

UNIVERSIDAD ABIERTA
INTERAMERICANA.



TRABAJO FINAL.

“Forma de terminación del parto en pacientes con una cesárea previa.”

Tema: “Forma de terminación del parto en pacientes con una cesárea previa”.
Autor: Cristian A. Morales.
Tutor: Dr. Gabriel Lombide.

Introducción:

Hace mucho tiempo atrás, el hecho de tener una paciente gestante con antecedente de cesárea previa, era indicación absoluta para terminar su embarazo en otra cesárea. Durante todo este tiempo transcurrido los profesionales se fueron capacitando y especializando en la terminación vaginal del parto y en solucionar las posibles complicaciones del parto, sin terminar necesariamente en cesárea. Todo esto ha desencadenado una gran controversia en cuanto a la forma de terminación del parto en gestantes con una cesárea previa, que hasta el día de hoy se encuentra vigente.

El parto vaginal en pacientes con cesárea previa es una condición ampliamente debatida desde hace muchos años, presentando controversias en su manejo como es la vía de terminación del embarazo y sus ventajas tanto para la madre como para el feto. Actualmente se presenta el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, como una alternativa segura que no presenta un incremento en la morbi-mortalidad materno-fetal y debe adoptarse siempre y cuando no existan contraindicaciones para el mismo. El principal argumento que se tenía para contraindicar esta conducta en las pacientes con cesárea previa, lo constituía el temor a la ruptura uterina; sin embargo los estudios epidemiológicos revelan que este riesgo no es mayor a los beneficios que puedan obtenerse con un parto por vía vaginal.

El número del 5 de julio de 2001 del *New England Journal of Medicine* incluía un trabajo de Mona Lydon-Rochelle *et al.*¹ acompañado de un editorial del médico Michael F. Greene,² que han suscitado mucha atención en los medios de comunicación, generando discusiones sobre los riesgos de un parto vaginal después de una cesárea (PVDC). (7)

Aunque realmente el estudio no ha aportado apenas información nueva y se basa en una discutible recolección de datos, los medios de comunicación locales y nacionales -e incluso algunos médicos- han afirmado que muestra un mayor riesgo de rotura uterina que el citado en trabajos anteriores. Los titulares de prensa de todo el país han sugerido que la investigación respalda la repetición de la cesárea en lugar de un PVDC, y un número creciente de médicos opina que la cesárea es tan segura o más que un parto vaginal.

Pero no nos quedemos en la superficie: lo que los médicos están admitiendo inadvertidamente es que su abuso de intervención médica en los nacimientos ha conseguido que un parto vaginal normal tenga tanto riesgo como una operación de cirugía mayor. Una crítica cuidadosa expone las limitaciones tanto del estudio como del actual modelo médico del nacimiento, planteando la cuestión de si dicho modelo tiene todavía alguna credibilidad para las mujeres embarazadas.

Marco teórico: (2-6)

Parto normal.

El parto significa la expulsión del feto mayor a 20 semanas de gestación. En condiciones normales el parto acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de vida intra-uterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo (entre 37 y 41 semanas completas de amenorrea). Si la expulsión se produce antes de la semana 37 se considera pretermino , si tiene entre 20 y 27 semanas inmaduro y si tiene menos de 20 semanas se considera aborto.

Trabajo de parto.

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable por los genitales maternos.

El trabajo de parto se divide en tres periodos:

- Borramiento y dilatación del cuello uterino.
- Expulsión del feto.
- Alumbramiento.

Dentro del trabajo de parto intervienen “fenómenos activos” que son las contracciones y los pujos y “fenómenos pasivos” son los efectos que producen los fenómenos activos sobre el canal del parto y el feto.

Fenómenos activos:

- Contracciones.
- pujos.

Fenómenos pasivos:

- Desarrollo del segmento inferior.
- Borramiento y dilatación del cuello.
- Dilatación de la inserción cervical de la vagina.
- Expulsión de los limos.
- Formación de la bolsa de las aguas.
- Ampliación del canal blando del parto.
- Mecanismo de parto.
- Fenómenos plásticos.

Fórceps.

El fórceps obstétrico es una pinza fuerte destinada a tomar el polo cefálico en el canal del parto y extraerlo, haciéndole cumplir los tiempos del mecanismo de parto.

El fórceps tiene indicaciones maternas locales y obstétricas como:

- distocia de partes blandas
- Inercia uterina irreductible.
- Reducción del esfuerzo de pujo con alargamiento del periodo expulsivo.
- Fatiga obstétrica.
- Falta de colaboración de la parturienta.

E indicaciones fetales y ovulares como:

- Sufrimiento fetal agudo.
- Falta de rotación.
- Retención de cabeza ultima en parto podálica.
- Procidencia de cordón.

Condiciones para la aplicación del fórceps:

- Feto vivo.
- Dilatación completa.
- Bolsas de las aguas rota.
- Presentación en tercer plano de Hodge.

Operación cesárea.

La operación cesárea tiene por objeto la extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero.

Técnicas operatorias:

La histerotomía se realiza generalmente a nivel del segmento inferior (cesárea segmentaria) y excepcionalmente a nivel del cuerpo uterino (cesárea corporal).

Indicaciones absolutas:

- Desproporción feto-pélvica.

- Placenta previa oclusiva.
- Inminencia de rotura uterina.
- Rotura uterina.

Indicaciones relativas:

- Macrosomía Fetal.
- Cesárea previa.
- Placenta previa no oclusiva.
- .Primigesta podálica.

Objetivos

Determinar el porcentaje de cesáreas en pacientes con una cesárea previa en el “Sanatorio de la mujer”, hospital universitario adherido a la docencia e investigación de la UAI sede Rosario, donde su especialidad principal es la obstetricia.

