

# Prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa: Efecto del intervalo intergenésico

Pedro Camacho-Montoya,<sup>a</sup> Miguel Trapero-Morales,<sup>a</sup> Everardo Quevedo-Castro,<sup>a</sup> Fred Morgan-Ortiz,<sup>a,\*</sup> Josefina Báez Barraza<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud (CIDOCS). Sinaloa, México.

<sup>b</sup>Gineco-obstetra del sector privado. Sinaloa, México.

Recibido Septiembre 2010; aceptado Diciembre 2010

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia de partos vaginales, tasa de complicaciones y el efecto del período intergenésico sobre la resolución del parto, en pacientes con embarazo a término y antecedente de cesárea previa por indicación no repetitiva, que se someten a prueba de trabajo de parto. **Material y métodos:** De manera prospectiva y longitudinal se estudiaron 102 pacientes con embarazo a término en trabajo de parto con antecedente de cesárea previa segmentaria transversa baja fueron sometidas a prueba de trabajo de parto. **Resultados:** El 91.2% de las pacientes resolvieron su embarazo por vía vaginal (n=92; IC95%: 85.7 – 96.7); Se presentó dehiscencia de cicatriz previa en el 1.92% (n=2); laceraciones del canal de parto en el 9.76% (n=10). El periodo intergenésico fue igual o mayor de 24 meses en 71 pacientes y en 31 pacientes fue menor. En el 9.85% de las pacientes con período intergenésico igual o mayor de 24 meses se realizó una nueva operación cesárea en comparación con el 6.45% de las pacientes con periodo menor de 24 meses (RR:0.65, IC95%: 0.14 – 2.97; p=0.4465). **Conclusiones:** El someter a prueba de trabajo de parto a pacientes bien seleccionadas con antecedente de cesárea, es una medida eficaz para reducir la incidencia de cesáreas. Un período intergenésico mayor o menor de 24 meses no influye en la vía de resolución del parto ni incrementa la tasa de complicaciones.

**Palabras Clave:** Operación cesárea, prueba de trabajo de parto, parto vaginal, intervalo intergenésico.

**Objective:** To evaluate the frequency of the vaginal birth on patients with pregnancy at term and previous caesarean section by not repetitive indication underwent to labor test. Such rate complications and the effect of the interval between pregnancies on the delivery type were analyzed. **Material and methods:** Prospective and longitudinally 102 pregnancy patients at term in labor and caesarean section previous were subjected to labor test. Results: 91.2% of the patients had a vaginal delivery (n=92; 95% CI: 85.7 – 96.7), There were a 1.92 % of the patients with dehiscence of previous scar, vaginal lacerations in the 9.76% (n=10). Interval between pregnancy was same or large than twenty four months in 71 patients and was minor than 24 months in 31 patients; In the 9.85 % of patients with interval same or larger than 24 months a new caesarean section was made again in comparison with the 6.45% wich the interval was minor than 24 months (p= 0.4465; RR: 0.65 95%CI: 0.14 – 2.97). **Conclusions:** Subject to labor test patients adequately selectioned is a proceeding that would help to reduce the rate of caesarean section. Interval between pregnancies minor or larger than 24 months not affect the delivery mode nor increase complications rate.

**Keywords:** Caesarean section, labor trial, vaginal birth, interpregnancy period

## 1. Introducción

Las mujeres con un parto por cesárea anterior enfrentan un dilema con respecto a la vía de nacimiento en embarazos posteriores. El parto vaginal después de una cesárea (VBAC por su siglas en inglés) o repetir la cesárea. Las mujeres con un parto por cesárea anterior

tienen un mayor riesgo de rotura uterina en comparación con las mujeres sin cesárea previa, y así mismo la prueba de trabajo de parto aumenta el riesgo de ruptura del útero.<sup>1</sup> Los partos por cesárea se asocian a múltiples riesgos como un mayor riesgo de histerec-tomía, placenta previa y acretismo placentario.<sup>1</sup>

La mayoría de las pacientes con cesárea previa son buenas candidatas para una prueba de trabajo de parto. Aproximadamente el 74% de las mujeres que tienen una prueba de trabajo de parto con cesárea previa tendrá un nacimiento vía vaginal.<sup>1</sup>

