ La seguridad del parto vaginal después de una cesárea ha sido motivo de controversia desde hace más de cien años.¹⁸

El propósito de este estudio fue determinar la asociación que pudiera existir entre el tipo de parto y las complicaciones maternas y perinatales en gestantes con cesárea previa. Cabe destacar que se encontraron 191 casos de gestantes que culminaron el embarazo en parto vaginal y 133 controles de aquellas gestantes que lo culminaron por cesárea.

A pesar de la existencia de numerosos trabajos que plantean que plantean la seguridad de esta alternativa, y con una baja probabilidad de complicaciones para las pacientes, su empleo no se ha generalizado y se suscitan controversias en cuanto a sus ventajas, tanto para la madre como para el producto, o para ambos, debido a que muchos gineco-obstetras temen someter a la paciente con cesárea previa al estrés de un trabajo de parto.¹⁹⁻²⁷ Según un metanálisis publicado recientemente, no existe diferencia significativa en la morbilidad materna entre el parto vaginal después de una cesárea y la cesárea electiva.²⁸

En este estudio se halló que la causa de cesárea electiva, en primer lugar, fue el antecedente de cesareada anterior. A pesar de no ser una indicación para cesárea, DCP ocupó el segundo lugar junto a anomalías placentarias, por lo que la preeclampsia y la eclampsia no fueron registradas como causas. Esto concuerda

con algunos estudios realizados en nuestro país en los que se encuentra que la cesárea previa es, en la actualidad, la indicación más frecuente de parto por cesárea seguida de DCP.²⁹⁻³¹ Lo que no se tomó en cuenta en este estudio fue la causa de la cesárea anterior, que al parecer serviría como pronóstico de éxito para un parto vaginal después de una cesárea. En un metanálisis de estudios de cohortes en Estados Unidos entre 1982 y 1989, incluyendo 31 estudios y 11.417 pacientes, publicado por Rosen en 1990 y 1991, se evidencia cómo la tasa actual de éxito de parto vaginal varía de acuerdo con el motivo o razón de la cesárea previa: un 85% cuando se hizo cesárea por presentación pelviana, un 84% con parto vaginal antes de la cesárea, otro 67% en no progresión de parto, desproporción céfalo pélvica, distocias. Otro punto que no se tomó en cuenta fue la talla de la madre, lo cual sí fue tomado en cuenta en otros estudios en los que se sugiere una mayor frecuencia de cesárea en tallas inferiores a 1.60 cm.

La finalidad de este estudio fue determinar si había o no lugar a una asociación entre el tipo de parto y las complicaciones maternas y perinatales. Los resultados indicaron la no existencia de dicha asociación, pero esto contrasta con muchos estudios en los que si se encontró la mencionada asociación, quizás debido a que hubo mayor cantidad de muestra. Landon et al³² demostró que el parto vaginal después de una cesárea previa se asocia con mayor riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales que cuando el parto es mediante una cesárea electiva repetida. Cabe destacar, pese a ello, que los riesgos son bajos.

Castañeda et al³³ encontró que la morbilidad materna se incrementó en el grupo de pacientes que finalizaron su embarazo por cesárea, las cuales presentaron

complicaciones como hemorragia posparto con un porcentaje de 2,01% (con una complicación severa: una paciente requirió manejo en unidad de cuidados intensivos, con histerectomía posparto y transfusión sanguínea), y como segunda complicación en frecuencia encontró la infección puerperal en un porcentaje de 1,61%.