Material y métodos:

Se realizo un estudio descriptivo; para ello se tomaron todos los partos desde el año 1995 hasta el año 2002, el “Sanatorio de la mujer”, hospital universitario adherido a la docencia e investigación de la UAI sede Regional Rosario, donde su especialidad principal es la obstetricia., para ello se analizaron las siguientes variables del libro de partos.

- Edad .
- N° de gestas.
- Partos vaginales.
- Abortos.
- Cesáreas.
- Inducción.
- Tipo de parto.
- Presentación.
- Terminación.
- Apgar1.
- Apgar5.
- FUM.

De la observación se tomaron todos los partos terminados en cesárea para saber el porcentaje del total de pacientes que terminaron en cesárea.

Luego se tomaron todas las pacientes con una cesárea previa y cumplieran con los criterios de inclusión establecidos en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Una cesárea previa.
- Feto único.
- Presentación cefálica.

Criterios de exclusión:

- Antecedente de cesárea corporal.
- Mas de una cesárea previa.
- Embarazo gemelar.
- Macrosomia fetal.
- Polihidramnios.
- Presentación podálica.
- Placenta previa oclusiva.
- Primigestas.
- Cesárea electiva.

Metodología estadística utilizada:

Se utilizaron gráficos, tablas, medidas de tendencia central, medidas de posición y razón de odds para visualizar en forma clara y sencilla las características del grupo general y de los dos grupos de pacientes estudiados, teniendo siempre presente el tipo de variable analizada.

Los Test de Hipótesis que se utilizaron fueron:

- Test de independencia Chi-cuadrado
- Test Chi-cuadrado corregido
- Test t-Student

Se utilizó un nivel de significación del 5% en todos los test ($p < 0.05$).

De la base de datos original, que tenía 15866 pacientes, se seleccionaron todas las pacientes con una cesárea previa y todas las que no tenían cesárea previa como grupo control, quedando 1532 pacientes y 14334 respectivamente.

Luego, observando las variables elegidas para este trabajo, se eliminaron aquellas pacientes que no tenían los datos .

De esta depuración de la base de datos quedaron:

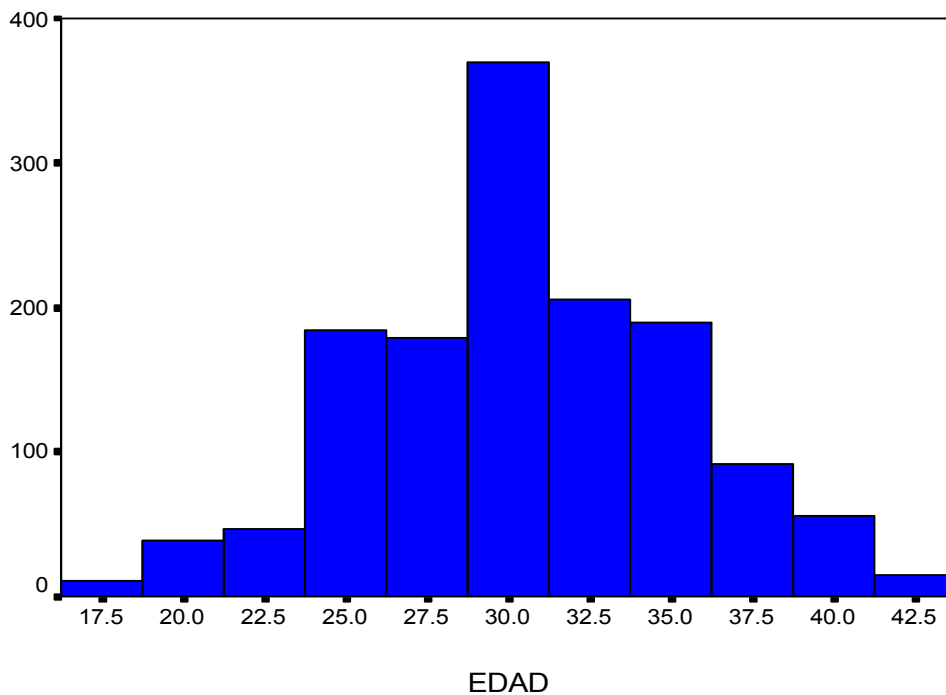
- 1462 pacientes con una cesárea previa.
- 13872 pacientes sin cesárea previa.

Luego se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, y se eligió al azar un nº de pacientes del grupo control similar al de pacientes con una cesárea previa, quedando:

- 673 pacientes con una cesárea previa,
- 711 pacientes sin cesárea previa.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Gráfico 1. Distribución de la edad de las pacientes estudiadas



La edad de las pacientes estudiadas varía entre los 17 y 43 años. Su distribución es simétrica y parece ser normal. Presenta el valor más frecuente a los 30 años de edad.

Tabla 1. Medidas resumen de la edad de las pacientes estudiadas

Edad (en años)				
Media	Mínimo	Mediana	Máximo	Desvío estándar
30.46	17	30	43	4.79

