

DRA. KARLA LIZETH
LINARES ARELLANO

ÉXITO EN LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESÁREA
PREVIA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 2

2025



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

ÉXITO EN LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO
EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA
EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 2

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Grado de

MEDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

DRA. KARLA LIZETH LINARES ARELLANO

Dirigido por:

DRA. LAURA DE LA ROSA CONTRERAS

Querétaro, Querétaro, diciembre 2025.

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Ginecología y Obstetricia

**“ÉXITO EN LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON
CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 2”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de

**Médico especialista en
Ginecología y Obstetricia**

Presenta:

Dra. Karla Lizeth Linares Arellano

Dirigido por:

Dra. Laura De La Rosa Contreras

Presidente: MED.ESP. Laura de la Rosa Contreras

Secretario MED.ESP Mireya Guadalupe Aguilar Collazo

Vocal: MED.ESP María del Rosario Romo Rodríguez

Suplente: Dr. León Sánchez Hernández

Suplente: Dra. Sandra Margarita Hidalgo Martínez

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (2025).
México.

DICTAMEN APROBATORIO



GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2201.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 20 CI 22 014 028
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 22 CEI 001 2018073

FECHA Lunes, 26 de agosto de 2024

Doctor (a) Laura De la Rosa Contreras

P R E S E N T E

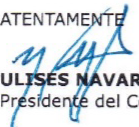
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ÉXITO EN LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 2** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2024-2201-141

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


ULISES NAVARRETE SILVA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir



DEDICATORIA

Dedicado a Dios, por nunca abandonarme y permitirme salir adelante.

A mis padres y hermanos, que con paciencia, esfuerzos y valentía, fueron un motor al siempre creer en mí.

A todos mis seres amados y amigos, los cuales fueron una motivación a lo largo de este camino.

Y a mí, por ser perseverante y no rendirme ante las adversidades.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a mis profesores y médicos adscritos que me guiaron, enseñaron, formaron y corrigieron a lo largo del camino.

Agradezco a la Dra. Laura de la Rosa, por su orientación, enseñanzas y enriquecer mi formación.

Agradezco a Rafael, por tenerme comprensión, amor y brindarme seguridad todos los días de mi vida.

También agradezco a todos aquellos que tuvieron la suficiente entereza y destreza para enseñarme este mundo de la gineco-obstetricia.

ÍNDICE	
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
I. INTRODUCCIÓN	12
II. REVISIÓN DE LITERATURA	16
III. OBJETIVOS	24
OBJETIVO GENERAL	24
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
IV. METODOLOGÍA	25
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:	25
DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN:	25
LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN:	25
CRITERIOS DE SELECCIÓN:	25
TAMAÑO DE MUESTRA:	25
TÉCNICA MUESTRA:.....	25
SELECCIÓN DE LAS FUENTES, MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:.....	26
PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:.....	26
V. RESULTADOS	27
VI. DISCUSIÓN	35
VII. CONCLUSIONES	36
VIII. BIBLIOGRAFÍA	37
IX. ANEXOS	41
EXCEPCIÓN A LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	41
CARTA DE NO INCONVENIENTE	42

ABREVIATURAS Y SIGLAS

VBAC: Vaginal Birth After Cesarean

TOLAC: Trial Of Labor After Cesarean

DCP: Desproporción Cefalopélvica

SDG: Semanas de Gestación

PFE: Peso Fetal Estimado

DE: Desviación Estándar

OMS: Organización Mundial de la Salud

GPC: Guía de Práctica Clínica

HGR: Hospital General Regional

ÍNDICE DE TABLAS

<u>TABLA 1</u> Estados de origen en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No.2	27
<u>TABLA 2</u> Datos sociodemográficos en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No.2	29
<u>TABLA 3</u> Comorbilidades más frecuentes en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No. 2	30
<u>TABLA 4</u> Gestaciones previas en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No. 2	30
<u>TABLA 5</u> Causas identificadas de cesárea previa en pacientes del Hospital General Regional No. 2	31
<u>TABLA 6</u> Características obstétricas en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No. 2	32
<u>TABLA 7</u> Indicaciones de cesárea en gestación actual en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No. 2	33
<u>TABLA 8</u> Complicaciones reportadas en evento obstétrico en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No. 2	34

ÍNDICE DE FIGURAS

<u>ILUSTRACIÓN 1</u> <i>Ocupaciones en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No.2</i>	28
<u>ILUSTRACIÓN 2</u> <i>Comorbilidades en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No.2</i>	29