En el caso de la elección de vía vaginal después de cesárea, el procedimiento resulta exitoso entre el 60 y el 80%, facilitando además hospitalizaciones maternas más cortas y, en contraposición, una menor pérdida sanguínea así como una baja incidencia de infecciones y eventos tromboembólicos.³⁴

Sin embargo, ni la cesárea electiva ni la prueba de parto están exentas de riesgo. La morbilidad materna es siempre mayor cuando fracasa el intento de parto vaginal, aunque es siempre menor en este que en la cesárea. El riesgo de rotura uterina es de 0,4% a 0,7% y aumenta a 1% en caso de que la paciente haya sido cesareada con anterioridad.³⁵⁻³⁹ Solo se registró un caso de rotura uterina y un caso de endometritis; no se registraron casos de dehiscencia uterina, hemorragia posparto ni histerectomía ni muerte materna, por lo que los resultados se consideran alentadores. Cabe mencionar que la rotura uterina tiene graves consecuencias en pacientes que hayan sido previamente cesareadas.^{40,41}

En el estudio no se halló diferencia que resulte significativa entre el tipo de parto y las complicaciones maternas. Es importante tener en cuenta que no se halló registro de infección de herida operatoria en la historia clínica.

Se observó 4 (2,1%) complicaciones perinatales en el grupo de pacientes que culminaron su embarazo por vía vaginal y 1 (0,8%) complicación perinatal, en una paciente que culminó su embarazo mediante cesárea. Este resultado sin mayor importancia con respecto a las complicaciones perinatales se puede haber visto afectado por la falta de recolección de datos en relación al examen físico del recién nacido, ya que los datos fueron obtenidos de una ficha general de la madre y no de las historias clínicas de los recién nacidos. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la mortalidad y morbilidad perinatal, como en otras investigaciones, aunque algunos estudios han informado una mayor incidencia de Ápgar bajo a los 5 minutos en los recién nacidos por vía vaginal.^{42,43} El 88.89% tuvo Ápgar mayor a 7 al primer minuto de vida, y el 100% al quinto minuto. Este resultado lo asemeja a un estudio en el que un 97,6% de ellos tuvo Ápgar mayor a 7 al minuto de vida, mientras el 100% lo tuvo al quinto minuto.⁴⁴

Otro dato que no se tomó del recién nacido fue el peso fetal, el mismo que según lo sugerido por algunos estudios sobre la rotura uterina en mujeres con cesárea previa con fetos con un peso superior a 4000 gramos, es mayor que en las mujeres cuyos fetos tienen un peso menor a los 4000 gramos, aunque la diferencia no sea realmente significativa.⁴⁵

En el estudio se halló una relación entre paridad y complicaciones maternas: las grandes multíparas se complicaban más que las multíparas. Vale decir que la paridad es considerada por Flamm y col., en 1997, como una variable importante en su puntaje para la probabilidad de parto vaginal, además de la edad menor de 40

años, así como borramiento y dilatación cervical al ingreso y razón para la primera cesárea.⁴⁶

Se observó una asociación significativa entre paridad y rotura uterina; donde solo se presentó un caso de rotura en el grupo de gran múltipara. En otros estudios no se ha encontrado relación entre estos, lo que se puede deber a una muestra insuficiente de casos de rotura uterina.

Se asoció la muerte neonatal con paridad, y se halló como complicación en gran múltipara.

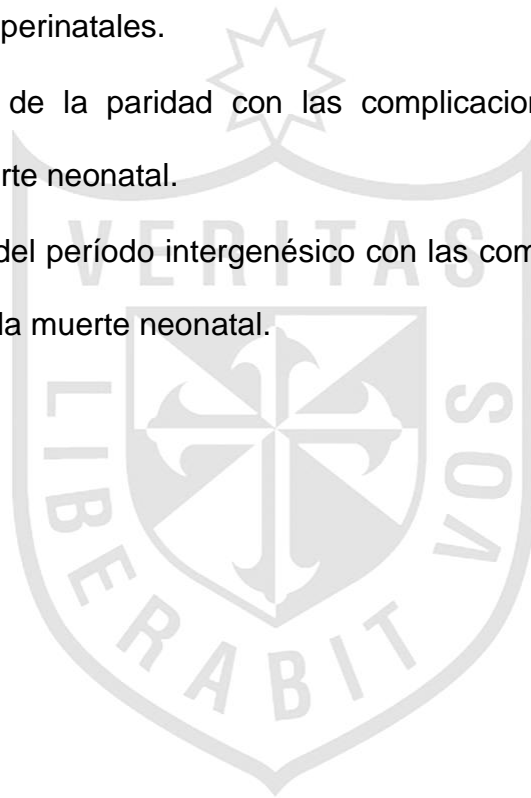
Se encontró una relación entre las complicaciones maternas y el período intergenésico. Se halló un 16,7% de complicaciones maternas en las pacientes que tuvieron un período intergenésico menor a dos años y solo un 0,3% en pacientes con un período intergenésico mayor a dos años. El tiempo entre un embarazo y el siguiente puede afectar el riesgo de complicaciones en el embarazo. Se ha asociado resultados adversos en períodos intergenésicos cortos y largos, pero la mayor parte de los efectos adversos han sido asociados con intervalos cortos.⁴⁷⁻⁴⁹