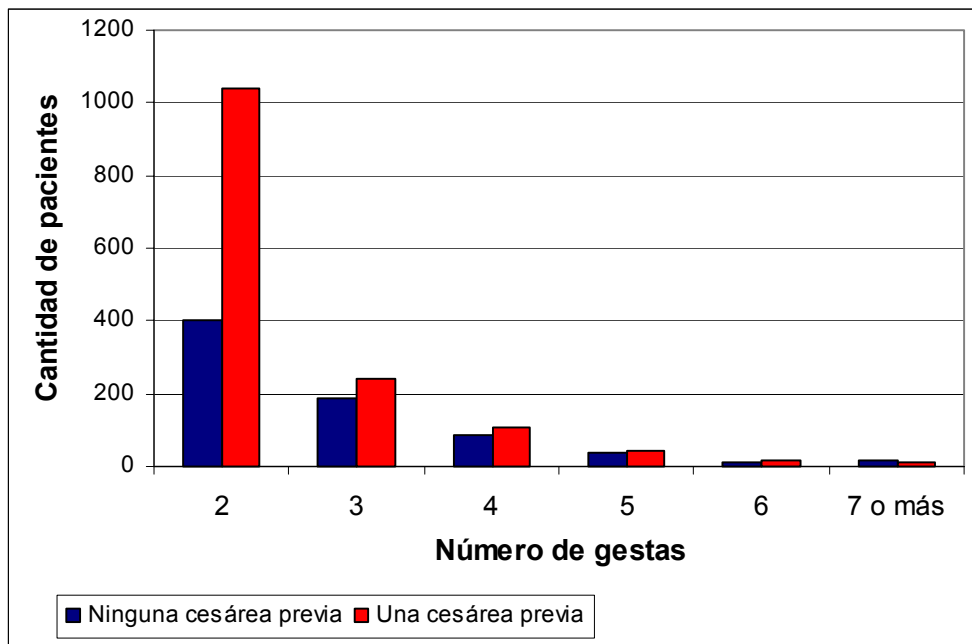
Las pacientes estudiadas presentan una edad media de 30.46 años con un desvío estándar de 4.79 años. El 50% de las pacientes presentan edades entre 17 y 30 años y el otro 50% presenta edades entre 30 y 43 años.

Tabla 2. Comparación de la edad media entre las pacientes que no presentaron cesárea previa y las que presentaron una cesárea previa

Edad (en años)	Cesárea previa		Test t-Student	Probabilidad asociada (p)
	Ninguna	Una		
<i>Media</i>	30.43	30.5	-0.284	0.776
<i>Mínimo</i>	17	17		
<i>Mediana</i>	30	30		
<i>Máximo</i>	43	42		
<i>Desvío estándar</i>	4.92	4.66		

La edad media de las pacientes que no presentaron cesárea previa es de 30.43 años con un desvío estándar de 4.92 años y la edad media de las pacientes que presentaron una cesárea previa es de 30.5 años con un desvío estándar de 4.66 años. Estos valores parecen ser similares y a partir del Test t-Student se concluye que la edad media de las pacientes que presentaron una cesárea previa no difiere en forma significativa de edad media de las pacientes que no presentan cesárea previa.

Gráfico 2. Distribución de las pacientes estudiadas clasificadas según el número de gestas presentadas (incluyendo la actual) y el número de cesáreas previas



A partir de este gráfico se observa que:

Tanto para el grupo de pacientes que presenta una cesárea previa como para el grupo que no presenta cesárea previa, la mayoría presenta dos gestas, es decir que la gesta actual es la segunda para la mayoría de las mujeres.

A medida que el número de gestas aumenta, la cantidad de pacientes disminuye, y este comportamiento se observa en ambos grupos.

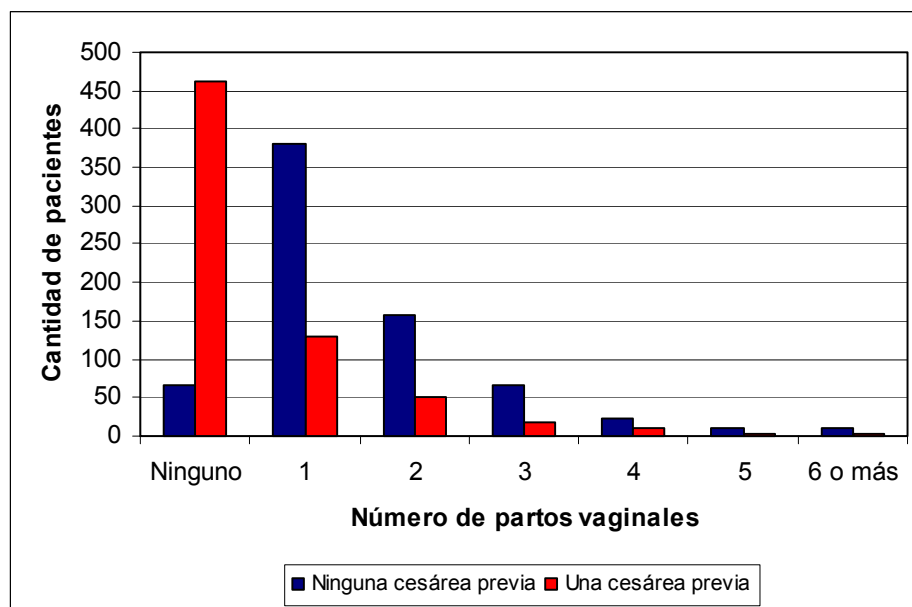
Tabla 3. Distribución de las pacientes estudiadas clasificadas según el número de gestas presentadas (incluyendo la actual) y el número de cesáreas previas

Número de gestas	Cesárea previa		Total
	<i>Ninguna</i>	<i>Una</i>	
2	389	423	812
3	184	138	322
4	80	62	142
5	32	33	65
6	11	11	22
7 o más	15	6	21
Total	711	673	1384