El 26% restante deben ser sometidas a un adecuada

\*Dr. Fred Morgan Ortiz. Médico Gineco- obstetra, Prof. e Inv. de Tiempo Completo Titular "C". Universidad Autónoma de Sinaloa. Hospital Civil de Culiacán. **Correspondencia:** Eustaquio Buelna No. 91, Col Gabriel Leyva, Culiacán, Sinaloa, México, CP: 80030, Tel-fax: (667) 713-79-78. Correo-e: fmorganortiz@hotmail.com

herramienta de detección de factores de riesgo que contraindiquen la prueba de trabajo de parto y ser sometidas a una cesárea electiva de repetición y así evitar los riesgos de la prueba de trabajo y parto.

En México como en todo el mundo, en los últimos años se ha observado un incremento progresivo en la frecuencia de la operación cesárea con relación al número total de partos. En las décadas de los 60's, la operación cesárea representaba alrededor de un 5% de todos los nacimientos.<sup>1</sup> Actualmente en la mayoría de los hospitales del país, la frecuencia de la cesárea ha aumentado por arriba del 20%,<sup>2,3</sup> la cual ha seguido incrementando y actualmente, hay instituciones que sobrepasan el 50%, reportándose en la práctica privada registros de hasta un 80% o mayores.<sup>4</sup> En el año 2000, se estimó una frecuencia en el ámbito nacional mayor del 39.0% y con una tendencia a aumentar de no implementarse medidas que modifiquen este comportamiento.<sup>2</sup>

Según la Norma Oficial Mexicana para la atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM 007) todas las unidades médicas que brindan atención obstétrica deben contar con lineamientos para la indicación de la cesárea, cuyo índice recomendado es del 15% para hospitales de 2º nivel y 20% para hospitales de 3er nivel.<sup>3</sup>

Actualmente una de las indicaciones más frecuentes de la operación cesárea es el antecedente de tener una cesárea previa. En EUA se reporta que la indicación de cesárea previa es la responsable del incremento del 47% en la frecuencia de operación cesárea. Si se toma en cuenta que el 30% de las cesáreas se efectúan debido a una cesárea anterior, el someter a las pacientes con cesárea previa a trabajo de parto se podría lograr una disminución sustancial en su incidencia. Es por esto que distintas organizaciones médicas internacionales han establecido recomendaciones y lineamientos para reducir el número de cesáreas indicadas por una nacimiento por cesárea previa, de tal manera que se les pueda someter a un parto vaginal planeado.<sup>5,6</sup>

En mujeres cuya primera cesárea segmentaria transversal baja se realizó por una indicación no recurrente, la incidencia de un parto vaginal posterior satisfactorio, es similar a la incidencia global de parto vaginal en pacientes sin dicho antecedente.<sup>4</sup> La tasa de partos vaginales satisfactorios reportados después de una operación cesárea pueden variar desde un 66.7% hasta un 86%.<sup>1</sup> Esta variación en el éxito reportado

de parto vaginal planeado después de cesárea previa puede estar influenciada por múltiples variables demográficas y obstétricas como son mala presentación, hipertensión inducida por el embarazo y un índice de Bishop > 4, DCP y falta de progreso de trabajo de parto.<sup>7</sup>

Con una adecuada selección las pacientes que se someten a una prueba de trabajo de parto posterior a una cesárea, el riesgo de dehiscencia y ruptura uterina es menor del 0.4 al 4.6%.<sup>5,6,8-10</sup> La dehiscencia o la rotura uterina no están relacionadas significativamente con la vía de parto intentada, el uso de oxitocina y la presencia de cicatrices uterinas desconocidas.