RESUMEN

Planteamiento del problema: Se ha descrito un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos, lo que condiciona un aumento en la morbimortalidad materna y fetal, por este motivo es necesario determinar el éxito que se puede presentar en pacientes con antecedente de cesárea previa en la prueba de trabajo de parto. **Objetivos:** Determinar el éxito de la prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No. 2. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, transversal descriptivo y retrospectivo, con los expedientes de las pacientes con prueba de trabajo exitosa y antecedente de cesárea previa en el Hospital General Regional No 2, Querétaro en el periodo comprendido entre marzo 2022 a marzo 2024. Se realizó en el caso de las variables cuantitativas con media aritmética ($\bar{x}$) y desviación estándar; para variables cualitativas con porcentajes (%). Se basó en las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, asimismo con los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. **Resultados:** De las 118 pacientes evaluadas, se encontró que la media de edad fue de 29 años, con un índice de masa corporal de 32.2, siendo la indicación de cesárea previa más frecuente la presencia de oligohidramnios. La prueba de trabajo de parto tuvo un éxito reportado de 57.6%, con la complicación más frecuente reportada de atonía uterina, sin ameritar intervenciones quirúrgicas o invasivas para la resolución de las mismas.

Palabras clave: Cesárea previa, Prueba de trabajo de parto, Parto vaginal, Parto después de cesárea

ABSTRACT

Problem statement: A considerable increase of cesarean section like unnecessary practice has been described, which certainly entails inherent surgical and anesthetic risks, which conditions increase in maternal and fetal morbidity and mortality, for this reason it is necessary to determine the success that may occur in patients with a history of previous cesarean section in the labor test. **Objective:** Determine the success of the trial of labor in patients with a previous cesarean section at Regional General Hospital No. 2. **Methodology:** An observational, cross-sectional, descriptive and retrospective study was carried out with the records of patients with a successful labor test and a history of previous cesarean section at the Regional General Hospital No. 2, Querétaro in the period from March 2022 to March 2024. In the case of quantitative variables, it was carried out with arithmetic mean ($\bar{x}$) and standard deviation; for qualitative variables with percentages (%). It was based on ethical standards, the Regulations of the General Health Law on Health Research, and current international codes and standards for good practices in clinical research. **Results:** 118 patients were evaluated, the mean age was 29 years, with a body mass index of 32.2, and the most common indication for prior cesarean section was oligohydramnios. The trial of labor had a reported success rate of 57.6%, with the most frequently reported complication being uterine atony, which did not require surgical or invasive interventions.

Keywords: Vaginal Birth After Cesarean, Trial Of Labor After Cesarean, Cesarean Section, Vaginal Birth

I. INTRODUCCIÓN

Acorde a los datos obtenidos y recabados por la OMS en el 2018, se visualiza que aproximadamente el 21.1% de todos los nacimientos se producen por vía cesárea, oscilando entre el 1.4% al 56.4%. Las tasas más altas de cesárea se encuentran en América Latina (42.8%), seguida de América del Norte (31.6%), Oceanía (21.4%), Europa (25.7%), Asia (23.1%) y África (9.2%).

Sin embargo, establecer la tasa de cesárea a nivel institucional, depende en gran medida en el tipo de atención otorgada, su capacidad, recursos, y las valoraciones médicas realizadas.

Se estima que por encima del 60% de las mujeres quienes son sometidas a pruebas de trabajo de parto después de cesárea pueden llegar a tener un parto vaginal favorable.

El esclarecer los factores de riesgo asociados a falla en la prueba de trabajo de parto, así como las complicaciones principales de pacientes con cesárea previa ayudará a otorgar una atención especializada y mejorar la prevención de complicaciones, disminuyendo así la morbilidad materna y fetal.

Por esta razón, es necesario determinar el éxito que se puede presentar en pacientes con antecedente de cesárea previa en la prueba de trabajo de parto. La cesárea es la cirugía de mayor frecuencia dentro del área de ginecología y obstetricia con una incidencia creciente en los últimos años.

Acorde a la Organización Mundial de la Salud, se ha considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y 15%, basándose en la declaración realizada en 1985, encontrando actualmente el doble de la tasa esperada a nivel mundial con un incremento a nivel mundial del 7% desde 1990 hasta el 21% a la fecha, esperando una tasa alrededor del 29% para el 2030 a nivel mundial. (OMS, 2015)

Actualmente se ha observado que su incidencia sobrepasa el 50% en Latinoamérica, generando un gran impacto socioeconómico en los servicios de salud pública.