Test Chi-cuadrado: $X^2 = 13.11$ $p = 0.022 < 0.05$

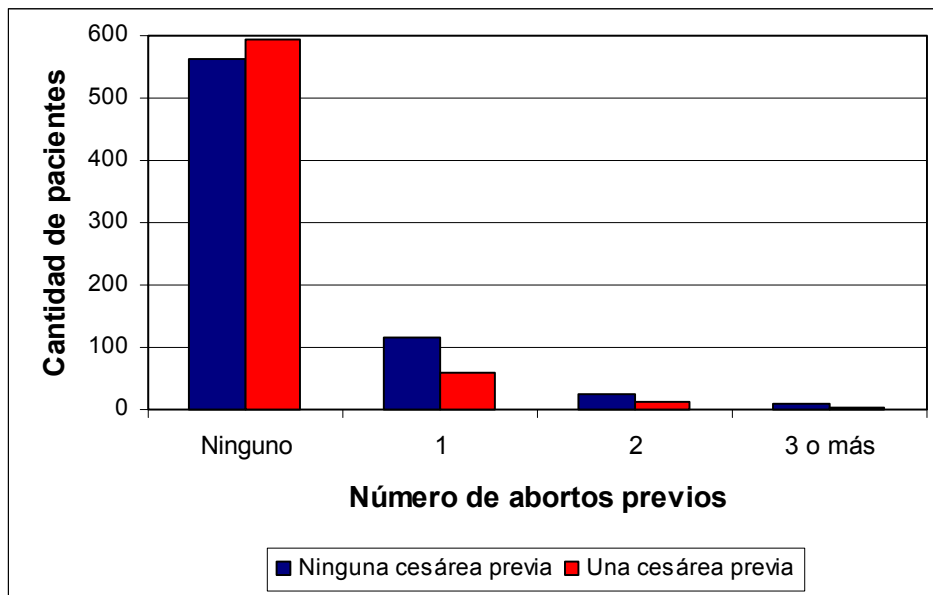
A partir de este test se concluye que el número de de gestas presentados por la paciente está significativamente asociado al número de cesáreas previas.

Gráfico 3. Distribución de las pacientes estudiadas clasificadas según el número de partos vaginales previos y el número de cesáreas previas



La mayoría de las pacientes con una cesárea previa no presenta partos vaginales previos, mientras que la mayoría de las pacientes sin cesárea previa presenta un parto vaginal previo.

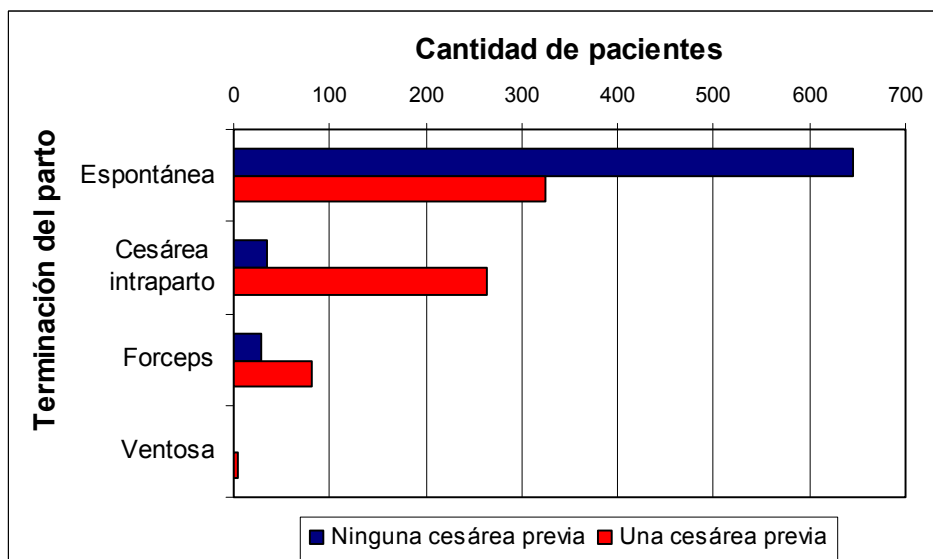
Gráfico 4. Distribución de las pacientes estudiadas clasificadas según el número de abortos previos y el número de cesáreas previas



A partir de este gráfico se observa que la gran mayoría de las pacientes estudiadas no presentó abortos previos, observándose esto en ambos grupos.

Para las pacientes que presentaron un aborto previo o más, se observa una mayor frecuencia para el grupo de pacientes sin cesárea previa. Mientras, que para las pacientes que no presentaron abortos previos se observa una mayor frecuencia para el grupo de pacientes con una cesárea previa.

Gráfico 5. Distribución de las pacientes estudiadas clasificadas según la terminación del parto y el número de cesáreas previas



La gran mayoría de las pacientes sin cesárea previa presentó una terminación espontánea del parto. Para las pacientes que presentan una cesárea previa se observan frecuencias similares de terminación espontánea del parto y de cesárea intraparto.

Tabla 4. Distribución de las pacientes estudiadas clasificadas según la terminación del parto y el número de cesáreas previas (en cantidades absolutas y porcentajes)

Terminación del parto	Cesárea previa		Total
	<i>Ninguna</i>	<i>Una</i>	
<i>Espontánea</i>	646 (90.8%)	324 (48%)	970
<i>Cesárea intraparto</i>	35 (5%)	263 (39%)	298
<i>Forceps</i>	28 (4%)	81 (12%)	109
<i>Ventosa</i>	2 (0.2%)	5 (1%)	7
Total	711 (100%)	673 (100%)	1384

Test Chi-cuadrado: $X^2 = 307.58$ $p = 0.0001 < 0.05$

A partir de este test se concluye que la terminación del parto está significativamente asociado al número de cesáreas previas.