El uso de un sistema de índice de predicción puede predecir la probabilidad de éxito en una paciente individual, evaluar los riesgos y beneficios y de esta manera mejorar los resultados en pacientes sometidas a un trabajo de parto después de cesárea previa.<sup>6</sup> Se ha reportado que el 80% de las pacientes sometidas a trabajo de parto después de una cesárea previa y que presentan dilatación cervical > de 4 cm, presentan un parto vaginal exitoso. Aunque se han identificado otros factores predictores para un parto vaginal exitoso en pacientes con una cesárea previa, un índice de Bishop igual o mayor a 4 en embarazadas es de hecho el más fuerte y significativo predictor para el parto vaginal exitoso después de una operación cesárea previa.<sup>5-7</sup>

La morbi-mortalidad materna es de 4 a 8 veces más alta en pacientes a quienes se les practica cesárea que en las que presentan un nacimiento por vía vaginal.<sup>11,12</sup> Los nacimientos vaginales se asocian con internamientos hospitalarios más cortos, evitan las complicaciones transoperatorias y postoperatorias hemorrágicas y menor incidencia de fiebre materna posparto.<sup>12</sup>

Debido al incremento sustancial ocurrido en las últimas dos décadas en la frecuencia de la operación cesárea, la cual en su mayoría ha sido condicionada por la repetición de cesárea en una paciente con el antecedente de cesárea, aún en situaciones en que la causa no es repetitiva, fue por lo que se desarrolló este trabajo con el propósito de evaluar la frecuencia de partos vaginales, tasa de complicaciones y el efecto del período intergenésico sobre la resolución del parto, en pacientes que se someten a prueba de trabajo de parto por presentar un embarazo a término y antecedente de una operación cesárea previa por indicación no repetitiva.

## 2. Material y métodos

Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo y longitudinal en 102 pacientes con cesárea previa que acudieron al servicio de toco-cirugía del Hospital Civil de Culiacán con el antecedente de una cesárea previa en un período de 12 meses.

El estudio fue aprobado por los comités de investigación y ética del Hospital Civil de Culiacán. Los criterios para el ingreso de las pacientes al estudio fueron que presentaran embarazo a término, con una cesárea previa y la indicación anterior no estuviera presente en el actual embarazo, que no hubiera presentado complicaciones infecciosas relacionadas con la cesárea (Deciduomiotritis, absceso de pared, etcétera) y que dieran su consentimiento informado y por escrito para participar en el estudio; los criterios para excluir a las pacientes del estudio fueron presencia de sufrimiento fetal agudo, peso estimado del producto mayor de 4000gr, placenta previa, embarazo gemelar, presentación pélvica. Se eliminaron 3 pacientes por presentar indicaciones obstétricas para interrupción del embarazo por vía abdominal de las cuales una fue por sufrimiento fetal agudo, otra por Dehiscencia de cicatriz uterina y la restante por presentar arresto en el descenso y la dilatación.

Posterior a su ingreso todas las pacientes que aceptaron el procedimiento se pasaron a sala de labor se canalizaron con soluciones glucosada al 5% y con solución Hartman a las que se sometieron a analgesia obstétrica en el momento del ingreso, se les tomaron signos vitales y se realizaron medidas generales de Enfermería, se vigiló la presencia de contracciones uterinas en 10 minutos realizándose manualmente, así como la duración de las mismas aplicándosele oxitocina a las pacientes que lo ameritaban (presencia de trabajo de parto irregular), se realizó exploración vaginal, valorando dilatación y borramiento al momento del ingreso así como la integridad de las membranas y características del líquido amniótico, se vigiló la evolución de la dilatación y borramiento cervical cada hora, así mismo vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal con estetoscopio de Pinard y tococardiógrafo, Se aplicó analgesia obstétrica por vía peridural a todas las pacientes que la aceptaron, esta se aplicó al momento de un trabajo de parto en fase activa y se aplicaron dosis de analgesia cuando se ameritaba o al momento de pasar a sala de expulsión, se vigilaron hasta el

momento de presentar borramiento y dilatación completa (período expulsivo) pasándose posteriormente a sala de expulsión para atención del parto, realizándose asepsia, colocación de sonda nelaton para vaciamiento vesical, así como valoración de variedad de posición para aplicación de Fórceps, se infiltró anestésico local en región perineal, se colocó Fórceps de salida (de Salas) y se procedió a la atención del parto mediante la realización de episiotomía. Posterior al nacimiento del producto, se realizó exploración de canal de parto y de histerorrafia en busca de desgarros y laceraciones y dehiscencia uterina; posteriormente se trasladó a la paciente a sala de hospitalización con vigilancia de signos vitales, así como de la presencia de complicaciones en el puerperio inmediato.