Según los datos recabados por la OMS en el 2018, destaca que aproximadamente el 21.1% de todos los nacimientos se producen por cesárea, oscilando entre el 1.4% al 56.4%. América Latina y el Caribe tienen actualmente las tasas más altas de cesárea (42.8%), seguida de América del Norte (31.6%), Oceanía (21.4%), Europa (25.7%), Asia (23.1%) y África (9.2%). (OMS, 2015)

Una de las principales indicaciones para la realización de este procedimiento es la presencia de un antecedente de cicatriz uterina previa, donde habitualmente se suele elegir la vía abdominal como forma de interrupción teniendo en cuenta los factores asociados como la monitorización fetal continua, disminución de partos instrumentados y disminución de partos en presentación pélvica incrementando así la morbilidad materno-fetal.

Sin embargo, evidencia actual establece una alta tasa de parto vaginal exitoso en pacientes con antecedente de cesárea previa, otorgando el parto vaginal como una vía de interrupción segura en el abordaje de estas pacientes.

(Barber, et al, 2011)

El aumento de las tasas de cesáreas es un problema a nivel mundial afectando principalmente a países de ingresos bajos, medios y altos, aunque las consecuencias de las cesáreas sin indicación absoluta pueden ser diferentes según los entornos y países, dependiendo de los recursos humanos o financieros disponibles y de la capacidad de la localidad para tratar las complicaciones derivadas a la misma operación.

La tasa de cesáreas a nivel de poblacional es una medida del nivel de acceso a esta intervención y de su uso. Es referente como guía para que los gobiernos y administraciones evalúen los avances en la salud materno-infantil y examinen la atención obstétrica de emergencia y el uso racional de los recursos económicos y humanos implicando un gasto considerable para los sistemas de salubridad estando ya sobrecargados y saturados.

En los últimos años, a medida que se reúne más evidencia sobre los riesgos, complicaciones y los beneficios de las cesáreas, van mejorando extensamente en la atención obstétrica clínica, teniendo la oportunidad de evaluar

los resultados y formular recomendaciones para la mejora de la misma atención. Los profesionales de la salud y todos sus allegados involucrados en la formulación de políticas sanitarias han expresado, cada vez con mayor énfasis, la necesidad de revisar la tasa recomendada en 1985.

No obstante, establecer la tasa de cesárea necesaria a nivel hospitalario, se presenta como un desafío, dependiendo en gran medida de las diferencias en la casuística de las pacientes obstétricas a las que se otorga este tipo de atención, su capacidad y recursos, y las valoraciones médicas realizadas, por lo que la tasa de cesárea recomendada a nivel de población no se puede extrapolar y utilizarse a nivel hospitalario.

Actualmente no existe un sistema de clasificación estándar de cesáreas que permita hacer comparaciones de estas tasas entre los distintos establecimientos y entre ciudades, regiones o países de forma útil y orientada.

Se ha descrito un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos, lo que condiciona un aumento en la morbilidad materna y fetal. Conocer los factores de riesgo asociados a falla en la prueba de trabajo de parto, así como las complicaciones principales de pacientes con cesárea previa nos ayudará a realizar una mejor atención especializada y mejorar la prevención de complicaciones y disminuir la morbilidad materna y fetal.

Es por este motivo, que es necesario determinar el éxito que se puede presentar en pacientes con antecedente de cesárea previa en la prueba de trabajo de parto. A pesar de su gran relevancia, existe poca evidencia en nuestro medio que se centre en realizar dicha evaluación.

Aproximadamente el 10% de las mujeres tienen alguna cicatriz en el útero, donde en países industrializados, la primera causa es el antecedente de cesárea, teniendo en cuenta que la cesárea es la intervención quirúrgica que se realiza con más frecuencia a nivel mundial. En Latinoamérica supera el 50%, lo cual se convierte en un desafío de Salud Pública.

Actualmente la atención de la mujer embarazada con antecedente de cesárea previa, no se ha reducido a pesar de múltiples intentos e intervenciones; Acorde a la Guía de Práctica Clínica de Parto después de Cesárea Mexicana, en el 2010 se practicaron 226,734 cesáreas de un total de 458,055 nacimientos en el IMSS, lo cual representa 49.4% con un rango entre 30% y 90%. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición reportó 45.1% en el 2012, mientras que en la Ciudad de México alcanzó el 57.3% de nacimientos por cesárea en el mismo año. En México, esta tasa alcanzó el 46% en el año 2021. (CENETEC, 2013)

Los diferentes estudios realizados han servido como base para mejorar la calidad de la atención obstétrica y ofrecer consejería y planificación adecuada a las mujeres embarazadas con antecedente de cesárea previa, pudiendo otorgar más tranquilidad y seguridad a las pacientes y al médico en la toma de decisiones durante el control prenatal.

