



**Facultad de Ciencias Médicas**

**Universidad Nacional De Rosario**

**Escuela de graduados**

**Carrera de especialización en Ginecología y Obstetricia**

**PARTO VAGINAL EN MUJERES CON CESÁREA ANTERIOR.  
APLICACIÓN DE MODELOS DE PREDICCIÓN.**

**AUTORA: de la Horra Natalia Andrea**

**TUTORA: Beccaría Ana Laura**

**Abril 2024**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia, que me apoya y acompaña en cada decisión de manera incondicional.

A mi tutora, que me acompañó con cariño y dedicación a pesar de las complicaciones.

A la Universidad Pública.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>5</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
<b>4. MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	<b>7</b>
<b>5. DESARROLLO.....</b>	<b>9</b>
5.1 INCREMENTO MUNDIAL EN LA TASA DE CESÁREAS.....	9
5.2 ¿A QUE SE DEBE ESTE INCREMENTO EN LA TASA DE CESAREAS A NIVEL MUNDIAL?.....	12
5.3 MODELOS DE PREDICCIÓN DE PARTO VAGINAL PROPUESTOS.....	14
5.4 IMPORTANCIA DE LA DECISIÓN DE LA MUJER Y SU EMPODERAMIENTO. ROL DEL PERSONAL DE SALUD EN ESTA TOMA DE DECISIONES.....	17
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>7. DISCUSIÓN.....</b>	<b>31</b>
<b>8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>35</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>37</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

Las tasas de cesáreas están aumentando en todo el mundo. El antecedente de parto por cesárea anterior, es el principal contribuidor a este incremento. También es importante resaltar que el 70% de las cesáreas se realiza en nulíparas, hecho que compromete el futuro obstétrico de estas mujeres.

La presente, es una investigación que busca encontrar datos actualizados de las características clínicas y demográficas que favorecen el parto vaginal en mujeres con cesárea previa. Busca además analizar algunos de los modelos de predicción de parto vaginal en mujeres con cesárea anterior, propuestos por diferentes sociedades y asociaciones a nivel mundial.

Esta información podría ayudar a seleccionar adecuadamente las pacientes con más posibilidades de parto vaginal, incrementando entre 60% y 80% las probabilidades de éxito del mismo y disminuyendo el riesgo de rotura uterina a menos de 1%, incentivando esta práctica en gestantes con antecedente de cesárea.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Más allá del dilema que se presenta para las mujeres gestantes con antecedente de una única cesárea de intentar un parto vaginal o repetir cesárea, es evidente el aumento de la tasa de la misma y la disminución de la tasa de parto vaginal.

Buscando explicaciones a la situación en las características clínicas y demográficas, se plantearon los siguientes interrogantes. ¿Cuáles son los factores asociados que favorecen el parto vaginal en gestantes a término con cesárea previa y feto único en presentación cefálica en el Hospital Escuela Eva Perón? ¿Y cuáles de estos factores afectan negativamente el resultado de parto vaginal? Y finalmente, ¿es de utilidad aplicar los modelos de predicción de parto vaginal en mujeres con antecedente de una única cesárea, considerando que estos factores que influyen en el resultado obstétrico, son tenidos en cuenta en estos modelos?

La hipótesis de investigación que se desarrolló, fue en el sentido afirmativo y negativo de relación causa – efecto; “El antecedente de parto vaginal, el peso del recién nacido, la edad materna, etc., son factores asociados que favorecen o no el parto vaginal en estas mujeres con embarazos a término, con una cesárea previa y feto único en presentación cefálica”.

Se propuso un estudio retrospectivo donde se recogieron datos de historias clínicas de mujeres gestantes que llegaron al Hospital escuela Eva Perón del 01/01/2019 a 31/12/2022, y que cumplían con los criterios de inclusión. La recopilación de datos, tabulación, análisis y discusión fueron realizados con la asesoría de la tutora, solo necesitando el apoyo del estadístico para realizar el análisis correspondiente.

### **3. OBJETIVOS**

- Determinar resultados maternos y perinatales en mujeres que ingresan en trabajo de parto, con antecedente de una cesárea previa, en la institución donde me desempeñé como médica residente, desde el 01/01/2019 hasta el 31/12/2022.
- Determinar y analizar las causas de la cesárea en aquellas que no lograron un parto vaginal.
- Evaluar los factores que influyen positiva o negativamente en la posibilidad de parto vaginal en mujeres con cesárea anterior y criterios de inclusión.
- Evaluar algunos de los modelos existentes de predicción del parto vaginal después de una cesárea, los cuales consideran la mayoría de estos factores en su análisis.
- Explorar las actitudes y experiencias de todo el personal de salud de la maternidad en la atención de estas mujeres, y la influencia de los mismos en sus decisiones.

#### **4. MATERIALES Y MÉTODOS**

**DISEÑO DEL ESTUDIO:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal.

**POBLACIÓN:** mujeres en trabajo de parto en la maternidad del Hospital Escuela Eva Perón, desde el 01/01/2019 hasta el 31/12/2022, con un único parto por cesárea anterior.

##### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- ✓ mujeres con una única cesárea anterior,
- ✓ con cicatriz segmentaria transversa previa
- ✓ inicio espontáneo del trabajo de parto
- ✓ embarazo mayor o igual a 37 semanas
- ✓ en presentación cefálica, de vértice.

##### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- ✓ aquellas mujeres que presentaron cirugía uterina previa (miomectomía, cirugía reparadora)
- ✓ incisión longitudinal en cuerpo uterino
- ✓ sobredistensión uterina (gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal)
- ✓ más de una cesárea
- ✓ presentación viciosa
- ✓ patología materna o fetal que contraindicara un trabajo de parto.

**COHORTE:** tamaño muestral estimado: de las 5989 gestantes atendidas en sala de partos, desde el 01 de enero 2019 al 31 de diciembre 2022, se incluyó todas aquellas que cumplían criterios de inclusión y no presentaban criterios de exclusión. En total 504 mujeres, de las cuales 321 tuvieron parto vaginal, 169 parto por cesárea, y 14 de ellas un parto instrumentado con fórceps.

Se analizaron las causas de las cesáreas en aquellas gestantes en las que no se logró un parto transpelviano, y los factores asociados al éxito del parto vaginal en estas mujeres. Así como aquellos factores que influyeron negativamente.

Se elaboraron tablas de frecuencia con valores absolutos y porcentajes según las diferentes variables estudiadas.

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS: se utilizó el sistema de registro del hospital, donde se encuentran documentados los datos de todas las mujeres que ingresan al servicio para finalización del embarazo, y la evolución durante la internación. Se aplicaron los filtros correspondientes según los criterios de inclusión y exclusión, y se analizaron cada uno de los factores de interés y los resultados finales. Se evaluaron una por una las historias clínicas de aquellos casos que no quedaban claros, y de la única mujer que presentó rotura uterina durante este período de estudio, para hacer un análisis minucioso del caso.

## 5. DESARROLLO

### 5.1 EL INCREMENTO MUNDIAL EN LA TASA DE CESÁREAS

Desde 1916 se dice "una vez cesárea, siempre cesárea" (señaló *EDWIN CRAGIN* en el *New York Medical Journal*), debido fundamentalmente a la técnica corpórea, que conllevaba un elevado riesgo de rotura uterina y alta mortalidad <sup>1</sup>

On May 12, 1916, Edwin B. Cragin stated this in his address to the Eastern Medical Society of the City of New York:

"One thing must always be borne in mind, that no matter how carefully a uterine incision is sutured, we can never be certain that the cicatrized uterine wall will stand a subsequent pregnancy and labor without rupture. This means that the usual rule is, once a caesarean, always a caesarean."<sup>3</sup>

El gran impulso para los favorecedores del parto vaginal después de cesárea provino de la introducción de la incisión transversa baja o semilunar por *J. Munro Kerr*, en 1926, quien argumentaba que la mayor solidez de la incisión uterina inferior una vez cicatrizada, permitía un trabajo de parto seguro en embarazos posteriores <sup>2</sup>; esto fue reforzado por múltiples observaciones posteriores que concluyeron que el riesgo de mortalidad materna era menor con una prueba de trabajo de parto que con una cesárea repetida <sup>3</sup>; si bien algunos médicos se mantuvieron firmes en sus puntos de vista contra el parto vaginal después de cesárea. Con esta incisión segmentaria que daña menos fibras musculares, tiene una mejor cicatrización, y genera menos adherencias postquirúrgicas, disminuyó el riesgo de rotura uterina en pacientes con cesárea anterior sometidas a trabajo de parto <sup>4</sup>.