Se analizaron las siguientes variables: vía de resolución del parto, considerándose como éxito cuando la resolución fue por vía vaginal ó fracaso cuando la resolución es por vía abdominal; Período Intergenesico (PI) el cual se definió como el tiempo transcurrido entre la cesárea previa y la resolución del embarazo actual; para propósito de análisis las pacientes se dividieron en dos subgrupos de acuerdo a la duración del periodo intergenesico: pacientes cuyo periodo intergenesico fue de un intervalo de 24 meses o menor entre la cesárea previa y la resolución del embarazo actual y pacientes cuyo periodo intergenesico fue mayor de 24 meses; utilización de fórceps; tasa de complicaciones maternas durante el trabajo de parto, parto y puerperio (ruptura uterina, Dehiscencia, desgarros y laceraciones, infecciones y hemorragia posparto, así como también los resultados perinatales).

Para el análisis de los datos se calcularon medias y proporciones, Prueba Chi- Cuadrada o exacta de Fisher cuando fue necesario, Riesgo Relativo (RR) para la presencia de Dehiscencia y otras complicaciones del parto y puerperio, con cálculos de intervalos de confianza del 95% para medias, proporciones y RR, mediante la utilización del paquete estadístico Epi-Info versión 6.04. Un alfa igual o menor de 0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

## 3. Resultados

La edad promedio de las pacientes fue de 23.86 años (DE+/- 4.85), el período intergénésico promedio fue de 41.39 meses (DE+/- 23.53) con un rango de 12 a 99 meses. El 30.39% (n=31) de las pacientes presentó un

periodo intergénésico (PI) de 24 meses o menor y en el 69.61% fue mayor (n=71). Los antecedentes obstétricos como número de gestas, paras, edad gestacional, control prenatal, complicaciones durante el embarazo se muestran en el Cuadro 1.

**Cuadro 1.** Características generales de las pacientes de acuerdo a la duración del período intergenésico.

Características		PI < 24 meses n= 31	PI > 24 meses n= 71
Gestas	2	17 (54.8%)	41 (57.7%)
	3	5 (16.1%)	20 (28.2%)
	4	4 (12.9%)	5 (7.0%)
	5	3 (9.7%)	5 (7.4%)
	6	1 (3.2%)	0
Paras	0	17 (54.8%)	46 (64.8%)
	1	7 (22.6%)	16 (22.5%)
	2	4 (12.9%)	5 (7.0%)
	3	2 (6.4%)	5 (7.0%)
Edad Gestacional	40.1 (±2.2)	39.7 (±1.12)	
Control prenatal	4.56 (±2.9)	5.52 (±2.79)	
Complicaciones en el embarazo	Anemia	1 (3.2%)	3 (4.2%)
	Infección Vías Urinarias	2 (6.4%)	1 (1.4%)
	Amenaza de Parto Pretermino	0	2 (2.8%)
	Hipertensión Gestacional	0	1 (1.4%)

Las indicaciones más frecuentes de la cesárea anterior fueron: arresto en el descenso (24.5%), presentación pélvica en el 14.7%, circular de cordón a cuello en un 7.8% y sufrimiento fetal agudo en un 6.9% (Cuadro 2).

**Cuadro 2.** Indicaciones de la cesárea anterior

Indicación	Frecuencia
Sufrimiento Fetal agudo	7 (6.9%)
Presentación Pélvica	15 (14.7%)
Ruptura prematura de membranas	2 (2.0%)
Oligohidramnios	5 (4.9%)
Embarazo prolongado	4 (3.9%)
Arresto en el descenso	25 (24.5%)
Circular de cordón	8 (7.8%)
Distocias de contracción	5 (4.9%)
Otros	31 (30.4%)