Actualmente, se considera como alternativa el parto vaginal en pacientes con cesárea previa ya que se ha demostrado que no presenta un aumento en la morbilidad materno-fetal.

Se estima que alrededor del 60 a 80% de las mujeres quienes son sometidas a pruebas de trabajo de parto después de cesárea tendrán un parto vaginal satisfactorio. La tasa de éxito dependerá de la indicación de cesárea previa, así como comorbilidades.

Por la alta frecuencia de cesáreas considerado ya como problema de salud pública a nivel mundial siguiendo una tendencia de incremento en los siguientes años, se realizará este estudio para brindar una opción viable y dar aportes científicos que ayuden a disminuir la práctica de esta intervención quirúrgica. Teniendo en cuenta que en México hay pocos estudios publicados que demuestren el éxito de la prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa, este estudio brindaría aportes científicos para futuros manejos en pacientes obstétricas con estas características.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes a nivel mundial, con incremento en su incidencia actualmente. Una paciente con antecedente de cesárea previa puede finalizar sus embarazos posteriores realizando una prueba de trabajo de parto o por cesárea electiva con ventajas y desventajas en ambos procedimientos.

Entre 1970 y 2016, el índice de nacimientos por cesárea incrementó de 5% a 31.9% como resultados de severos cambios en el entorno donde se incluye el inicio de la monitorización fetal continua, disminución de los partos vaginales instrumentados e intento de partos vaginales de nalgas. A partir de la década de los años 70s, se comenzó a reconsiderar este precedente y desde entonces, se ha respaldado una prueba de trabajo de parto después de una cesárea previa como un enfoque razonable en embarazos seleccionados, incrementando el índice de parto después de cesárea. (ACOG, 2019)

Un nacimiento por parto después de cesárea (VBAC por sus siglas en inglés) exitoso es definido como parto espontáneo o instrumentado (asistido por ventosa o fórceps) a una mujer que se somete a TOLAC (prueba de trabajo de parto después de una cesárea previa por sus siglas en inglés). Un nacimiento por parto después de cesárea fallido se define como la imposibilidad de lograr un nacimiento vía vaginal o aquella que termina en cesárea de emergencia. (Scott, 2011)

Sin embargo, como el número de mujeres sometidas a TOLAC aumentó, también lo hizo el número de reportes de ruptura uterina y otras complicaciones relacionadas a la prueba de trabajo de parto. Estos informes, y la responsabilidad profesional que se creó, contribuyeron en parte a una disminución de la tendencia del parto vaginal el incremento de parto por cesárea, y para el 2006, la tasa de partos vaginales después de cesárea había disminuido a 8.5% y la tasa total de parto por cesárea incrementó al 31,1%.

Algunos de los riesgos documentados después de las intervenciones quirúrgicas incluyen adhesiones, dolor pélvico crónico, placentación anormal e infertilidad, incrementando el riesgo cada vez más con cada intervención

quirúrgica subsecuente. Mientras que los beneficios de partos vaginales incluyen una recuperación más corta y menos días de estancia hospitalaria, así como incremento en la lactancia materna. (Ibrahim, 2020)

Además de brindar una opción para quienes deseen experimentar un parto vaginal, se ha asociado con múltiples beneficios potenciales para la salud de las mujeres evitando cirugías abdominales y disminuyendo la posibilidad de hemorragia, tromboembolismo e infección, así como una recuperación más corta que aquellas a las que se les tuvo que intervenir quirúrgicamente. Teniendo en cuenta que el parto vaginal puede disminuir el riesgo de las consecuencias maternas relacionadas con partos por cesáreas múltiples (p. ej., histerectomía, lesión del intestino o la vejiga, transfusión, infección y placentación anormal, como placenta previa y placenta acreta).

El parto vaginal resulta en menos complicaciones que la cesárea, es menos costosa, tiene una recuperación más rápida y para muchas mujeres es más satisfactoria que la cesárea. Múltiples estudios han demostrado que del 60 al 80% de pacientes que intentan una prueba de trabajo de parto, obtendrán partos vaginales exitosos. Sin embargo, estas tasas a menudo representan una población seleccionada, con múltiples sesgos poblacionales, excluyendo a aquellas que no cumplan criterios para TOLAC o que rechazan un intento de VBAC, dejando un porcentaje inexacto de mujeres con cesárea previa que pueden lograr un parto después de cesárea. (Sargent, 2017)

Sin embargo, el parto por cesárea repetida electiva se asocia con mayores complicaciones materno-fetales que la prueba de trabajo de parto (0.013% vs 0.004%) mientras que la mortalidad perinatal incrementa con la prueba de trabajo de parto (0.13% vs 0.05%). (Lazarou, 2021) Las complicaciones de cualquiera de los dos desenlaces incluyen hemorragia materna, infección, lesión operatoria, tromboembolismo, histerectomía y muerte entre otros. La mayor parte de la morbilidad materna relacionada con TOLAC ocurre cuando se hace necesaria la intervención quirúrgica o el parto vaginal es fallido. (ACOG, 2019)

Por lo tanto, el VBAC se asocia con menos complicaciones que el parto por cesárea electiva, mientras que una cesárea por un TOLAC fallido se asocia con más complicaciones. En consecuencia, el incremento de la morbilidad materna es integralmente relacionado con la probabilidad de una mujer de lograr un VBAC.