Este aumento en la incidencia de cesáreas en los últimos tiempos, sobre todo en la práctica privatizada, y de predominio no docente, se ha convertido en una gran preocupación de los servicios de salud debido al incremento de la morbilidad materna y perinatal, y de los costos <sup>5</sup>.

La evidencia emergente sugiere que estas tendencias pueden deberse en parte a factores médicos y también no médicos. A interacciones entre los niveles clínico, organizacional y normativo del sistema de atención de la salud.

De acuerdo con estudios de investigación recientes, la estrategia de ofrecer una prueba de trabajo de parto a mujeres con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones. Diversos estudios indican que la prueba de trabajo de parto después de una cesárea tiene una probabilidad de éxito entre 66 y 85 % con una mínima morbilidad neonatal y materna <sup>5</sup>.

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 que en la cesárea electiva, pero siempre es menor en el parto vaginal que en la cesárea <sup>6</sup>. El riesgo de rotura uterina es 0,4 a 0,7%. Asimismo, el repetir una cesárea está asociada a incremento en el riesgo de placenta ácreta, laceraciones vesicales, transfusiones, histerectomías y complicaciones perioperatorias.

Veamos los informes de grandes instituciones de referencia:

- **ACOG** recomienda la prueba de parto en pacientes con una cesárea anterior, debido al alto porcentaje de éxito en lograr un parto vaginal, que fluctúa entre 60 y 80 % <sup>7</sup>.
- Según el **NICE** dicha tasa es del 72-75%, y sube al 85-90% si tuvo previamente un parto vaginal <sup>8</sup>.
- La **OMS** recomienda mantener un porcentaje de cesárea de 10 – 15% y refiere que tasas por encima de esta cifra son señales de un inadecuado manejo obstétrico.
- El Estudio latinoamericano de cesáreas (**ELAC**) en donde participaron 60 Maternidades Latinoamericanas, identificaron que las indicaciones más frecuentes de cesárea en la región fueron cesárea anterior y falta de progresión y descenso, y que ambos suman más del 50 % de las indicaciones de repetir la cirugía; estos datos son importantes a tener en cuenta para analizar y reflexionar en la búsqueda y desarrollo de estrategias para disminuir la tasa de intervenciones <sup>9</sup>.

Este aumento en las tasas de cesárea al cual nos referimos, se observa en muchos países desarrollados, así como en los países de ingresos medios y que contrasta bruscamente con tasas muy bajas en diversos lugares de bajos recursos con falta de acceso a atención obstétrica de emergencia. Según los últimos datos, tenemos que en África Central solo el 1.8% de todos los partos de nacidos vivos se producen por cesárea comparado al 24.3% en América del Norte y el 31% en América Central <sup>10</sup>.

Actualmente, en Argentina la tasa de cesáreas ronda el 35%; a nivel mundial se observa que, por distintas causas, este dato aumenta 1% por año. Si bien, los especialistas sostienen que es una práctica que llegó para salvar vidas, con estos índices comienzan a crecer los riesgos para madres e hijos <sup>11</sup>.

En este contexto, fueron elegidos ocho Hospitales públicos de cuatro países: Argentina, Burkina Faso, Tailandia y Vietnam, para llevar a cabo un proyecto de investigación científica colectiva y compartida impulsado por la Organización Mundial de la Salud, desde el año 2020, que tiene como objetivo reducir la cantidad de “cesáreas innecesarias”, y su nombre técnico es *“Uso adecuado de la cesárea mediante la toma de decisiones de calidad por parte de mujeres y profesionales de la salud”* (QUALI-DEC por sus siglas en inglés). La estrategia QUALI-DEC propone una intervención no clínica multifacética dirigida simultáneamente a los médicos, mujeres embarazadas, sus familiares, investigadores y las instituciones sanitarias con el objetivo de reducir la práctica de cesáreas no justificadas médicamente. Esta estrategia proporciona a estos actores herramientas prácticas que les orienten en la elección del modo de parto más adecuado, combinando cuatro intervenciones de seguridad y efectividad comprobada:

- Herramienta de información para la toma de decisiones.
- Acompañamiento elegido por la persona embarazada.
- Auditoría de cesárea y sus indicaciones en grupos de bajo riesgo con retroalimentación de resultados a los equipos de salud.

- El uso de líderes de opinión para fomentar la práctica clínica basada en pruebas.

La investigación se centra en cómo implementar estas intervenciones de la manera más apropiada y eficaz, teniendo en cuenta el contexto local e institucional, diferente en cada caso. Esta investigación está construida desde diferentes disciplinas. Aborda la promoción de la salud, los derechos y el empoderamiento de la mujer, la utilización de las mejores prácticas clínicas por parte de los profesionales de la salud y la oportuna disponibilidad de los datos necesarios para accionar positivamente en la toma de decisiones. También contempla el apoyo y acompañamiento continuo de las mujeres durante el trabajo de parto y el parto; todo esto enfocado en las personas embarazadas de bajo riesgo, que son el principal grupo contribuyente a las cesáreas innecesarias.

En Argentina, fueron seleccionados ocho hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. Todos ellos con más de 1000 nacimientos al año, y tasas de cesárea superiores al 30%. La iniciativa en nuestro país, la coordina el Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP).

El uso adecuado de la cesárea propuesto en este estudio espera lograr decisiones informadas y consensuadas entre equipos de salud comprometidos y mujeres empoderadas para una disminución de la morbilidad y un aumento de la salud materna y perinatal <sup>12</sup>.

## 5.2 ¿A QUÉ SE DEBE ESTE INCREMENTO EN LA TASA DE CESÁREA A NIVEL MUNDIAL?

Teniendo en cuenta que la vía vaginal ofrece ventajas tanto para la madre como para el feto, relacionadas con una menor morbilidad, evolución más fisiológica, menor incidencia de infecciones, menor necesidad de transfusiones sanguíneas y menor estadía hospitalaria, lo que mejora el establecimiento del vínculo madre-recién nacido <sup>5</sup>, una predicción objetiva y precisa, o lo más precisa posible, sobre el éxito del parto

vaginal después de una cesárea permite orientar y seleccionar a aquellas mujeres candidatas a parto vaginal después de cesárea y planificar de manera efectiva los recursos médicos. Para ello, existen diversos modelos de predicción ideados por distintos autores, y propuestos por diversas sociedades y organizaciones a nivel mundial, que han reportado un rendimiento predictivo optimista y un poder predictivo aceptable.

Sin embargo, muchos de los factores que influyeron en las decisiones, no son sólo de índole clínico, sino que resultaron de las interacciones entre los niveles clínico, organizacional y normativo del sistema de atención de la salud.

Entre los principales determinantes figuran:

1. Una mentalidad de obstetras y neonatólogos, que justifica la cesárea como elemento directo para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal.
2. El valor social de la cesárea, la cual da *status* en diferentes clases sociales.
3. Las demandas medicolegales, es decir, los médicos utilizan el proceder cesárea como vía de escape, para no verse cuestionados por malos resultados perinatales. Muchas de las demandas formuladas, generalmente se basan en el hecho de realizar la cesárea tardíamente; pero nunca cuando se practica precozmente.
4. El retroceso cada vez más en las últimas décadas en cuanto a las habilidades manuales del obstetra para asistir a las interpretaciones adecuadas de las desviaciones del trabajo de parto y a la realización de maniobras.
5. La pérdida de la sistematicidad en el uso del método clínico y utilización excesiva de tecnología poco precisa, mal aplicada y mal interpretada en muchos casos.
6. Establecimientos de salud que no cuentan con los recursos apropiados (demoras en el acceso a quirófano y servicios de anestesia)

Tienen especial relevancia, y merece especial mención, hechos vinculados al ámbito legal, ya que los médicos cada vez más son involucrados en problemas médico legales como consecuencia del resultado adverso perinatal y obstétrico derivado de un parto vaginal.