Tabla 5. Distribución de las pacientes estudiadas clasificadas según si la terminación del parto fue en cesárea intraparto o no y el número de cesáreas previas (en cantidades absolutas y porcentajes)

Terminación del parto actual en cesárea intraparto	Cesárea previa		Total
	<i>Ninguna</i>	<i>Una</i>	
<i>Si</i>	35 (5%)	263 (40%)	298
<i>No</i>	676 (95%)	410 (60%)	1086
Total	711 (100%)	673 (100%)	1384

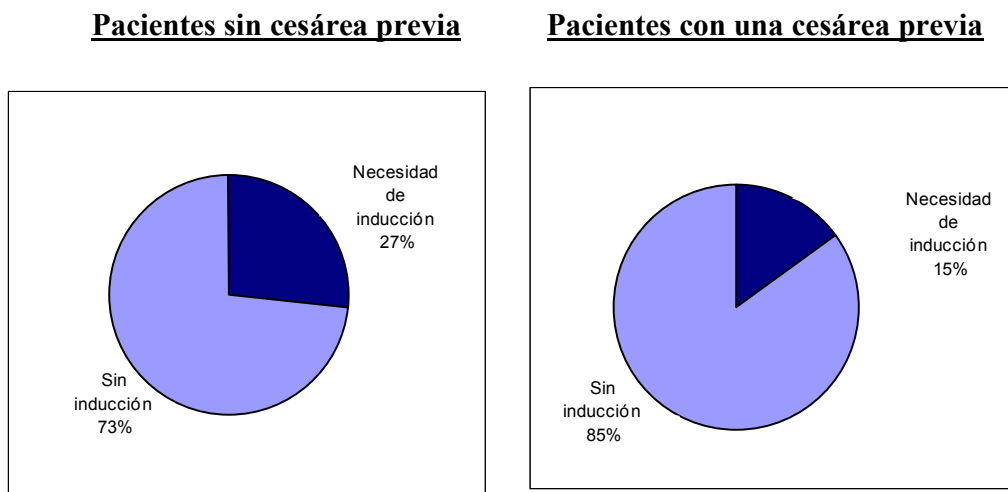
Test Chi.cuadrado corregido $X^2 = 236.72$ $p = 0.0001 < 0.05$

Por lo tanto, la terminación del parto actual en cesárea intraparto o no está relacionada significativamente con el hecho de que si la paciente presentó una cesárea previa o ninguna.

Razón de odds = 12.39 IC 95% [8.55 ; 17.86]

La chance de terminar el parto actual en cesárea intraparto es 12 veces mayor para las pacientes que presentaron una cesárea previa que para las pacientes que no presentaron cesárea previa.

Gráfico 6. Distribución de las pacientes estudiadas clasificadas según la necesidad de inducción y el número de cesáreas previas



Tanto para el grupo de pacientes con una cesárea previa como para el grupo de pacientes sin cesárea previa se observa que la mayoría no necesitó inducción al parto (85% y 73% respectivamente). Sin embargo, este porcentaje es superior para el grupo que presenta una cesárea previa.

Tabla 6. Distribución de las pacientes estudiadas clasificadas según la necesidad de inducción y el número de cesáreas previas

Necesidad de inducción al parto	Cesárea previa		Total
	Ninguna	Una	
<i>Si</i>	192	101	293
<i>No</i>	519	572	1091
Total	711	673	1384

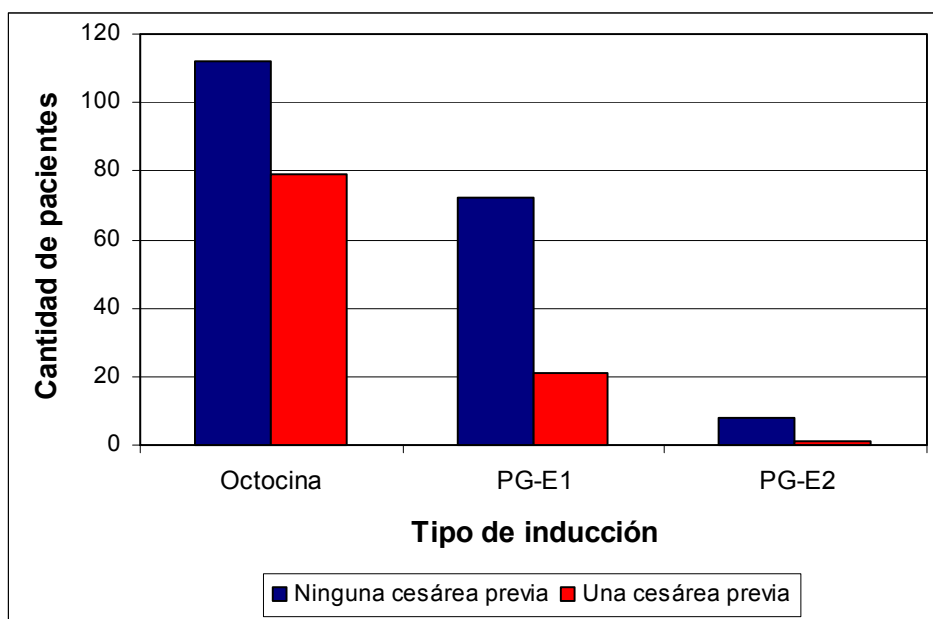
Test Chi.cuadrado corregido: $X^2 = 29.10$ $p = 0.0001 < 0.05$

Por lo tanto, la necesidad de inducción al parto está asociada significativamente con el hecho de que si la paciente presentó una cesárea previa o no presentó ninguna cesárea previa.

Razón de odds = 2.095 IC95% [1.6 ; 2.74]

La chance de presentar la necesidad de inducción al parto es 3 veces mayor para las pacientes que no presentaron cesárea previa que para las pacientes que presentaron una cesárea previa.

Gráfico 7. Distribución de las pacientes que presentaron la necesidad de inducción al parto clasificadas según el tipo de inducción y el número de cesáreas previas



Para las pacientes que presentaron la necesidad de inducción al parto, se observa que el fármaco que presenta una mayor frecuencia de pacientes es Octocina, en menor cantidad se observa PG-E1 y con una muy baja frecuencia PG-E2. Este comportamiento se observa tanto en el grupo de pacientes que presenta una cesárea previa como en el grupo que no presenta cesárea previa. Claramente, para los tres tipos de fármacos, se observa una mayor frecuencia de pacientes con ninguna cesárea previa que con una cesárea previa.