(ACOG, 2019)

La probabilidad de que una mujer que intenta TOLAC logre un VBAC depende de su combinación individual de factores de riesgo. Varios investigadores han intentado crear sistemas de puntuación para ayudar en la predicción de VBAC, pero la mayoría ha tenido limitaciones metodológicas y no ha sido ampliamente utilizado. (ACOG, 2019)

Teniendo en cuenta los factores asociados a las complicaciones, se han realizado 6 modelos predictores para la resolución vaginal exitosa después de una cesárea. Tres de estos modelos se aplicaron a un Cohorte de Irlanda del Norte y compararon sus resultados. Los modelos generados por Smith y colegas, y Grobman y colegas se desempeñaron bien, con área bajo la curva (AUC) de 0,74 y 0,72 respectivamente. Usando un umbral de VBAC predicho de 72%, la sensibilidad y especificidad del modelo de Grobman y colegas fue del 73 % y del 57 % respectivamente y para el modelo de Smith y colegas fue del 66% y 72% respectivamente. El modelo propuesto por Grobman y colegas fue posteriormente utilizado para generar una calculadora en línea capaz de estimar la probabilidad de que una mujer tenga un VBAC exitoso. (Guise, JM, 2010)

Un estudio realizado por Anastasia Lazarou et al desde 2014 a 2017 en el que incluyeron 348 mujeres, describió la tasa de parto vaginal en 51.7% de pacientes sin la necesidad de instrumentación o cesárea no planeada además demostró que las pacientes con parto vaginal exitoso después de cesárea tenían en promedio 31 años, con Índice de Masa Corporal de 24.7 m³, con 3 años de diferencia entre embarazos, 39 semanas de gestación en promedio y un peso del recién nacido de 3,510 gr, mientras que la indicación de la cesárea previa fue alteraciones o complicaciones durante el trabajo de parto, describiendo el sufrimiento fetal como indicación de mayor tasa de TOLAC fallida.(Lazarou, 2021)

Con base en la evidencia disponible, TOLAC debería seguir siendo una opción viable para la mayoría de las mujeres con cesárea previa. La bibliografía indica que el riesgo atribuible de un resultado perinatal adverso grave (muerte perinatal o Encefalopatía Hipóxico-Isquémica) a término parece ser de aproximadamente 1 por cada 2,000 pruebas de trabajo de parto. Mientras que el riesgo atribuible a histerectomía por ruptura uterina, sigue siendo de aproximadamente 1 en 1250 casos. (Tsakiridis, I, 2018)

La evidencia sugiere que la mayoría de las mujeres con un parto por cesárea anterior con una incisión transversal baja en las que el balance de riesgos o complicaciones son bajas y las posibilidades de éxito son aceptables, son candidatas y deben ser asesoradas para ofrecer TOLAC. (ACOG, 2018)

Haber tenido un parto vaginal, ya sea antes o después de una cesárea, triplica las tasas de éxito de un parto vaginal. Más aún, el VBAC anterior es uno de los predictores más fuertes de éxito que un parto anterior antes de la cesárea previa. Estos hallazgos pueden confirmar aún más que el historial de partos vaginales anteriores es de suma importancia. (Wu, Y, 2019)

Durante la consejería prenatal de mujeres con una cesárea anterior, la probabilidad de éxito del parto vaginal es uno de los factores más cruciales. Se debe valorar el historial de las gestas anteriores, así como las indicaciones para la cesárea anterior, las características de las mujeres embarazadas (edad y raza), las comorbilidades asociadas (obesidad, diabetes, etc), el tamaño del feto, la puntuación del bishop del cuello uterino y la necesidad de la inducción del trabajo de parto ya que estos factores que se relacionan al éxito del parto vaginal. (Wu, Y, 2019)

El instrumento más utilizado para la identificación de factores de riesgo sigue siendo el historial del paciente, la cual está fácilmente disponible desde la primera visita de control prenatal, seguida de una evaluación ecográfica del feto o el útero (p. ej., posición de la cicatriz uterina, grosor, posición de la placenta) y su posterior seguimiento en consultas subsecuentes. (Carauleanu, 2021)