Para facilitar el mayor acceso al parto vaginal después de cesárea, es necesario abordar las barreras percibidas por el personal de salud, especialmente por aquellos tomadores de decisiones, y por las mujeres, así como los conceptos sociales que influyen en las preferencias de las mismas. Las estrategias para mitigar estas barreras por parte del personal de salud, y estas preferencias por parte de las mujeres, incluyen iniciar la asesoría y el apoyo a las decisiones desde la primera consulta, despejar dudas y abordar sus percepciones. Siendo fundamental la participación de todo el personal de salud del servicio en este proceso. Y no menos importante, mitigar los riesgos de litigios a través de la toma de decisiones compartida <sup>5</sup>.

Es importante detener esta tendencia a la cesárea iterada en estas mujeres, y revertir esta situación. Para ello tenemos primero que conocer la situación actual de estas características clínicas y demográficas, así como reafirmar y volver a sensibilizar a los médicos de la importancia de los beneficios del parto vaginal para el feto y la madre, e incentivar el parto vaginal en cesárea previa dentro de un proceso seguro antes, durante y después de parto disminuyendo los riesgos de complicaciones obstétricas y perinatales.

### 5.3 MODELOS DE PREDICCIÓN DE PARTO VAGINAL PROPUESTOS.

En cuanto a los modelos de predicción de parto vaginal en mujeres con cesárea anterior previamente mencionados, existen varios de ellos, algunos de los mismos citados y propuestos por diferentes guías y protocolos nacionales e internacionales. Ellos tienen en cuenta variables demográficas y obstétricas, la mayoría de ellas presentes desde la primera consulta, por lo que el asesoramiento sobre la vía del parto puede plantearse ya al inicio de la gestación, o bien son fácilmente calculadas en el momento de la admisión, como son: la edad materna, índice de masa corporal al inicio del embarazo, etnia, antecedente de parto vaginal previo, indicación de cesárea anterior. Éstas y otras variables, nos permiten identificar las probabilidades de parto vaginal en mujeres con cesárea previa <sup>13</sup>.

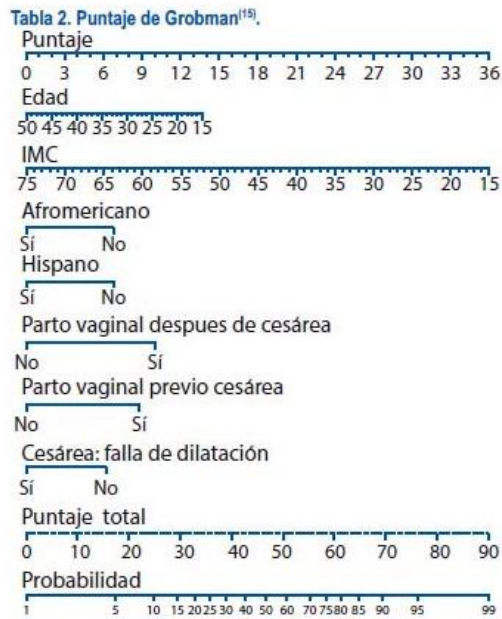
Uno de estos modelos, propuesto por el Hospital Clinic de Barcelona en su guía “*Control gestacional en gestantes con cesárea anterior*” <sup>14</sup>, es el de Grobman

(Grobman et al., 2007). Este modelo fue publicado por William Grobman en 2007 e incluye los siguientes parámetros:

- ✓ Edad materna
- ✓ Etnia
- ✓ IMC al inicio del embarazo
- ✓ Parto vaginal previo
- ✓ Parto vaginal previo tras cesárea
- ✓ Indicación de cesárea previa

Está representado en forma de nomograma, lo cual nos permite realizar un cálculo rápido. El resultado de su aplicación es un porcentaje de éxito de parto vaginal en tales mujeres <sup>16</sup>.

- Predicción > 60% de éxito de parto vaginal: la recomendación es la opción de parto vaginal.
- Predicción entre el 10 y el 60% de éxito de parto vaginal: Se informará a la paciente y se actuará de acuerdo con sus preferencias.
- Si predicción  $\leq 10\%$  de éxito de parto vaginal. Nuestra recomendación es la realización de una cesárea electiva.



Prediction of vaginal birth after cesarean delivery in term gestations: a calculator without race and ethnicity. Grobman W, Sandoval G

Otro de los modelos es propuesto por SOGIBA (Sociedad de ginecología y obstetricia de Buenos Aires), en su consenso “*Parto vaginal después de una cesárea*”<sup>17</sup>, el modelo de predicción de Flamm, publicado por Bruce Flamm, en 1997, donde desarrolló un sistema de puntuación para predecir la probabilidad de parto vaginal en pacientes sometidas a una prueba de parto después de cesárea, utilizando factores conocidos al momento del ingreso al hospital<sup>18</sup>. Los parámetros que evalúa son los siguientes:

- ✓ Edad materna menor a 40 años
- ✓ Antecedente de parto vaginal antes o después de la cesárea previa
- ✓ Cesárea anterior no motivada por falta de progresión
- ✓ Borramiento y dilatación cervical al ingreso

A cada variable le otorga un puntaje. A mayor puntuación, mayor probabilidad de éxito de parto vaginal:

- 49 % con puntajes de 0 – 2
- 88 % con puntajes de 6 – 7
- 95 % con puntajes de 8 – 10

2.1. Puntaje de FLAMM	
Características	Puntaje
• Edad materna <40 años	2
• Antecedente de parto vaginal	
▪ Antes y después de la cesárea	4
▪ Después de la cesárea	2
▪ Antes de la cesárea	1
▪ Sin parto vaginal previo	0
• Cesárea previa NO motivada por falta de progresión	1
• Borramiento cervical al ingreso	
▪ >75%	2
▪ 25-75%	1
▪ <25%	0
• Dilatación cervical al ingreso $\geq 4$ cm	1

Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. [B L Flamm<sup>1</sup>](#), [A M Geiger](#)

Todos los factores incluidos en estos modelos, están presentes desde el momento de admisión en el hospital. Muchos de ellos, desde la primera consulta. Su aplicación en la mayoría de los casos es sencilla, solo toma unos minutos y puede ser realizada por personal de salud de admisión como médicos, personal de enfermería y matronas.

#### 5.4 IMPORTANCIA DE LA DECISIÓN DE LA MUJER Y SU EMPODERAMIENTO. ROL DEL PERSONAL DE SALUD EN ESTA TOMA DE DECISIONES.

Cabe destacar que la decisión final sobre la vía del parto debe ser tomada por la mujer, orientada por su médico. Y la utilización de estos modelos de predicción mencionados, puede ayudar en la toma de decisiones.

Todas las mujeres tienen derecho a recibir información sobre las diferentes alternativas de vías de parto, con sus ventajas y desventajas, así como también sobre las posibles complicaciones, lo cual debe ser de rutina en la consulta obstétrica <sup>19</sup>.

Las estrategias para ayudar en su decisión y mitigar sus preocupaciones incluyen iniciar la consejería y el apoyo a las decisiones inmediatamente después de la cesárea primaria, abordar los riesgos sociales y las percepciones de las mujeres que influyen en sus preferencias. Y minimizar los riesgos de litigios a través de la toma de decisiones compartida <sup>5</sup>.

Las principales influencias a la hora de la toma de decisiones, incluyen la experiencia en el parto previo, la preocupación por los riesgos del parto vaginal y la situación actual del embarazo <sup>20</sup>. La consejería por parte del personal de salud, es un recurso fundamental para la toma de decisiones. Algunas mujeres terminan por cumplir con las recomendaciones de los obstetras para repetir la cesárea sin que se les informe sobre las alternativas. Otras mujeres, buscan información, escuchan el juicio profesional de los obstetras, evalúan alternativas y toman una decisión conjunta con respecto al modo de nacimiento <sup>21</sup>.