Al momento de su ingreso la dilatación promedio encontrada fue de 4.92 cm (DE+/- 2.48) con un rango

de 1 a 9 cm. El total de pacientes alcanzaron la dilatación completa. Al 63.7% (n=65) de las pacientes se les administró analgesia obstétrica por vía peridural. Al 30.4% (n= 31) se les realizó conducción del trabajo de parto con oxitocina. La duración promedio del trabajo de parto desde el inicio de contracciones regulares fue de 15.28 hrs. (DE+/- 5.72). La duración del periodo expulsivo fue de 27.43 minutos (DE+/- 9.15). En el 91.2 % (n= 93) de las pacientes la vía de resolución del parto fue por vía vaginal, en las restantes se resolvió por vía abdominal; En el 9.85 % de la pacientes con PI igual o mayor de 24 meses se efectuó una nueva cesárea en comparación con el 6.45% de las pacientes con PI menor de 24 meses, sin diferencias estadísticamente significativas (p=0.4465; RR 0.65 IC 95%: 0.14 - 2.97). La indicación más frecuente de operación cesárea fue sufrimiento fetal agudo con un 44.44% (n=4, 1 en el grupo con PI menor de 24 meses y 3 en el grupo con PI mayor de 24 meses) (Cuadro 3).

**Cuadro 3.** Indicaciones de las pacientes que se sometieron a cesárea

Indicación	Grupo A		Grupo B	
	n	%	n	%
Sufrimiento fetal agudo	1	.98	3	2.94
Ruptura uterina	1	.98	2	1.96
Arresto en la dilatación	1	.98	1	.98
Desproporción cefalopélvica			1	.98
Total	2	1.96	7	6.86

En el 32.7% (n= 33/93) de las pacientes se utilizó fórceps de salida para la atención del parto, aplicándose en el 29.03% (n=9/31) de las pacientes con PI igual o menor de 24 meses y al 33.8% (n=24/71) de las pacientes con PI mayor de 24 meses, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (p=0.6373, RR: 0.86, IC95%: 0.45 - 1.63). En el 17.64% (n=18/102) de las pacientes se presentaron complicaciones en la atención del parto y puerperio: siendo las más frecuentes: Dehiscencia de cicatriz previa en el 1.96% (n=2/102), desgarros vagino perineales en un 7.84% (n=8/102), laceraciones del canal de parto en el 1.96% (n=2/102), entre otras (Cuadro 4).

**Cuadro 4.** Tasa de complicaciones en el total de pacientes estudiadas

Complicaciones	n	%
Desgarros vaginoperineales	8	7.84
Sangrado	3	2.94
Laceraciones de canal de parto	2	1.96
Dehiscencia	2	1.96
Hematoma	1	.98
Retención de restos	1	.98
Infección de episiotomía	1	.98
Total	18	17.64

De las Dehiscencia una fue completa y otra incompleta, de las cuales una se relacionó con el uso de oxitocina; de acuerdo a la duración del PI, una se presentó en pacientes con PI igual o menor de 24 meses y otra en pacientes con PI mayor de 24 meses (RR: 2.29, IC95%: 0.15- 35.45; p=0.5571). Se encontraron diferencias en la presencia de complicaciones del parto entre las pacientes de acuerdo a la duración del PI, encontrándose que el 29.03% de las pacientes con PI igual o menor de 24 meses presentaron complicaciones (n= 9/31) en comparación con el 12.67% de las pacientes con PI mayor de 24 meses (n=9/71) (p=0.0473, RR: 2.29, IC95%: 1.01 – 5.21)(Cuadro 5).

**Cuadro 5.** Cálculo de asociación entre la duración del periodo ínter-genésico (PI) y otras variables.

Variable	PI ≤ 24		PI > 24		RR	p
	n	%	n	%		
Complicaciones	9/31	29.03	9/71	12.67	2.29	.0473
Fórceps	9/31	9.09	24/71	33.8	0.86	.6373
Dehiscencia	1/31	0.98	1/71	0.98	2.29	.5571

Cuando se analizó la asociación entre la presencia de complicaciones del parto y puerperio de acuerdo al uso de fórceps y la duración del PI, en pacientes con PI igual o menor de 24 meses no se encontró asociación (p=0.3845, RR: 1.96, IC95%: 0.68 - 5.65) así como tampoco en las pacientes con PI mayor de 24 meses (p=0.0531, RR: 3.92, IC95%: 1.07 – 14.31) (Cuadro 6). En 3 pacientes se presentaron complicaciones durante el puerperio: Una paciente presentó sangrado posparto secundario a acretismo placentario motivo por el cual se sometió a histerectomía obstétrica; otra

complicación que se presentó en una paciente fue infección de episiotomía y otra fue un hematoma secundario a aplicación de fórceps.