Hay evidencia de tasas más altas de VBAC entre las mujeres que inician con trabajo de parto de manera espontánea, en comparación con aquellas mujeres cuyos trabajos de parto son inducidos, independientemente del método o fármaco utilizado para la inducción. Catling-Paull y colaboradores examinaron el efecto de las intervenciones clínicas en el éxito de los VBAC y encontró que las inducciones del trabajo de parto por amniotomía, prostaglandinas u oxitocina (o una combinación de estos métodos) se asociaron con tasas más bajas de partos vaginales. (Wingert, 2019)

Los estudios realizados acerca de la inducción del trabajo de parto en pacientes con una cicatriz uterina previa informan que la oxitocina es el único agente de inducción que puede usarse, así como el uso de los métodos mecánicos, sin embargo, la oxitocina tiene una eficacia limitada para la maduración cervical. (Wingert, 2019)

Un parto anterior también se relaciona con la menor tasa de ruptura uterina. Las indicaciones de cesárea previa tienen implicaciones importantes para la posibilidad de VBAC: DCP, distocia o fracaso al progreso, la inducción fallida y la sospecha de macrosomía fetal fueron factores de riesgo para el VBAC fallido. Aunque las condiciones anteriores pueden no estar presentes en el próximo embarazo, las indicaciones de la cesárea previa podrían ayudarnos a identificar a aquellas pacientes candidatas a la prueba de trabajo de parto. (Wu, Y, 2019)

Todos estos factores deben tenerse en cuenta al intentar un TOLAC y el consentimiento materno deben obtenerse antes de proceder a un método específico de labor o alguna intervención. Algunos de estos factores deben estar correlacionados con la historia de los pacientes y valorar su relación con un TOLAC. Por ejemplo, si una mujer tuvo un parto vaginal previo de un producto macrosómico de >4.000 g no debe ser excluida. (Carauleanu, 2021) En cambio, aquellas con alto riesgo de ruptura uterina (p. ej., aquellas con una incisión clásica o en T previa, ruptura uterina previa, o cirugía uterina trans-fúndica extensa) y aquellas en quienes el parto vaginal está contraindicado de otro modo (p. ej., aquellos con

placenta previa) no deben ser incluidas como candidatas en la prueba del trabajo de parto. (ACOG, 2019)

La complicación más relacionada con el TOLAC es la ruptura uterina, asociada a una alta mortalidad perinatal y morbilidad materno-fetal. Se caracteriza por una completa ruptura de miometrio y membranas fetales, teniendo comunicación directa entre el peritoneo y la cavidad uterina. (Lazarou, 2021)

En el 70% de los casos de ruptura uterina, un feto se manifiesta una aberración de la frecuencia cardíaca y se instaura la intervención de emergencia por lo que es necesaria la monitorización fetal electrónica continua. (Zipori, 2022) Otros signos y síntomas de ruptura uterina pueden incluir bradicardia fetal, aumento de las contracciones uterinas, sangrado transvaginal, pérdida de la estación fetal o nueva aparición de dolor uterino intenso. (Carauleanu, 2021)

Los principales factores asociados a la ruptura son las cicatrices uterinas previas teniendo un riesgo la incisión clásica de 4-9%, la incisión baja vertical de 1.05-2%, transversal baja de 0.4-0.7%, 2 cicatrices previas de 0.9-1.8%. Otro factor de riesgo es la inducción del trabajo de parto con prostaglandinas, así como un periodo intergenésico corto menos de 24 meses. (Lazarou, 2021)

Distintos factores de riesgo asociados con la ruptura uterina son las gestaciones múltiples, edad materna >35 años, obesidad con un IMC >30 kg/m², edad gestacional >40 semanas y un peso fetal estimado >4,000gr. (Sabol, 2015)

La evaluación ecográfica del espesor de la cicatriz uterina puede ser una herramienta útil para la predicción de la ruptura uterina cuando se utiliza en conjunto con otros factores de riesgo. En una validación transversal de Sarwar y colaboradores en 2020 concluyeron que un valor de corte de ≤ 5 mm de espesor de cicatriz uterina tuvo una sensibilidad del 76,9%, especificidad del 48,7% y precisión del 58,12% para la predicción de ruptura uterina, considerándolos junto con otros factores adicionales para elegir la vía de nacimiento. (Carauleanu, 2021)