Se halló una asociación significativa entre el período intergenésico y la rotura uterina: se encontró que la rotura uterina ocurrió en el grupo de período intergenésico menor a dos años. Esto concuerda con uno de los pocos estudios que abarcan dicho período; el de más reciente publicación, el de Stamilio y sus colaboradores⁵⁰ en 2007. Es un análisis secundario de una cohorte de 13.331

mujeres, entre 1995 y 2000, en USA. Se analizaron intervalos de 6, 12 y 18 meses, definidos como intervalos cortos y de 60 meses como intervalo largo. Realizaron un análisis de regresión logística univariable y multivariable para la asociación de los intervalos, con las variables maternas, ruptura uterina y morbilidad mayor que incluye lesión vesical e intestinal, arteria uterina y transfusión sanguínea. Se encontraron un total de 128 casos de ruptura uterina (0.9%) en 286, 1.109, 1.741 y 2.631 pacientes en los intervalos de 6, 12, 18 y 60 meses, respectivamente. El intervalo de menos de seis meses fue asociado en el incremento de ruptura uterina, con un odds ratio de 2.66, IC 95% de 1.04 – 3.65. En esta cohorte se logra demostrar que el intervalo de menos de seis meses es un factor de riesgo independiente para la ruptura uterina. Al igual que en otros estudios⁵¹, existen resultados menos alentadores donde se evidencia un incremento del riesgo de rotura uterina y/o dehiscencia del segmento uterino, en gestantes con período intergenésico menor a 24 meses y que fueron sometidas a inducción de trabajo de parto, en comparación con aquellas que lo iniciaron espontáneamente.

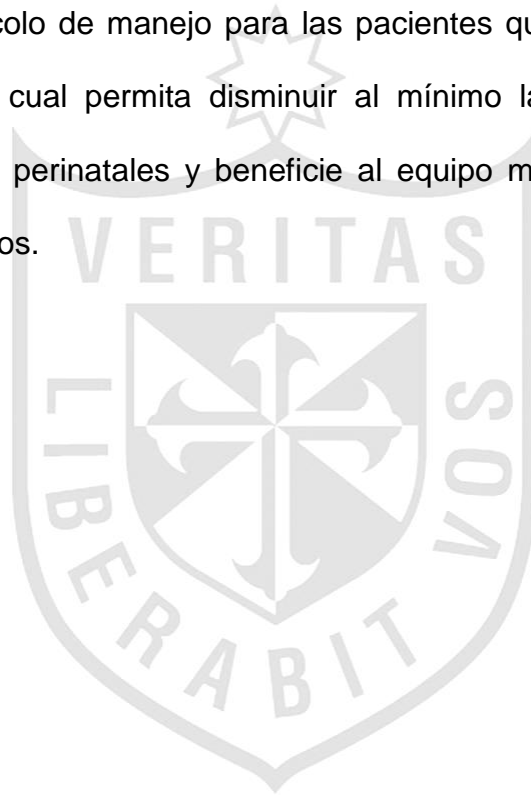
CONCLUSIONES:

- En este estudio no se halló asociación significativa entre el tipo de parto y las complicaciones maternas y perinatales.
- No se identificó diferencia significativa entre el tipo de parto y las complicaciones maternas.
- No se identificó diferencia significativa entre el tipo de parto y las complicaciones perinatales.
- Existe relación de la paridad con las complicaciones maternas, la rotura uterina y la muerte neonatal.
- Existe relación del período intergenésico con las complicaciones maternas, la rotura uterina y la muerte neonatal.