Siempre la opinión del personal de salud de confianza y referencia, será una herramienta fundamental para la mujer, que influirá en esta toma de decisiones <sup>22</sup>. Es por ello que debemos acompañarla desde los inicios, aconsejarla, despejar dudas y miedos. Y basarnos en un modelo de predicción, nos ayudará a seguir una buena recomendación sobre la vía del parto, desde el inicio de la gestación. Aunque no es absoluta, ya que esta predicción puede no cumplirse.

La toma de decisiones compartida, ha sido reconocida como un estándar de calidad en la atención obstétrica. Y su implementación requiere de la preparación de todo el equipo de salud de la institución <sup>23</sup>.

Diversos estudios han mostrado que las embarazadas son relegadas a una posición pasiva, con pocas posibilidades de participación, mientras se observa a nivel mundial una alta prevalencia de cuidado jerarquizado y medicalizado y la sobreutilización de procedimientos y cesáreas innecesarias, elegidos mayoritariamente por profesionales de salud sin participación de las mujeres <sup>24</sup>.

Del análisis relacional surgen dos grandes categorías que influyen directamente en la participación de las mujeres en su proceso de embarazo y parto:

- ✓ los significados culturales
- ✓ y la vulneración de los derechos de las mujeres

La categoría relacionada con los significados culturales relativos al proceso reproductivo, muestra como aún se reproducen estilos verticales y jerárquicos que mantienen una lógica relacional basada en el poder de 'el que sabe' (médico) y la pasividad de quien 'no sabe' (usuaria).

Este desbalance de poder se profundiza con el uso de un lenguaje técnico propio de la profesión médica que crea una barrera lingüística entre ellas, sus parejas y los profesionales y aumenta la autopercepción de vulnerabilidad de la mujer, limitando el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones de las mujeres y alejándolas de la posibilidad de participación real.

En esta categoría se incluyen además prácticas y procedimientos obstétricos cargados de significados culturales que se aceptan pese a que en muchas oportunidades están en contra de sus deseos y creencias y que han sido validados en el imaginario colectivo. Hemos invertido mucho en nuestro sistema tecnocrático. De igual modo que ese sistema nos ha dado cada vez más control sobre el medio ambiente, también ha dado no sólo a los médicos, sino también a las mujeres, cada vez más control sobre la biología y el parto. Las prácticas obstétricas se pueden entender como rituales que facilitan la internalización de valores culturales. Estas prácticas son imitadas, repetitivas y profundamente simbólicas, comunicando mensajes que afectan a las creencias más profundas de nuestra cultura relativas a la necesidad de control cultural de los procesos naturales. Proporcionan una estructura orientada al flujo caótico de procesos naturales. Al hacerlo, refuerzan la efectividad natural de ese proceso a la vez crean un sentido de inevitabilidad sobre su realización.

25.

La segunda categoría se relaciona con la vulneración de los derechos de las mujeres. Se materializa en juicios hacia ellas, prácticas coercitivas y desinformación que les impide ejercitar su libertad en la toma de decisiones.

Esta situación también podría explicarse en parte al mismo factor de la separación que se ha hecho del proceso biológico de nacer del institucional. En ese sentido el proceso institucional ha puesto su objetivo central en el feto y el recién nacido relegándose a la madre a un segundo plano donde la intervención y el control sobre el cuerpo de las mujeres es un requisito necesario para alcanzar el objetivo <sup>26, 27</sup>.

La vulneración de derechos en este contexto estaría dada por un modelo estructurado sobre relaciones jerárquicas que subordina a las mujeres, a las necesidades del personal médico y a la estandarización del proceso del embarazo y parto, desplazando el foco de la atención de salud desde un modelo centrado en la persona a un modelo centrado en el sistema, que desconoce la participación de la mujer en su proceso reproductivo como un derecho inalienable vinculado al derecho a la salud y que desconoce las garantías establecidas en las políticas públicas y legislación vigente.

Así mismo, perpetúa prácticas obstétricas que son vividas por las mujeres de manera violenta, como consecuencia de aprendizajes sociales relacionados con el proceso de nacer ligados a la atención del parto en el sistema de salud y que fallan sistemáticamente en el respeto a la mujer como sujeto activo en las decisiones relativas a su salud, supeditando su autonomía a las decisiones impuestas por las instituciones y profesionales de la salud <sup>28</sup>.

Por otro lado, se produce un círculo vicioso que legitima una forma de violencia a partir de patrones de relación jerárquicos entre los profesionales y las mujeres, que profundiza las brechas en la atención de salud y que transgrede el derecho al Buen Trato en la atención de salud. El Buen Trato es una forma particular de relación, que se caracteriza por el uso de la empatía para entender y dar sentido a las necesidades de las mujeres, respetar sus prioridades y relevar su conocimiento y experticia en relación a su propia situación, haciendo un ejercicio adecuado de autoridad y poder en las relaciones, ya que en la medida que la mujer se sienta acogida y perciba un trato empático e individualizado se podrá establecer una alianza terapéutica con los profesionales que las atienden <sup>29</sup>.

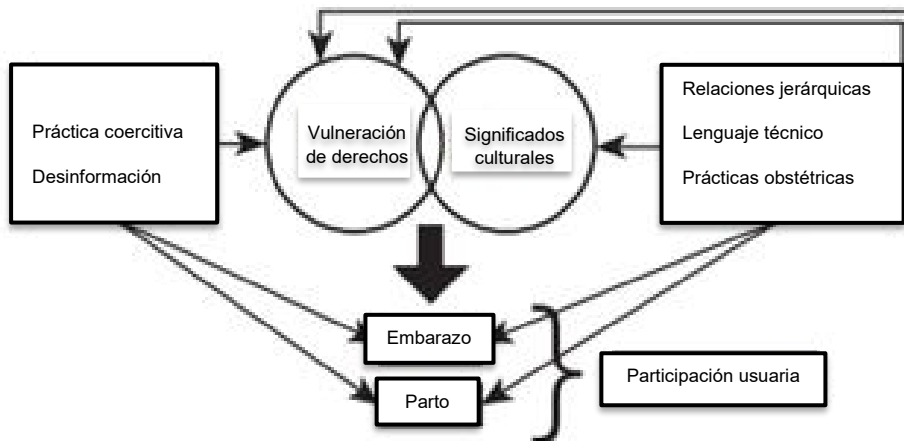


FIGURA 1. Participación en el proceso reproductivo: toma de decisiones durante el embarazo y parto. Rev Perú Ginecol Obstet. 2022;68(3)

Desde la declaración de Alma-Ata <sup>30</sup>, se reconoce la importancia de potenciar las capacidades de las personas para asumir la responsabilidad que le compete en el cuidado de su salud. Por lo que, promover el involucramiento de las mujeres durante el embarazo y parto parecería ser parte esencial de la gestión de profesionales e instituciones de salud, alineándose con el llamado de la Organización Mundial de la Salud para que la atención se focalice en la persona y sus necesidades; y que, por lo tanto, sea respetuosa, empática, competente, eficiente y sensible a sus necesidades, valores y preferencias, proveyéndole la información requerida para que puedan participar en decisiones relativas a su cuidado. Estas características se vinculan con efectos significativos en la satisfacción de las mujeres como usuarias del sistema de salud, mejores resultados obstétricos a mediano y largo plazo y una mejor organización y coordinación de los servicios que otorgan los prestadores de salud <sup>31</sup>

26.

## 6. RESULTADOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional, descriptivo, transversal, en mujeres en trabajo de parto en la maternidad del Hospital Escuela Eva Perón, durante el período comprendido entre 01/01/2019 y 31/12/2022, durante el cual me desempeñé como médica residente del servicio de tocoginecología de la institución.

De los 5983 nacimientos en la maternidad durante dicho período, se estudiaron aquellas mujeres con un único parto por cesárea anterior, quienes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- una única cesárea anterior
- con cicatriz segmentaria transversa previa
- inicio espontáneo del trabajo de parto
- embarazo mayor o igual a 37 semanas
- en presentación cefálica, de vértice.

Se excluyeron aquellas con criterios de exclusión:

- antecedente de cirugía uterina con entrada a cavidad (miomectomía, cirugía reparadora)
- incisión longitudinal en cuerpo uterino
- sobredistensión uterina (gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal)
- más de una cesárea
- presentación viciosa
- patología materna o fetal que contraindicara un trabajo de parto.