Aparte del riesgo de ruptura uterina, se ha considerado el riesgo de histerectomía secundaria a la vía de nacimiento, un metaanálisis anterior encontró que un TOLAC en cualquier edad gestacional se asoció con un menor riesgo de

histerectomía (0,22%) en comparación con repetir la cesárea; sin embargo, no hubo diferencia significativa entre TOLAC (0,14%) y una repetición de cesárea (0,16%). (Guise, 2010)

El metaanálisis también evaluó el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de transfusión con cada vía de nacimiento y encontró que el riesgo combinado de transfusión era significativamente diferente entre un TOLAC (0.9%) y una cesárea de repetición (1.2%). (Guise, 2010)

El riesgo de infección materna durante un TOLAC versus una cesárea repetida es difícil de determinar debido a los diferentes criterios de diagnóstico utilizados por diferentes estudios. Se ha determinado que el riesgo para la corioamnionitis es más alto para un TOLAC, mientras que las infecciones de heridas son más probables después de una Cesárea repetida debido a la naturaleza específica de la vía de nacimiento en cada tipo de infección. Así como también se ha documentado mayor riesgo de endometritis posparto después de TOLAC (0,8% – 30% de riesgo) versus una cesárea repetida (riesgo de 1,2% – 18%).

A pesar de estas morbilidades maternas, se ha demostrado que las mujeres con cesárea previa que tienen un parto vaginal exitoso tienen menor morbimortalidad a corto y largo plazo. A cualquier edad gestacional, un parto vaginal se asocia con una estancia hospitalaria materna más corta (2.55 días) en comparación con la DC repetida (3.92 días). También hay que considerar que el riesgo de tromboembolismo venoso es menor en mujeres con un parto vaginal exitoso después de una cesárea (0,04 %) en comparación con una cesárea repetida (0,1 %). (Guise, 2010)

Por el contrario, quien tiene un fallo en la prueba de trabajo de parto aumenta su morbilidad. Por esta razón, la prueba de trabajo de parto se debe considerar en quienes no tengan contraindicaciones y sean candidatas aptas para realizarla. Se debe individualizar la estimación de riesgo en cada paciente para lograr una decisión segura para seleccionar la vía de finalización del embarazo.

(Trojano, 2019)

Si bien no existe un modelo de predicción confiable para un riesgo individualizado de ruptura uterina, una consideración de factores de riesgo específicos individuales que están asociados con complicaciones maternas o fetales deben ser evaluados. Siempre que sea posible, los riesgos deben ser para informar verdaderamente a las mujeres de las opciones y mejorar la toma de decisiones compartidas, así como obtener mayores beneficios. (Tsakiridis, I, 2018)

III. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el éxito de la prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa.

Objetivos específicos

- Identificar el número de pacientes con cesárea previa que tuvieron un parto exitoso sin complicaciones reportadas durante o después del mismo
- Identificar la edad de las pacientes que tuvieron prueba de trabajo de parto exitosa con antecedente de cesárea previa.
- Identificar el índice de masa corporal en pacientes que tuvieron prueba de trabajo de parto exitosa con antecedente de cesárea previa
- Identificar el número de gestaciones previas en pacientes que tuvieron prueba de trabajo de parto exitosa con antecedente de cesárea previa
- Identificar la indicación de cesárea previa más frecuente en pacientes que tuvieron prueba de trabajo de parto exitosa con antecedente de cesárea previa
- Identificar la prevalencia de comorbilidades en pacientes que tuvieron prueba de trabajo de parto exitosa con antecedente de cesárea previa
- Identificar el peso de los recién nacidos de pacientes que tuvieron prueba de trabajo de parto exitosa con antecedente de cesárea previa

IV. METODOLOGÍA

Diseño de la investigación:

El diseño del estudio es observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo.

Definición de la población:

Pacientes que hayan sido sometidas a prueba de parto con el antecedente de tener una cesárea previa

Lugar de la investigación:

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Regional No. 2, “El Marqués”.

Criterios de selección:

Se incluyeron expedientes de pacientes sometidas a prueba de trabajo de parto con antecedente de cesárea previa que hayan acudido durante el periodo de Marzo 2022 a Marzo 2024. Se excluyeron pacientes con embarazo gemelar, cesárea iterativa, presentación pélvica, alteraciones en la inserción placentaria, macrosomía, incisión uterina corporal previa, prolapso de cordón, malformaciones fetales, infecciones de transmisión vertical, embarazo pretérmino, condilomas vulvares grandes. Se eliminaron registros que no contaran con la información completa requerida en la hoja de recolección de datos.

Tamaño de muestra:

Se empleó como marco muestral el listado de pacientes a las que se sometió a prueba de trabajo de parto con antecedente de cesárea previa en el Hospital General Regional HGR 2 el Marqués.