Tabla 7. Distribución de las pacientes que presentaron la necesidad de inducción al parto clasificadas según el tipo de inducción y el número de cesáreas previas.

Tipo de inducción	Cesárea previa		Total
	Ninguna	Una	
<i>Octocina</i>	112	79	191
<i>PG-E1</i>	72	21	93
<i>PG-E2</i>	8	1	9
Total	192	101	293

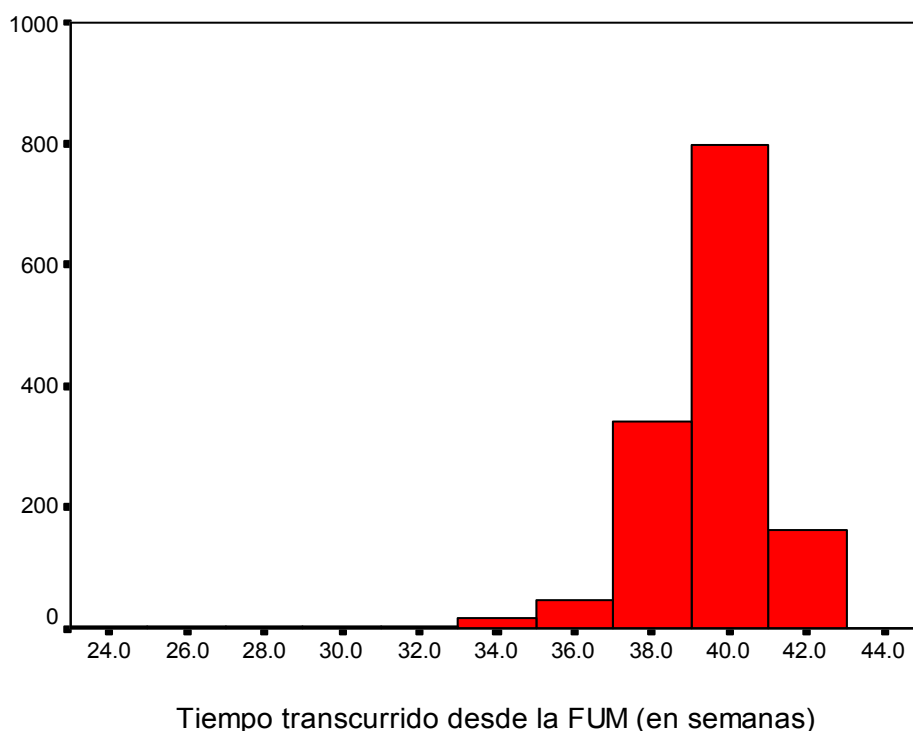
Test Chi-cuadrado: $X^2 = 12.009$ $p = 0.002 < 0.05$

Por lo tanto, el tipo de inducción presentado por las pacientes está asociado significativamente al número de cesáreas previas presentados.

Razón de odds (Octocina vs PG-E1) = 2.46

La chance de utilizar para la inducción Octocina es 2.46 veces mayor para las pacientes que presentaron cesárea previa que para las pacientes que no presentaron cesárea previa.

Gráfico 8. Distribución del tiempo transcurrido desde la fecha de la última menstruación (FUM) en semanas



La distribución del tiempo transcurrido desde la fecha de la última menstruación de las pacientes estudiadas presenta una leve asimetría por izquierda, presentado su valor más frecuente a las 40 semanas.

Este tiempo se encuentra entre las 23 semanas y las 43 semanas.

Tabla 8. Medidas resumen del tiempo transcurrido desde la última menstruación (FUM) de las pacientes estudiadas

Tiempo transcurrido desde la FUM (en semanas)				
Media	Mínimo	Mediana	Máximo	Desvío estándar
38.89	23	39	43	1.84

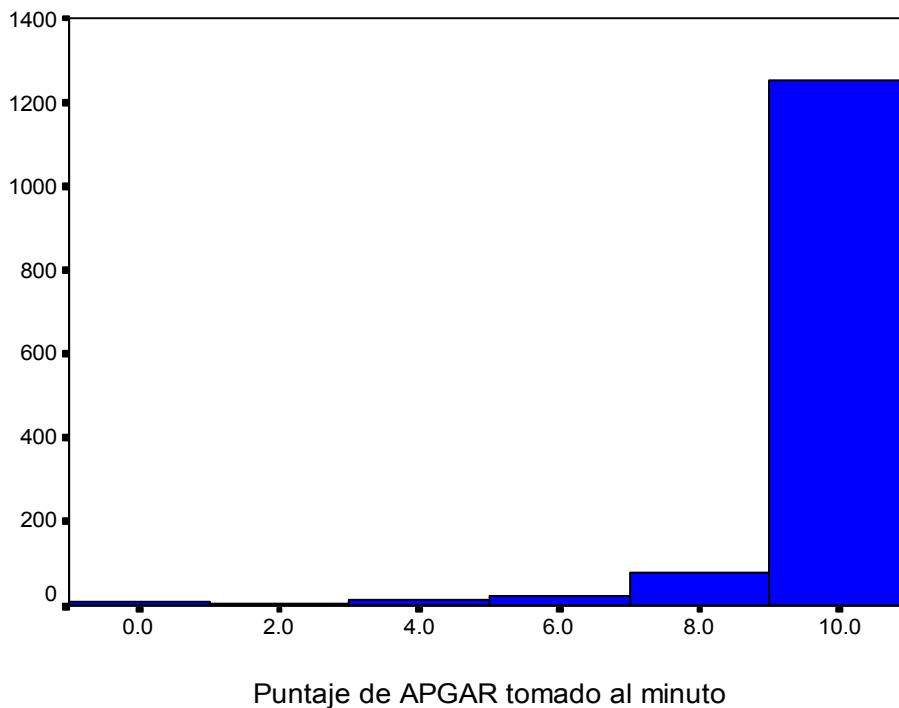
El tiempo medio transcurrido desde la FUM es de 38.89 semanas con un desvío estándar de 1.84 semanas. El 50% de las pacientes presentaron tiempos transcurridos hasta la FUM entre 39 y 43 semanas.