De los 5983 nacimientos durante dicho período, 936 mujeres tenían antecedente de un parto por cesárea previo, lo cual representa el 15,6%.

	NACIMIENTOS	CON C.A.	
2019	1655	246	
2020	1395	229	
2021	1402	247	
2022	1510	214	
<b>TOTAL</b>	<b>5983</b>	<b>936</b>	<b>15,65%</b>

TABLA 1. CA: cesárea anterior

De las 936 mujeres con una única cesárea anterior, 397 ingresaron a nuestra institución para cesárea electiva, lo cual representa un 42 %. Mientras que 539 mujeres ingresaron en trabajo de parto espontáneo, representando el 58%.

	Mujeres C.A.	C.E.	%	TDPE	%
2019	246	100		146	
2020	229	81		148	
2021	247	114		133	
2022	214	102		112	
<b>Total</b>	<b>936</b>	<b>397</b>	<b>42</b>	<b>539</b>	<b>58</b>

TABLA 2. CA: cesárea anterior. CE: cesárea electiva. TDPE: trabajo de parto espontáneo

De las 539 mujeres con cesárea anterior que ingresaron a nuestra institución en trabajo de parto espontáneo, 348 de ellas realizaron un parto eutócico, que representa el 64,5%, en 11 de ellas, 2%, se asistió un parto instrumentado con fórceps y 180 culminaron en cesárea iterada, 33,5 %.

Hay que tener en cuenta que estos números comprenden a todas las mujeres embarazadas, incluidas aquellas con patología materna y/o fetal asociada y con embarazos pretérmino. Ya que el hospital Escuela Eva Perón, es una institución de tercer nivel de complejidad que cuenta con Unidad de Cuidados intensivos, y fue designada como maternidad 3 B, donde se realiza recepción de neonatos con prematuridad extrema, menores a 32 semanas de gestación. Constituye el centro de

derivación regional de todo el sur de la provincia de Santa Fe. Se realiza consultorio de alto riesgo obstétrico, y cuenta con una Unidad de hipertensión arterial y diabetes, donde se realiza seguimiento interdisciplinario de mujeres embarazadas con tales patologías.

Considero importante hacer hincapié en que parte de este período de análisis, fue atravesado por la pandemia de COVID 19, donde en repetidas ocasiones, la falta de personal de salud e insumos, obligaba a tomar ciertas decisiones e influía en los actos médicos.

	<b>P.V.</b>	%	<b>FORCEP</b>	%	<b>CI</b>	%	
2019	93		3		50		
2020	96		5		47		
2021	92		3		38		
2022	67		0		45		
<b>TOTAL</b>	<b>348</b>	64,5	<b>11</b>	2	<b>180</b>	33,5	<b>539</b>

TABLA 3. PV: parto vaginal. CI: cesárea iterada

De las 936 mujeres con cesárea anterior, analizaremos solo aquellas con los criterios de inclusión antes mencionados. El tamaño final de la muestra fue de 504 mujeres.

	<b>Mujeres con CA y C.In.</b>
2019	141
2020	135
2021	113
2022	115
<b>TOTAL</b>	<b>504</b>

TABLA 4. CA: cesárea anterior. CIn: criterios de inclusión

De estas 504 mujeres con cesárea anterior que cumplían con los criterios de inclusión, 321 realizaron un parto vaginal, lo que representa el 63,7 %, en 14 de ellas se asistió un parto instrumentado con fórceps (2,8 %), y a las 169 restantes se les realizó cesárea iterada (33,5 %).

	<b>P.V.</b>	<b>%</b>	<b>C.I.</b>	<b>%</b>	<b>FORCEP</b>	<b>%</b>
2019	86		49		3	
2020	90		42		5	
2021	82		28		4	
2022	63		50		2	
<b>TOTAL</b>	<b>321</b>	<b>63,7</b>	<b>169</b>	<b>33,5</b>	<b>14</b>	<b>2,8</b>

TABLA 5. PV: parto vaginal. CI: cesárea iterada

Analicemos ahora las causas de las cesáreas iteradas en estas 169 mujeres con cesárea anterior que repitieron cesárea.

<b>CAUSA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
RPM + CA + COD	65	38,4
FDP	39	23,1
FDRYD	14	8,3
BFNA	24	14,2
BF	9	5,3
MA	10	5,9
DPNI	2	1,2
PM	3	1,8
PC	2	1,2
RU	1	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>100</b>

TABLA 6. BF: bradicardia fetal, RPM + CA + COD: ruptura prematura de membranas más cesárea anterior más condiciones obstétricas desfavorables, FDP: falta de progresión, FDRYD: falta de rotación y descenso, BFNA: bienestar fetal no asegurado, BF: bradicardia fetal; MA: meconio agudo, DPNI: desprendimiento de placenta normoinsera, PM: patología materna, PC: procidencia/ laterocidencia de cordón, RU: sospecha de rotura uterina. En patología materna, se incluyen aquellas mujeres con diagnóstico de trastornos hipertensivos, diabetes, colestasis, trombofilia.

El análisis de esta tabla nos informa, que la causa más frecuente de cesárea iterada en mujeres con una cesárea previa, es la ruptura espontánea de membranas, representando el 38,4 %, en mujeres con cesárea anterior que aún no se encontraban francamente en trabajo de parto. La inducción del mismo en mujeres con cesárea anterior, no es un procedimiento que se realice en esta institución. Pero el uso de balón de Cook (no disponibles en nuestro país) o sonda Foley como método mecánico, o el uso de dinoprostona como método farmacológico, son métodos avalados y utilizados por muchas instituciones y sociedades a nivel mundial. En Argentina, sólo existe una forma de comercialización de la dinoprostona, que consiste en un sistema de liberación vaginal de 10 mg, que se coloca en el fondo de saco posterior. El reservorio sirve para mantener una liberación controlada y constante. La liberación media es aproximadamente 0,3 mg por hora durante 24 horas en mujeres con las membranas intactas, mientras que la liberación en mujeres con rotura prematura de membranas es algo más alta y más variable. El dispositivo libera dinoprostona al tejido cervical de forma continua a una velocidad que permite la maduración cervical hasta que se complete, con la posibilidad de eliminar la fuente de dinoprostona en el momento que el médico decida que la maduración cervical se ha completado o el trabajo de parto ha comenzado, y la dinoprostona ya no es necesaria <sup>32</sup>.

La amniotomía sola, también constituye un método de inducción o estimulación del trabajo de parto, en casos en que las condiciones cervicales sean favorables y la cabeza fetal se encuentre apoyada en cérvix <sup>33</sup>.

Otra causa frecuente de cesárea en estas mujeres, es la falta de progresión del trabajo de parto, que representa el 23,1 %. Y la falta de rotación y descenso constituye el 8,3%.

En estas mujeres, aplican los mismos criterios de la OMS, sobre la progresión del trabajo de parto. Sin embargo, no se aconseja sostener el período expulsivo más allá de las 3 horas, ya que aumenta el riesgo de rotura uterina <sup>14</sup>.

En cuanto a las características obstétricas y epidemiológicas de los casos atendidos, se tuvo en cuenta, la edad materna, el antecedente de parto vaginal, la edad gestacional al momento del ingreso, y el peso del recién nacido.

<b>EDAD MATERNA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>P.V.</b>	<b>%</b>	<b>C.I.</b>	<b>%</b>	<b>FORCEP</b>	<b>%</b>
<b>Hasta 19</b>	38	<b>7,5</b>	25	<b>65,8</b>	12	<b>31,6</b>	1	<b>2,6</b>
<b>20-35 años</b>	416	<b>82,6</b>	266	<b>63,9</b>	140	<b>33,6</b>	10	<b>2,5</b>
<b>&gt;35 años</b>	50	<b>9,9</b>	30	<b>60</b>	17	<b>34</b>	3	<b>6</b>
<b>TOTAL</b>	504		321		169		14	

TABLA 7. PV: parto vaginal. CI: cesárea iterada

Realizamos la división por edad materna de la siguiente manera: hasta los 19 años, ya que se considera embarazo adolescente. De 20 a 34, donde se dan la mayor parte de los embarazos en mujeres en edad fértil. A partir de los 35 años, ya que se considera embarazo de riesgo, y mayor de 40 años, ya que se considera edad materna avanzada. La mayor parte de la población atendida en el período estudiado, tenía entre 20 y 35 años (82,6%). La tasa de parto vaginal se mantuvo entre el 60 y 65,8 %, y la tasa de cesárea entre el 31,6 y 34 %. Se observa un incremento en la tasa de cesárea, así como disminución en la tasa de parto, con el avance de la edad materna.