RECOMENDACIONES:

- Realizar un estudio prospectivo que permita recoger los datos directamente de la madre y del recién nacido.
- Ofrecer a la paciente con cesárea previa la oportunidad de un parto vaginal, siempre y cuando se seleccione adecuadamente a estas pacientes.
- Crear un protocolo de manejo para las pacientes que tienen el antecedente de cesárea, el cual permita disminuir al mínimo las complicaciones tanto maternas como perinatales y beneficie al equipo médico en la atención de este tipo de casos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Sehdev H, Pritzker J. Cesarean Delivery. 2nd Rev. Ed. Pennsylvania, 2002.
2. PACHECO J, SAONA P. Cesárea. En Ginecología y Obstetricia. Primera edición. José Pacheco Romero y MAD Corp. S.A. Lima – Perú 1999; 1172 - 84.
3. NOTZON FC, PLACEK PJ, TAFFEL SM: *Comparison of national caesarean section rates*. N Engl J Med 1987; 316: 386-9
4. CLARK SL, HANKINS GD. *Temporal and demographic trends in cerebral palsy—fact and fiction*. Am J Obstet Gynecol 2003; 188:628-33. (Level III)
5. GOETZINGER KR, MACONES GA. *Operative vaginal delivery: current trends in obstetrics*. Womens Health 2008; 4:281-90. (Level III)
6. BELIZAN JM, ALTHABE F. *Rates and implications of cesarean sections in Latin America. Ecological Study*. BMJ 1999; 319: 1397 – 1400
7. MONTES C, LEÓN C, CÁRDENAS M, MARRUFO Z. Frecuencia e indicaciones de las cesáreas realizadas en el Hospital de Emergencias Grau. Año 2001. XIX Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, 2002
8. BALTAZAR D, MALDONADO E, VILA S, PÁUCAR H, MEDINA F. Operación cesárea en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, 2002.
9. PAREDES A, LINDO M, ASCENZO M, NÚÑEZ A, JARA J. Incidencias de cesáreas en el Hospital “Uldarico Roca Fernandez” durante el período 2000 – 2002. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, 2002

10. PARCAHUANCA L, HERNÁNDEZ A, CARRILLO E, GARCÍA A, ZAMORA J, GONZÁLEZ C. Incidencia, principales indicaciones y complicaciones de cesárea. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, 2002
11. SOTOMAYOR T, TORRES L, CHUMBE J, Y COLS. Incidencia e Indicaciones de Cesárea en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2001. Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, 2002
12. Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina de Estadística e Informática. Unidad de Procesamiento de Datos. En <http://www.ienmp.org.pe>
13. SACHS BP, KOBELIN C, CASTRO MA, FRIGOLETTO F. *The risks of lowering the caesarean – delivery rate.* N Eng J Med 1999; 340:54-7
14. CASTAÑEDA CASTAÑEDA MJ, SOTO MORENO LJ, NAVARRO ROMERO LM. Frecuencia de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea y factores asociados en mujeres atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central, entre enero de 2011 a diciembre de 2012. 2013.
15. CUNNINGHAM F, KENNETH J, STEVEN L Y COL. Antecedente de cesárea. En: Williams, Obstetricia. 22 ed. Cap. 26. México: Mc Graw Hill; 2006.
16. *The American Academy of Family Physicians. Trial of labor after cesarean (TOLAC), formerly trial of labor versus elective repeat cesarean section for the woman with a previous cesarean section.* Mar 2005.
17. YUDKIN PL, WORD L, REDMAN CW: *Risk of unexplained stillbirth at different gestational ages.* Lancet 1987; 1: 1192 -94.
18. BUJOLD E, HAMMOD AO, HENDLER I, BERMAN S, BLACKWELL SC, DUPERRON L, et al. *Trial of labor in patients with a previous cesarean*