Tabla 9. Comparación del tiempo medio transcurrido desde la fecha de la última menstruación entre las pacientes que no presentaron cesárea previa y las que presentaron una cesárea previa

FUM (en semanas)	Cesárea previa		Test t-Student	Probabilidad asociada (p)
	Ninguna	Una		
<i>Media</i>	38.88	38.9	-0.204	0.84
<i>Mínimo</i>	24	23		
<i>Mediana</i>	39	39		
<i>Máximo</i>	43	42		
<i>Desvío estándar</i>	1.77	1.91		

Por lo tanto, el tiempo medio transcurrido desde la FUM no difiere significativamente entre las pacientes que no presentaron cesárea previa y las pacientes que presentaron una cesárea previa.

Gráfico 9. Distribución del puntaje de APGAR tomado al minuto de los recién nacidos



El puntaje de Apgar tomado al minuto de los recién nacidos de las pacientes estudiadas varía entre 0 y 10. Este puntaje presenta una distribución asimétrica por izquierda.

Tabla 10. Medidas resumen del puntaje de APGAR tomado al minuto de los recién nacidos

Puntaje de Apgar tomado al minuto				
<i>Media</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>	<i>Desvío estándar</i>
8.73	0	9	10	1.12

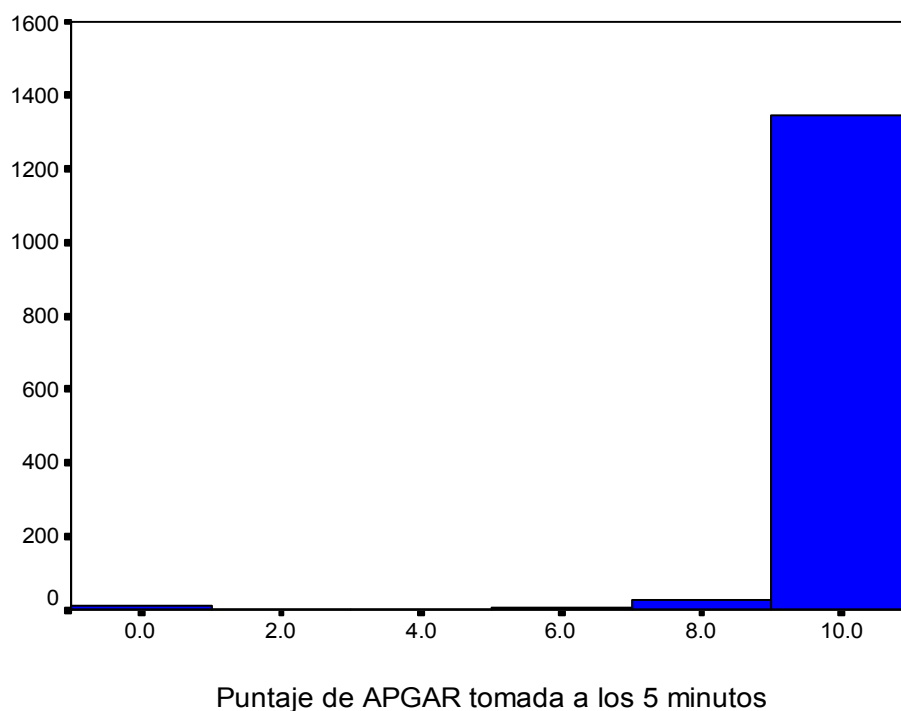
El puntaje de apgar medio tomado al minuto es de 8.73 con un desvío estándar de 1.12. El 50% de los recién nacidos presentaron puntajes de apgar entre 9 y 10.

Tabla 11. Comparación del puntaje medios de APGAR tomado al minuto de los recién nacidos entre las pacientes que no presentaron cesárea previa y las que presentaron una cesárea previa

Puntaje de Apgar tomado al minuto	Cesárea previa		Test t-Student	Probabilidad asociada (p)
	<i>No</i>	<i>Una</i>		
<i>Media</i>	8.75	8.71	0.679	0.497
<i>Mínimo</i>	0	0		
<i>Mediana</i>	9	9		
<i>Máximo</i>	10	10		
<i>Desvío estándar</i>	1.12	1.12		

Por lo tanto, el puntaje medio de apgar tomado al minuto de los recién nacidos no difiere de manera significativa entre las pacientes que presentaron una cesárea previa y las que no presentaron cesárea previa

Gráfico 10. Distribución del puntaje de APGAR tomado a los 5 minutos de los recién nacidos



La distribución del puntaje de apgar tomado a los 5 minutos parece ser constante alrededor del puntaje 10 , observándose una gran asimetría hacia la izquierda.

Tabla 12. Medidas resumen del puntaje de APGAR tomado a los 5 minutos de los recién nacidos

Puntaje de Apgar tomado a los 5 minutos				
<i>Media</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Máximo</i>	<i>Desvío estándar</i>
9.85	0	10	10	0.93

El puntaje medio de apgar tomado a los 5 minutos es de 9.85 con un desvío estándar de 0.93. El 50% de los recién nacidos presentan un puntaje de apgar tomado a los 5 minutos de 10.