Dentro del grupo de mujeres mayores de 35 años, podemos hacer hincapié en aquellas mayores de 40 años, que representa el 1,6% del grupo en estudio. Ya que múltiples estudios consideran la edad materna mayor a 40 años como factor predictivo negativo para parto vaginal en mujeres con cesárea previa. Sin embargo, este hallazgo no se encontró en nuestro grupo de estudio. Ya que, en ellas, se observó una tasa de parto vaginal del 75%, y una tasa de cesárea del 25%. De todas formas, el *n* es muy bajo como para ser representativo.

	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>PV</b>	<b>%</b>	<b>C</b>	<b>%</b>	<b>FORCEP</b>	
<b>&gt; 40 años</b>	8	<b>1,6</b>	6	<b>75</b>	2	<b>25</b>	0	<b>0</b>

TABLA 8. PV: parto vaginal. CI: cesárea iterada

Analicemos ahora los nacimientos según la edad gestacional.

<b>E.G.</b>	<b>TOTAL NAC.</b>	<b>PV</b>	<b>%</b>	<b>CI</b>	<b>%</b>	<b>FORCEP</b>	<b>%</b>
<b>37</b>	48	29	60,4	16	33,3	3	6,3
<b>38-39,6</b>	262	164	62,2	91	35,1	7	2,7
<b>MAS 40</b>	194	128	66,1	62	31,9	4	2
<b>TOTAL</b>	504	321		169		14	

TABLA 9. PV: parto vaginal. CI: cesárea iterada

La edad gestacional en la que predominan los nacimientos, es entre 38 y 39,6 semanas de gestación. La tasa de parto vaginal en embarazos por encima de las 40 semanas cumplidas, alcanza el 66%, mientras que, en aquellos embarazos de 37 semanas de gestación, alcanza el 60,4 %.

Analicemos ahora los resultados obstétricos en aquellas mujeres que tenían antecedentes de partos vaginales y las que no.

	<b>n</b>	<b>PV</b>	<b>%</b>	<b>CI</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>PV PREVIO</b>	213	167	78,4	40	18,8	6	2,8
<b>SIN PV PREVIO</b>	291	154	52,9	129	44,4	8	2,7
<b>TOTAL</b>	504	321		169		14	

TABLA 10. PV: parto vaginal. CI: cesárea iterada F: fórceps

De las 504 mujeres con cesárea anterior, que ingresaron en trabajo de parto y que cumplían los criterios de inclusión, 213 de ellas tenían antecedente de al menos un parto vaginal previo. De estas 213 mujeres, 167 realizaron un parto vaginal, lo que equivale al 78,4 %, en 6 de ellas se asistió un parto instrumentado con fórceps, 2,8 %, y en 40 de ellas se realizó una cesárea iterada, lo cual representa el 18,8 %.

Por otro lado, 291 de ellas, no tenían antecedente de parto vaginal previo. En ellas, la tasa de éxito de parto vaginal fue del 52,9 %, que equivale a 154 mujeres, comparado con el 78,4 % del otro grupo. La tasa de parto instrumentado con fórceps, es similar en ambos grupos. Y la tasa de cesárea en estas mujeres es del 44,4 %, comparado con el 18,8 % del otro grupo.

Otra variable importante a tener en cuenta, es el peso del recién nacido al momento del nacimiento.

<b>PESO RN</b>		<b>PV</b>	<b>%</b>	<b>CI</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>&gt;3000 gr</b>	82	62	75,6	17	20,7	3	3,7
<b>3000-3999 gr</b>	376	234	62,2	134	35,6	8	2,2
<b>≥ 4000 gr</b>	46	25	54,3	18	39,2	3	6,5
<b>TOTAL</b>	504	321		169		14	

TABLA 11. PV: parto vaginal. CI: cesárea iterada F: fórceps

De los 504 neonatos nacidos de mujeres en trabajo de parto con los criterios de inclusión mencionados, la mayor parte de ellos, 376, tuvo un peso entre 3000 y 3999 gr, 82 pesaron menos de 3000 gr, y solo 46 por encima de 4000 gr. En esta tabla observamos, que a medida que aumenta el peso del recién nacido, disminuye la tasa de nacimientos por parto por vía vaginal, siendo del 75,6% en menores de 3000 gr, y del 54,3% en mayores de 4000 gr. De la misma forma, se observa un aumento en la tasa de cesárea, en relación al mayor peso del neonato.

De todas estas mujeres incluidas en el estudio, solo una presentó rotura uterina, a partir de dehiscencia de cicatriz uterina transversa previa. Mujer de 20 años, con un único parto por cesárea previo, embarazo de 40 semanas de gestación, intervalo intergenésico menor a 24 meses y recién nacido con peso acorde a las 40 semanas: 3520 gr, en percentil 50. Es decir, que, en nuestra experiencia, el valor absoluto de rotura uterina es muy bajo, 1 de 504 mujeres. En este caso, el resultado obstétrico materno y neonatal fue satisfactorio.



## **7. DISCUSIÓN**

Muchos trabajos concluyen que los factores más fuertemente asociados con parto vaginal en mujeres con cesárea anterior son, el antecedente de parto vaginal, el menor peso del recién nacido, y el inicio espontáneo del trabajo de parto. Por otro lado, la edad materna avanzada, el peso del recién nacido por encima de 4000 gr y la inducción del trabajo de parto son factores asociados a repetición de cesárea en estas mujeres.

En Francia el 2010 se realizó una revisión de factores predictores de parto vaginal después de una cesárea previa. En este estudio, la tasa de éxito de parto transpélvico fue del 75%, hallando 2 factores fuertemente asociados a parto vaginal después de cesárea: el antecedente de parto vaginal y el inicio del trabajo de parto espontáneo <sup>34</sup>.

Otros estudios más recientes han coincidido en señalar el antecedente de parto vaginal en cesárea previa como uno de los factores predictores de parto vaginal más importantes <sup>35 36</sup>, así mismo han encontrado asociación con otras variables, por ejemplo: mayor índice de Bishop al momento de la admisión y rápida velocidad de dilatación cervical <sup>37</sup>.

Según la bibliografía, el ingreso en trabajo de parto espontáneo vs la inducción del trabajo de parto, es otro factor que influye positivamente en la posibilidad de realizar un parto vaginal en estas mujeres.

Otros estudios también establecen relación entre menor peso fetal al momento del nacimiento, con mayores chances de parto vaginal en mujeres con cesárea previa <sup>38</sup>.

Dentro de los factores que influyen negativamente el éxito de un parto vaginal, también está la edad materna avanzada. Múltiples estudios que evalúan este factor han mostrado que mujeres mayores de 40 años tenían menos éxito de lograr un parto vaginal <sup>39</sup>. En la población general, las mujeres mayores son más proclives a terminar en una cesárea; quizás la edad per se podría influir en este hallazgo, más que los antecedentes obstétricos.

Los resultados observados en nuestra institución en el período señalado, nos indica que los principales factores que influyen en el éxito del parto vaginal después de una cesárea son, el antecedente de parto vaginal (TABLA 10), el peso del recién nacido (TABLA 11), y la edad materna (TABLAS 7 Y 8).

Las mujeres que tenían antecedente de parto vaginal (TABLA 10), tuvieron una tasa de parto eutócico del 78,4%, mientras que, en aquellas sin tal antecedente, esta tasa descendió a 52,9%. Es el principal factor predictor de parto vaginal según bibliografía, y que concuerda con nuestros hallazgos <sup>40</sup>.

También encontramos una relación entre el peso del recién nacido, y el resultado obstétrico (TABLA 11). Ya que la tasa de parto vaginal en estas mujeres, disminuye de 75,6% al 54,3% en aquellas con recién nacidos con peso menor a 3000 gr, a aquellos con peso mayor a 4000 gr.