- section: does maternal age influence the outcomes. Am Obstet Gynecol. 2005; 192 (4):1113-8*
19. NEUHAUS W, BAUERSCHMITZ G, GOHRING U, SCHMIDT T, BOLTE A. *Risk of uterine rupture after cesarean section-analysis of 1,086 births. Zentralbl Gynakol 2001; 123(3): 148 – 52.*
20. MACONES GA, PEIPERT J, NELSON DB, ODIBO A, STEVENS EJ, STAMILIO DM, *et al.* *31 Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. Am J Obstet Gynecol 2005; 193(5): 1656 - 62.*
21. ALCÁNTARA A. Parto vaginal en cesareada anterior. *Diagnóstico 1986; 18(4): 101*
22. TANG BL, TANG PL. Parto en la segundigesta cesárea anterior Hospital Maternidad de Lima. *Ginecología y Obstetricia Perú. 1992; 38 (12): 33 - 40.*
23. ACOSTA M, CRUZ V, CALERO A. Parto vaginal posterior a cesárea. *Ginecol Obstet (Perú) 1995; 41 (1): 70-5.*
24. VÁSQUEZ G, BAUTISTA F, RAMÍREZ D, ANGULO D, BAUTISTA F, FUENTES C Y, QUISPE A. Estudio de parto vaginal en pacientes cesareada anterior en HNDMNSHB. Enero – diciembre 2001. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Julio – 2002, Lima – Perú.
25. RAMÍREZ J, GATICA H. Vía de culminación de la gestación de la paciente con el de parto vaginal en pacientes cesareada anterior en HNDMNSHB. Enero – diciembre 2001. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Julio – 2002, Lima Perú.

26. American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Cesarean Delivery Rates: Evaluation of cesarean delivery. June, 2000.
27. SÁCHEZ R, ORTIZ H, CHÁVEZ A. Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa. *Rev. Fac Med UNAM* 2003;46 (1): 28- 31.
28. ROSSI AC, DÁDDARIO V., Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section versus elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 1199 (3); 224-31.
29. SAENZ CN, SANTANA SR, TORRES L, Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones maternoneonatales. *Rev. Per Ginecol Obstet* 2010; 56: 232-237.
30. McMAHON MJ, LUTHER ER, BOWES WA, OLASHAN AF: Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996; 335: 689-95.
31. LYDON-ROCHELLE M, HOLT VL, EASTERLING TR, Martin DP: Risk of uterine rupture during labor among women with prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001; 345: 3-8.
32. VILLAR J, CARROLI G, ZAVALETA N. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicenter prospective study. *BMJ* 2007; 335; 1025 – 37.
33. CASTAÑEDA CASTAÑEDA MJ, SOTO MORENO LJ, NAVARRO ROMERO LM. Frecuencia de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea y factores asociados, en mujeres atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central entre el mes de enero 2011 al mes de diciembre de 2012. 2013.

34. SAENZ C, SANTANA S, TORRES L., Cesárea Electiva y Parto Vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones maternoneonatales. *Rev. Per Ginecol Obstet* 2010;56:232-237.
35. ZWEIFL J, GARZA A. *Vaginal birth after cesarean in California: before and after a change in guidelines.* *Ann Fam Med.* 2006;4(3):228-34.
36. BISWAS A. *Management of previous cesarean section.* *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2003;15(2):123-9.
37. MACONES GA, PEIPERT J. *Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study.* *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:1656–62.
38. LANDON MB, HAUTH JC. *Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network.* *N Engl J Med* 2004;351:2581–9.
39. EDEN KB, MCDONAGH M, Denman MA, Marshall N, Emeis C, Fu R, Janik R, et al. *New insights on vaginal birth cesarean. Can it be predicted?* *Obstet Gynecol.* 2010;116(4):967-81.
40. McMAHON MJ, LUTHER ER, BOWES WA, OLSHAN AF: *Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section.* *N Engl J Med* 1996; 335: 689-95.
41. LYDON-ROCHELLE M, HOLT VL, EASTERLING TR, MARTIN DP: *Risk of uterine rupture during labor among women with prior cesarean delivery.* *N Engl J Med* 2001; 345: 3-8.