En lo que respecta a los resultados perinatales se encontró que el peso promedio de los productos fue de 3330 grs. (DE+/- 359.97) con un rango 2650 a 4400 gr, únicamente en 5 pacientes el producto pesó 4000 gr. o más, a pesar de haberse estimado un peso menor a 4000 gr. El Apgar de los productos fue en el 95.1% de 8 o mayor, únicamente el 0.98 % (n=1) de los productos presentó un Apgar menor de 4 (en apnea) que se recuperó posteriormente.

#### 4. Discusión

Una de las mayores controversias en la práctica obstétrica moderna se centra en la resolución de los casos de pacientes con cesárea previa.<sup>12</sup> Una medida actual para disminuir la frecuencia de la operación cesárea, es el permitir el parto vaginal a la paciente que previamente ha sido sometida a una o más operaciones cesáreas, ya que la literatura menciona que el parto vaginal después de cesárea a menudo ocurre sin contratiempos,<sup>13</sup> siempre y cuando la causa de la cesárea anterior no este presente en el embarazo actual.

Se ha reportado recientemente que los predictores individuales que se asocian con una baja probabilidad de parto vaginal posterior a una prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa son raza afro-americana, edad materna avanzada, no tener antecedente de un parto vaginal previo, peso al nacimiento mayor de 4 kg y el uso de inducción del trabajo de parto.<sup>15</sup>

En el presente trabajo se observó una tasa de éxito de parto vaginal en el 91.2% (93/102) datos que concuerdan con reportes existentes en la literatura, incluso con una tasa un poco mayor a lo reportado en dichos estudios, aunque el 32.7% (33/93) de estas pacientes terminaron en parto distócico por la aplicación de fórceps profiláctico, para el acortamiento del periodo expulsivo, el cual debe de ser aplicado cuando las condiciones sean adecuadas para llevarlo a cabo en forma sencilla y atraumática a fin de evitar el periodo de actividad uterina más intensa y con ello el peligro de Dehiscencia y/o rotura uterina.

Existen algunos estudios<sup>8-10</sup> los cuales reportan rupturas uterinas del 0 al 1.3%, y dehiscencias de his-

terorrafias del 0.4 al 4.6%, lo cual coincide con lo reportado en este estudio donde no se observó ninguna ruptura uterina y solo dos pacientes presentaron dehiscencia de histerorrafia, una incompleta y otra completa (1.9%). La primera se encontró como hallazgo quirúrgico al interrumpirse el embarazo por vía abdominal por presentar un periodo expulsivo prolongado y la completa se presentó en una paciente cuando se realizaba conducción de trabajo de parto con oxitocina la cual refirió dolor intenso suprapúbico por lo que se decidió interrupción de embarazo por vía abdominal y se encontró dicho hallazgo, las dos ameritaron suturarse y las pacientes cursaron sin complicaciones posteriores. Esta tasa puede ser considerada como menor si se considera el riesgo de morbilidad infecciosa (10-30%) y hemorrágica (6.4%) que conlleva un parto por cesárea y si se compara con relación a la tasa de dehiscencia reportada en la literatura 0.4 – 4.6%.<sup>5</sup>

Se ha tenido temor en la utilización de oxitocina en pacientes con cesárea previa por el riesgo de hiperestimulación y ruptura uterina; en el presente estudio, el 30.4% de las pacientes fue sometida a conducción de trabajo de parto, presentándose una paciente con dehiscencia de histerorrafia. El resto de las pacientes no presentaron complicaciones secundarias al uso de oxitocina, por lo que podemos inferir que la oxitocina no se encuentra contraindicada en pacientes con cesárea previa, como se mencionan en la literatura existente.<sup>6,7</sup>

En lo que respecta a la morbilidad perinatal, cuando se comparan los resultados del estudio con lo reportado en la literatura<sup>1,2,14</sup> no se observan diferencias, por lo que una buena selección de los casos y cumpliendo con los requisitos ya establecidos es posible permitir el trabajo de parto en estas pacientes con una baja morbi-mortalidad materna y baja morbilidad perinatal.