La edad materna también cobró importancia en el resultado obstétrico en estas mujeres (TABLAS 7 Y 8). Ya que la tasa de parto vaginal disminuyó de 65,8 a 60% al aumentar la edad materna, dentro de los tres grupos etarios estudiados (menor de 19, de 20 a 34 y mayor de 35 años). Sin embargo, uno de los principales factores mencionados en la bibliografía que influye negativamente en el parto vaginal en estas mujeres, es la edad materna avanzada (mayores de 40 años). En nuestro estudio no se encontró esta asociación. Aunque el número de mujeres dentro de este rango etario que cumplían con todos los criterios de inclusión, es muy bajo, solo 8 de 504. De ella, 6 lograron un parto vaginal (75%), y solo dos culminaron el trabajo de parto en cesárea iterada (25%).

Encontramos también una asociación entre edad gestacional y tasa de parto vaginal en estas mujeres (TABLA 9). Ya que la tasa de parto vaginal en embarazos entre las 37 y 38 semanas, es del 60,4%, comparado con el 66,1% en mayores de 40 semanas. Probablemente la mayor maduración del cérvix y del canal de parto influye en el resultado final, si bien se contrapone al mayor tamaño fetal alcanzado en embarazos más avanzados.

La indicación más frecuente en la segunda cesárea fue la ruptura prematura de membranas en estas mujeres con cesárea previa, con condiciones obstétricas desfavorables (38,4%). Múltiples estudios señalan, que el inicio espontáneo del

trabajo de parto en estas mujeres, tiene altas tasas de parto vaginal (75,7%)<sup>33</sup>. La siguiente indicación más frecuente de cesárea iterada fue la falta de progresión del trabajo de parto (23,1%). El bienestar fetal no asegurado se observó en 14,2% de estas mujeres (TABLA 6).

A pesar de tener elementos predictores de parto vaginal, siempre existe el riesgo de complicaciones maternas en pacientes con cesárea previa. Los estudios señalan que son situaciones raras y similares entre trabajo de parto y cesárea iterada. Por un lado, existe un mayor riesgo de rotura uterina en caso de trabajo de parto. Y mayor riesgo de complicaciones adherenciales en una segunda cesárea, infecciones, lesiones de órganos, principalmente vesicales e intestinales, mayor riesgo de hemorragia, con necesidad de histerectomía y transfusión sanguínea. Sin embargo, en la valoración de los beneficios y riesgo hay un balance favorable en la mayoría de los casos para trabajo de parto y parto vaginal, reduciendo el riesgo de complicaciones maternas a corto y largo plazo. Y mejorando los resultados neonatales. Mientras la morbilidad materna aumenta con el número de cesáreas, francamente disminuye con el número de partos vaginales exitosos después de cesárea<sup>41</sup>.

Si bien la Mortalidad Materna en estas mujeres es mayor en el parto vaginal que en la cesárea electiva, su valor absoluto sigue siendo extremadamente bajo por lo que el parto vaginal después de cesárea previa es una práctica segura. (13/100.000 vs 4/100.000) (RR: 1.96; IC 95%: 1.76-2.19)<sup>17</sup>.

El riesgo relativo de rotura uterina, es entre 7 y 10 veces mayor en el parto vaginal que en cesárea electiva. Pero el valor absoluto también sigue siendo muy bajo (1/200, 0.5%)<sup>17</sup>.

El éxito está en seleccionar adecuadamente las pacientes identificando de forma oportuna los factores asociados que favorecen la posibilidad de parto vaginal en estas mujeres con cesárea previa.

Para ello, como hicimos referencia anteriormente, varios investigadores han intentado utilizar todos estos factores demográficos y obstétricos para crear múltiples y diferentes scores o puntajes como predictores de éxito de parto vaginal en mujeres con cesárea previa. Estos factores son considerados e incluidos en estos scores, por su relación con el resultado obstétrico, y se encuentran disponibles muchos de ellos

desde la primera consulta, o desde el momento de la admisión en el servicio. Estos modelos de predicción, han surgido partiendo de la necesidad de idear estrategias para disminuir el incremento a nivel mundial en el número de cesáreas.

Eden y col publicaron una revisión sistemática en el 2010, en el que se identificó once estudios y encontraron dos puntajes validados, los de Flamm y Grobman, con porcentajes de predicción de éxito de 88% con puntajes mayores de 6, y 78% con puntajes mayores de 60, respectivamente <sup>42</sup>.

En el año 2013, el estudio de Juscamaita y col <sup>43</sup> determinó el puntaje de Flamm como mejor predictor.

Múltiples estudios demuestran la utilidad de la aplicación de estos modelos. Por lo cual podría considerarse una buena herramienta para empezar a aplicar en los servicios de maternidad para incrementar las tasas de parto vaginal en estas mujeres con cesárea previa. Y cada servicio podrá optar por aquel que más se adapte a su población.

Además de la implementación de estos modelos de predicción de parto vaginal, la relación médico-paciente y la participación de todo el personal de salud, continúa siendo un pilar fundamental en la decisión de la mujer y en los resultados finales. Durante el proceso de toma de decisiones, debe compartirse con las mujeres toda la información sobre las opciones disponibles, incluidos los riesgos y beneficios de cada una de ellas, en lenguaje claro, asegurándose su comprensión. Y si bien el personal de salud puede aconsejar la mejor opción, la decisión final deberá quedar a cargo de la misma. Es importante la implementación en el servicio de consentimientos informados específicos.

La buena relación médico paciente, la decisión conjunta y el apoyo y acompañamiento de todo el personal de salud de la institución, disminuyen la posibilidad de litigios médico-legales y garantizan mejores resultados obstétricos.

## **8. CONCLUSIONES**

Luego de la revisión y análisis realizados, concluimos nuevamente en la necesidad de disminuir la creciente tasa de cesáreas a nivel mundial, siendo el antecedente de parto por cesárea anterior, el principal contribuidor a este incremento.

Para aumentar la tasa de parto vaginal en estas mujeres con cesárea anterior, consideramos esencial realizar una correcta y adecuada selección de aquellas que son candidatas a parto vaginal, y aquellas factibles de repetir cesárea.

Para ayudarnos a una mejor selección de estas mujeres candidatas a parto vaginal, es correcto e importante valernos de los modelos de predicción propuestos, que han reportado un rendimiento predictivo optimista y un poder predictivo aceptable.

Cada servicio se valdrá del modelo de predicción que mejor se adapte a su población, siendo los de Flamm y Grobman, los más aceptados y aprobados mundialmente, y que han demostrado mejores resultados en diversos estudios de investigación antes mencionados.

La participación de todo el personal de salud y no solo del obstetra, es fundamental a la hora de asesorar e informar a estas mujeres sobre las posibilidades de parto, beneficios y complicaciones. Y la decisión final, si bien tiene que ser tomada por la mujer, siempre debería realizarse en forma conjunta con su obstetra.

Los factores obstétricos y demográficos que influyen positivamente en la finalización por parto vaginal de estos embarazos en mujeres con cesárea previa, son el antecedente de parto vaginal, la menor edad materna, la mayor edad gestacional al momento del parto y el menor peso del recién nacido. Aquellos que influyen negativamente son la falta de parto vaginal previo, la edad materna mayor a 35 años, la edad gestacional próxima a las 37 semanas, y el peso del recién nacido mayor a 4000 gr.

Refiriéndonos específicamente a la experiencia y a los datos recabados en el Hospital Eva Perón, considero especialmente importante intentar abordar los casos de las mujeres con cesárea previa que ingresan al servicio con ruptura prematura de membranas, sin condiciones obstétricas francas de trabajo de parto, ya que

representan el 38,4% de las causas de cesárea en estas mujeres. En este contexto, evaluar la posibilidad de permitir una evolución espontánea, siempre que las condiciones obstétricas lo permitan, y podamos garantizar el bienestar materno y fetal, así como el acceso a quirófano ante cualquier probable complicación. Evaluar el uso de dinoprostona, que se encuentra disponible en nuestro país. Si bien no tenemos mucha experiencia en su uso en estas mujeres, la bibliografía lo avala. Por último, intentar amniotomía en aquellas que presentan fisura alta de membranas, con membranas intactas al tacto vaginal, con condiciones cervicales que lo permitan y que presenten la cabeza fetal apoyada en cérvix. Si bien la mayoría de las guías avalan la finalización activa (dinoprostona/ oxitocina/ amniotomía), deberá respetarse el deseo materno de conducta expectante. Siempre individualizar a cada mujer. Y tener en cuenta el puntaje de Bishop al ingreso y el deseo de cada una de ellas. Pero esto abriría paso a otra nueva investigación.