Tabla 13. Comparación del puntaje medio de APGAR tomado a los 5 minutos de los recién nacidos entre las pacientes que no presentaron cesárea previa y las que presentaron una cesárea previa

Puntaje de Apgar tomado a los 5 minutos	Cesárea previa		Test t-Student	Probabilidad asociada (p)
	<i>No</i>	<i>Una</i>		
<i>Media</i>	9.85	9.84	0.14	0.89
<i>Mínimo</i>	0	0		
<i>Mediana</i>	10	10		
<i>Máximo</i>	10	10		
<i>Desvío estándar</i>	0.99	0.87		

El puntaje medio de apgar de los recién nacidos tomado a los 5 minutos no difiere significativamente entre el grupo de pacientes con una cesárea previa y el grupo de pacientes sin cesárea previa.

Discusión:

En el año 1996, se publicó un estudio en EEUU donde se reportaba un incremento alarmante en la tasa de cesáreas; siendo de 5.5% en 1970, 22.8% en 1988 y 25 % en 1996. Este alarmante incremento en la tasa de cesáreas, motivó a intentar un trabajo de parto en pacientes con cesárea previa para tratar de disminuir esta tasa; pero hasta ese momento se realizaban cesáreas del tipo corporales, teniendo alta incidencia de complicaciones, como la rotura uterina; por este motivo algunos estudios publicados en esa época descalificaban la probabilidad de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa.

En esa época también, comenzaba a realizarse la cesárea tipo segmentaria, con la cuál se mejoró mucho el trofismo de la cicatriz uterina, tornandola más resistente para soportar un trabajo de parto y disminuir la incidencia de complicaciones como la rotura uterina.

En el 2003 se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes gestantes que tuvieron como antecedente una cesárea previa y fueron atendidas entre el 1° de Junio del 2002 y el 31 de Mayo del 2003, en el servicio de toco ginecología el hospital “ Perrando-Castelán” de Resistencia “Chaco”. (4)

De 547 pacientes, 68 (12%) fueron sometidas a una segunda cesárea, 479 (88%) fueron a prueba de trabajo de parto, obteniéndose 376 (78%) partos vaginales y 103 (22%) fallaron en la prueba de trabajo de parto, culminando en cesárea abdominal. Las complicaciones post parto vaginal fueron, rotura uterina completa 2 (0.40%) y rotura uterina incompleta 3 (0.62%), de las que tuvieron rotura uterina completa sólo una se le realizó histerectomía total y el resto se tuvo conducta expectante, evolucionando favorablemente.

En el estudio realizado sobre 15515 pacientes que se les realizó un parto vaginal, teniendo cesárea previa, se observó una tasa de muerte perinatal de 11 veces mayor, comparado con el riesgo observado en 9014 pacientes con cesárea previa que se les programó otra cesárea. (1).

También, un estudio que describe la experiencia de 10 años con partos vaginales en pacientes con cesárea previa, dice que de pacientes con una cesárea previa el 83 % terminaba el parto vaginal exitosamente, comparando con el 75.3 % en pacientes con 2 o más cesáreas previas (3).

Comparando los trabajos expuestos anteriormente se puede observar que hay gran diferencia en los resultados obtenidos entre ellos, incluso con la conclusión obtenida en el presente trabajo; que demuestra que de las pacientes con una cesárea previa y eran sometidas a una prueba de trabajo de parto el 60 % termina el parto por vía vaginal exitosamente, mientras que el 40 % terminaba en una cesárea intra parto; además la prueba de trabajo de parto en pacientes con una cesárea previa no afectaba negativamente el Apgar de los recién nacidos.

Creo que esas diferencias se deben a que por ejemplo en (1) no discrimina pacientes con una cesárea previa, con pacientes con dos o más cesáreas previas y esto en el trabajo (3) queda evidenciado que al aumentar el número de cesáreas previas aumenta significativamente el riesgo de complicaciones en el trabajo de parto en pacientes con cesárea previa (morbilidad materno-fetal).

Tampoco se puede afirmar de esos trabajos que hayan excluido de la prueba de trabajo de parto a pacientes con antecedente de cesárea corporal.

De lo expuesto anteriormente y del trabajo realizado se puede sugerir que se debería dar la posibilidad a todas las mujeres, que no tengan indicación absoluta de cesárea, de ingresar en un trabajo de parto, siempre, aprovechando la experiencia de centros especializados en ésta técnica, para normatizar los criterios de inclusión y exclusión, con ello se evitaría exponer a las pacientes a sucesivas cirugías mayores y con el disminuir los riesgos

quirúrgicos y a largo plazo como hernias, bridas, adherencias y también disminuir el coste económico.

Conclusión: En éste trabajo puedo demostrar que el antecedente de una cesárea previa se asocia significativamente a la forma de terminación del parto , del grupo sin cesárea previa, el 95 % termina en un parto espontáneo y el 5 % restante termina en cesárea intra parto, mientras que el grupo con una cesárea previa el 60 % termina en un parto espontáneo y el 40 % termina en cesárea intra parto.

También, se concluye que el puntaje de apgar no difiere significativamente entre el grupo sin cesárea previa y el grupo con una cesárea previa, lo que nos indica que el hecho de tener una cesárea previa e intentar un parto vaginal no afecta negativamente al recién nacido.

Bibliografía:

1. Smith GC, Pell JP, Cameron AD. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA* 2002; 287: 2684-2690.
2. Williams, *Obstetricia*, 21° edición, editorial médica: Panamericana, 2002.
3. Miller DA, Diaz FG, Paul RH. Vaginal birth after cesarean: a 10-year experience. *Obstet ginecol* 1994 Aug; 84(2):255-8
4. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 135 – Febrero 2004
Pág. 12-16.
5. Blanchette H, Blanchette M, McCabe J, Vincent S. Is vaginal birth after cesarean safe? Experience at a community hospital. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Jun; 184(7): 1478-84; discusión 1484-7.
6. “Obstetricia” –Ricardo L. Schwarcz- Editorial “El Ateneo” –Cuarta edición.
7. Número del 5 de julio de 2001 del *New England Journal of Medicine* . Mona Lydon-Rochelle *et al.*