Con base en los resultados obtenidos en el presente estudio se concluye que el parto vaginal demuestra con frecuencia ser seguro después de una cesárea previa y esto podría contribuir a una disminución en las tasas de cesáreas si consideramos que una de las indicaciones más frecuentes de la misma es la cesárea previa con la premisa de que se seleccionen adecuadamente los casos y se respeten los requisitos establecidos como son: que exista una sola cesárea previa, que la incisión haya sido segmentaria transversa baja, que

la indicación de la cesárea anterior no este presente en el embarazo actual, que exista quirófano disponible, monitoreo fetal y presencia de personal especializado suficiente.

Una reflexión que debe tener muy presente el obstetra es el pensar y evaluar juiciosamente toda indicación de una cesárea primaria, mejorar el manejo de distocia en mujeres nulíparas, y que conjuntamente con el uso de una norma de manejo de trabajo efectiva, es el mejor método para reducir la tasa de operación cesárea.

## Referencias

1. Guise J-M, Eden K, Emeis C, Denman M, Marshall N, Fu R, et al. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Report/Technology Assessment No. 191. (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-I.) AHRQ Publication No. 10-E001. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.
2. Corral-Chávez C, Urias JY, Pérez-Hernández S. Tendencia de la operación cesárea en tres ámbitos de atención médica del IMSS en el periodo de 1981-1995. *Ginecol Obstet Mex* 1999;67:9-11.
3. Cabezas E, Delgado-de Alba A, Morales-del Olmo A. Comportamiento de la cesárea en la SSA durante el periodo 1990-95. *Ginec Obstet Méx* 1998;66:335- 8.
4. Flamm BL, Going JR, Lui Y et al. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A prospective multicenter study. *Obstet Gynecol* 1994; 83:927-931.
5. Miller DA, Díaz FG, Paul RH. Vaginal birth after cesarean. A 10 years experience. *Obstet Gynecol* 1994;84-2:255-58.
6. Hashima JN, Eden KB, Osterweil P, Nygren P, Guise JM. Predicting vaginal birth after cesarean delivery: a review of prognostic factors and screening tools. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:547-55.

7. Weinstein D, Ben SA, Tanos V. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:192-97.
8. Leung AS, Leung EK, Paul. Uterine rupture after previous delivery. Maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:945-50.
9. Adail D, Sánchez- Ramos L. Trial of labor in patients with a previous lower uterine vertical cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174-3: 966-701.
10. Caughey A.B., Shipp T.D, Repke JT. Trial of labor after cesarean delivery. The effect of labor after cesarean delivery. The effect of previous vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179-4:938-41.
11. Bujold E, Blackwell SC, Hendler I, Berman S, Sorokin Y, Gauthier RJ. Modified Bishop's score and induction of labor in patients with a previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:1644-8.
12. Costantine MM, Fox K, Byers BD, Mateus J, Ghulmiyyah LM, Blackwell S, et al. Validation of the prediction model for success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2009;114:1029-33.
13. Ouzounian JG, Miller DA, Paul RA. Amniocentesis in women with previous cesarean birth. A preliminary report. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:783-85.
14. Guzman-Sánchez A, Alfaro-Alfaro Cr y cols. Intento de parto vaginal en 1000 pacientes con antecedente de una cesárea previa en el antiguo Hospital Civil de Guadalajara. *Ginecol Obstet Mex* 1996;66:325-29.
15. Eden KB, McDonagh M, Denman MA, Marshall N, Emeis C, Fu R, et al. New insights on vaginal birth after cesarean. Can it be predicted? *Obstet Gynecol* 2010;116:967-81.