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. EDWIN B. CRAGIN. Conservatism in obstetrics. *New York Medical Journal*, 104, 1-3. (1916).
2. Kerr J. The technique of cesarean section with special reference to the lower uterine segment incision. . *Am J Obstet Gynecol*. 1926;12:729-31 (1926).
3. David Peleg MD1, 2, Yechiel Z. Burke MD3, Ido Solt MD3 and Menachem Fisher MD2. *Cesarean Section, Low Transverse Incision, Classical Incision, Uterine Incisions*. (2018).
4. My. Guillermo Rodríguez Iglesias, Cap. I. L. C. Dra. A. S. F. My. A. M. A. B. Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior.
5. Munro, S. *et al*. *Do Women Have a Choice? Care Providers' and Decision Makers' Perspectives on Barriers to Access of Health Services for Birth after a Previous Cesarean*. (2016).
6. Macones, G. A. *et al*. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* **193**, 1656–62 (2005).
7. ACOG. *Vaginal Birth After Cesarean Delivery ACOG PRACTICE BULLET IN Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists*. <http://journals.lww.com/greenjournal> (2017).
8. NICE guidelines. *Caesarean Birth Quality Standard*. [www.nice.org.uk/guidance/qs32](http://www.nice.org.uk/guidance/qs32) (2013).
9. Campos Flores, D. J. *et al*. *PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA*.
10. Betrán, A. P. *et al*. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* **21**, 98–113 (2007).
11. La Honorable Cámara de Diputados de la Nación. *PROYECTO DE RESOLUCIÓN - La Honorable Cámara de Diputados de La Nación*. (2022).
12. QUALI-DEC. *USO ADECUADO DE LA CESÁREA MEDIANTE LA TOMA DE DECISIONES DE CALIDAD DE MUJERES Y PROVEEDORES 'QUALI-DEC'*.
13. Tatiana, A. *et al*. *Parto Vaginal Después de Una Cesárea, Aplicando Un Puntaje al Momento Del En Un Hospital*. (2013).
14. E.Monterde, P. F. J. P. M. L. Control gestacional en gestantes con cesarea anterior. Hospital Clinic Barcelona. *HOSPITAL CLINIC BARCELONA* (2018).
15. Grobman, W. A. *et al*. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology* **109**, 806–12 (2007).

16. Grobman, W. A. *et al.* Prediction of vaginal birth after cesarean delivery in term gestations: a calculator without race and ethnicity. *Am J Obstet Gynecol* **225**, 664.e1-664.e7 (2021).
17. SOGIBA - Dr. Almada, R. (1) Dr. A. E. (2) Dra. C. F. J. (3) Dr. F. F. (4) Dr. L. R. (5) Dr. M. L. (6) Dr. P. E. (7. *Parto Vaginal Después de Una Cesárea - SOGIBA*. (2019).
18. Flamm, B. L. & Geiger, A. M. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. *Obstetrics and gynecology* **90**, 907–10 (1997).
19. Cox, K. J. Counseling women with a previous cesarean birth: Toward a shared decision-making partnership. *J Midwifery Womens Health* **59**, 237–245 (2014).
20. Dursun, P. *et al.* Why women request cesarean section without medical indication? *J Matern Fetal Neonatal Med* **24**, 1133–7 (2011).
21. Chen, S.-W., Hutchinson, A. M., Nagle, C. & Bucknall, T. K. Women's decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in Taiwan: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* **18**, 31 (2018).
22. Kurtz Landy, C. *et al.* Factors obstetricians, family physicians and midwives consider when counselling women about a trial of labour after caesarean and planned repeat caesarean: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth* **20**, 367 (2020).
23. López-Toribio, M., Bravo, P. & Llupià, A. Exploring women's experiences of participation in shared decision-making during childbirth: a qualitative study at a reference hospital in Spain. *BMC Pregnancy Childbirth* **21**, 631 (2021).
24. O'Brien, D., Butler, M. M. & Casey, M. A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. *Midwifery* **46**, 1–7 (2017).
25. Robbie Davis-Floyd. *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano. Fundación CREAVIDA*.
26. Dois, A., Bravo, P., Uribe, C. & Martínez, A. Women's involvement in medical decision-making during pregnancy and childbirth. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* **68**, (2022).
27. Bravo, P., Contreras, A., Dois, A. & Villarroel, L. [Adapting and validating the generic instrument CollaboRATE™ to measure women's participation in health related decision-making during the reproductive process]. *Aten Primaria* **50**, 274–281 (2018).
28. Nieuwenhuijze, M. J., Korstjens, I., de Jonge, A., de Vries, R. & Lagro-Janssen, A. On speaking terms: a Delphi study on shared decision-making in maternity care. *BMC Pregnancy Childbirth* **14**, 223 (2014).
29. Hunter, A. *et al.* Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth* **17**, 322 (2017).

30. Septiembre, D. DE. *CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*.
31. Langberg, E. M., Dyhr, L. & Davidsen, A. S. Development of the concept of patient-centredness - A systematic review. *Patient Educ Couns* **102**, 1228–1236 (2019).
32. Repetto Julieta, D., Serra Julieta, D., Pascuzzo Laura, L., Camus Giselle, L. & Campos Flores Jessica, D. *Inducción al Parto-Maduración Cervical Guía de Práctica Clínica División Urgencias Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2019 Autores*. (2019).
33. Fishel Bartal, M. *et al*. Trial of labor after cesarean (TOLAC) in women with premature rupture of membranes. *J Matern Fetal Neonatal Med* **33**, 2976–2982 (2020).
34. Haumonté, J.-B. *et al*. [Predictive factors for vaginal birth after cesarean section]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* **41**, 735–52 (2012).
35. Denisse Lorena Sepúlveda-Mendoza, M. G.-C. G. A. S.-F. D. H. M.-L. Factors associated with successful vaginal birth in women with a cesarean section history.
36. Denisse Lorena Sepúlveda-Mendoza<sup>1</sup> Marisol Galván-Caudillo<sup>1</sup> Gonzalo Andrés Soto-Fuenzalida<sup>2</sup> Daniel Humberto Méndez-Lozano<sup>3</sup>. Factores asociados con éxito en el parto en mujeres con antecedente de cesárea. *Ginecología y Obstetricia de México* **744 Volumen 83, Núm. 12, diciembre, 2015** (2015).
37. Shaheen, N., Khalil, S. & Iftikhar, P. Prediction of successful trial of labour in patients with a previous caesarean section. *J Pak Med Assoc* **64**, 542–5 (2014).
38. Peaceman, A. M. *et al*. The MFMU Cesarean Registry: impact of fetal size on trial of labor success for patients with previous cesarean for dystocia. *Am J Obstet Gynecol* **195**, 1127–31 (2006).
39. Srinivas, S. K. *et al*. Vaginal birth after caesarean delivery: does maternal age affect safety and success? *Paediatr Perinat Epidemiol* **21**, 114–20 (2007).
40. Ashwal, E. *et al*. Prediction of successful trial of labor after cesarean - the benefit of prior vaginal delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med* **29**, 2665–70 (2016).
41. Beucher, G., Dolley, P., Lévy-Thissier, S., Florian, A. & Dreyfus, M. [Maternal benefits and risks of trial of labor versus elective repeat caesarean delivery in women with a previous caesarean delivery]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* **41**, 708–26 (2012).
42. Eden, K. B. *et al*. New insights on vaginal birth after cesarean: can it be predicted? *Obstetrics and gynecology* **116**, 967–981 (2010).
43. Tatiana, A. *et al*. *Parto Vaginal Después de Una Cesárea, Aplicando Un Puntaje al Momento de Ingreso En Un Hospital*. (2013).