42. WESTWOOD J. *Fetal lacerations at caesarean section*. J Obstet Gynaecol. 2002; 22 (1): 23 – 45
43. HENDLER I, BUJOLD E. *Effect of prior vaginal delivery or prior vaginal birth after cesarean delivery on obstetric outcomes in women undergoing trial of labor*. Obstet Gynecol. 2004;104(2):273-7
44. CAMPOS FLORES J, ALVAREZ J, GARCIA P, ROJAS M, NEMER C, Parto vaginal después de una cesárea. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol 26, número 1, 2007 pp 15.20.
45. ZELOP C, SHIPPO T, RIPKE J, et al. *Outcomes of trial of labor following cesarean delivery among women with fetuses weighing > 4000 gr*. Am J Obstet Gynecol 2001; 156: 57 -60.
46. KOLAS T, HOFFOS D, DALTVEIT A, NISSEN S, HENRIKSEN T, HAGER R, et al. *Indications for caesarean deliveries in Norway*. Am J Obstet Gynecol 2003; 188(4): 864-70.
47. PEZOL J. Cesárea primaria en el Hospital Arzobispo Loayza (1985-1986). Tesis presentada a la UPCH para optar el título de Médico Cirujano. Lima, 1989.
48. FLAMM BL, GEIGER A. *Vaginal birth after cesarean delivery: An admission scoring system*. Obstet Gynecol 1997; 90; 907-10
49. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. *Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis*. JAMA 2006; 295:1809.
50. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. *Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review*. Am J Obstet Gynecol 2007; 196:297.

51. SMITH GC, SHAH I, WHITE IR, PELL JP, DOBBIE R. *Mode of delivery and the risk of delivery-related perinatal death among twins at term: a retrospective cohort study of 8073 births.* BJOG. 2005 Aug; 112 (8): 1139-44



ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad:	Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	Periodo Intergenésico	Edad gestacional (en semanas)
Paridad: Gestaciones: _____ Partos vaginales: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Ectópicos: _____		Diagnóstico de ingreso <input type="checkbox"/> No trabajo de parto <input type="checkbox"/> Trabajo de parto fase latente <input type="checkbox"/> Trabajo de parto fase activa <input type="checkbox"/> Trabajo de parto, expulsivo	
Causa de la cesárea electiva <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Pre eclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Estado fetal insatisfactorio <input type="checkbox"/> Anomalías placentarias		<input type="checkbox"/> Causa materna <input type="checkbox"/> Desproporción cefalopélvica <input type="checkbox"/> Trabajo de parto prolongado <input type="checkbox"/> Inminencia de rotura uterina <input type="checkbox"/> Datos perdidos	
Complicaciones Maternas: <input type="checkbox"/> Rotura uterina <input type="checkbox"/> Dehiscencia uterina <input type="checkbox"/> Endometritis <input type="checkbox"/> Hemorragia postparto <input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Trauma perineal <input type="checkbox"/> Muerte materna <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguna		Complicaciones Perinatales: <input type="checkbox"/> Distocia de hombros <input type="checkbox"/> Trauma obstétrico <input type="checkbox"/> Asfixia perinatal <input type="checkbox"/> Óbito fetal <input type="checkbox"/> Muerte neonatal <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Ninguna	
Puntaje de Ápgar	Al minuto	A los 5 minutos	