Técnica muestra:

No se requirió, se recabaron todos los expedientes de pacientes que cumplieran dichas características.

Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información:

Posterior a la aprobación del proyecto de investigación por el comité local de ética e investigación, se solicitó a la dirección del HGR No. 2 IMSS Querétaro, su autorización para realizar la investigación en el servicio de Ginecología y Obstetricia, una vez obtenido se localizaron los expedientes de pacientes a las que se les realizó una prueba de trabajo de parto con antecedente de cesárea previa posteriormente se llenó una hoja de recolección de datos con los datos obtenidos del expediente de las pacientes seleccionadas incluyendo las variables a determinar donde se evaluó la edad, edad gestacional, indicación de cesárea previa, índice de masa corporal, comorbilidades, peso fetal estimado para determinar el éxito de la prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa. Se definió éxito de la prueba de trabajo de parto al número de pacientes que terminaron en parto vaginal sin complicaciones reportadas.

Procesamiento de datos y análisis estadístico:

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y proporciones, para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión. El análisis estadístico de la información recolectada se procesó en una base de datos estructurada para tal efecto y, posteriormente analizados con el software estadístico SPSS Versión 29.

V. RESULTADOS

Se evaluaron 118 pacientes femeninas con antecedente de cesárea previa en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital General Regional No. 2, con una media de edad de 29 ± 5 años.

De las pacientes evaluadas, 93 (78%) procedían de Querétaro, 5 (4.2%) de Guanajuato, 4 (3.4%) de Veracruz, 4 (3.4%) de Jalisco, 3 (2.5%) del Edo. De México, 3 (2.5%) de Tlaxcala, 2 (1.7%) de Ciudad de México, 2 (1.7%) de Hidalgo y 2 (1.7%) de otros estados.

Tabla 1 Estados de origen en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No.2

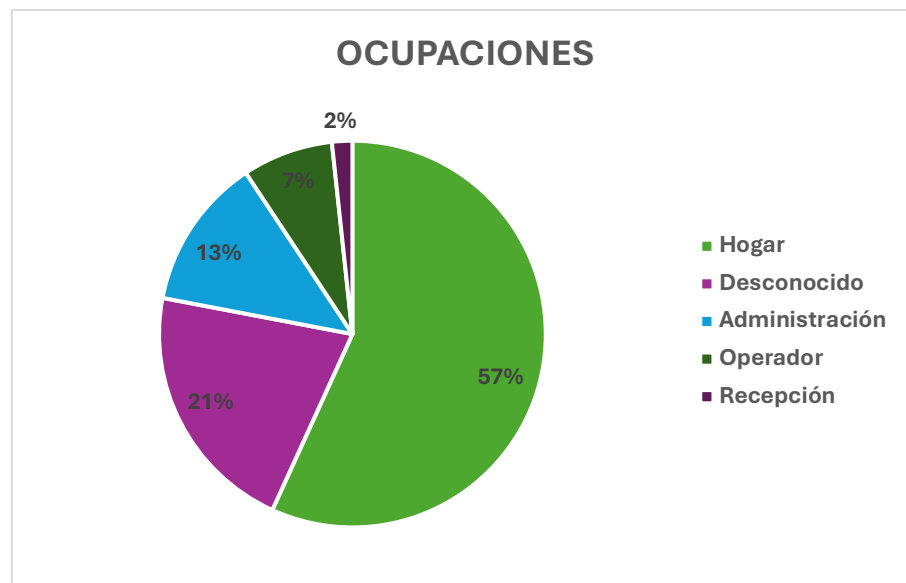
VARIABLE	FRECUENCIA
Querétaro, <i>n</i> (%)	93 (78)
Guanajuato, <i>n</i> (%)	5 (4.2)
Veracruz, <i>n</i> (%)	4 (3.4)
Jalisco, <i>n</i> (%)	4 (3.4)
Edo. México, <i>n</i> (%)	3 (2.5)
Tlaxcala, <i>n</i> (%)	3 (2.5)
CDMX, <i>n</i> (%)	2 (1.7)
Hidalgo, <i>n</i> (%)	2 (1.7)
Otros, <i>n</i> (%)	2 (1.7)

Fuentes: Expediente clínico

Dentro del estado civil, 62 (52.5%) estaban en unión libre, 46 (39%) eran casadas, 10 (8.5%) eran solteras. Dentro de la escolaridad, 3 (2.5%) contaban con primaria incompleta, 12 (10.2%) tenían primaria completa, 1 (.8%) contaba con secundaria incompleta, 48 (40.7%) terminaron la secundaria, 3 (2.5%) no concluyeron la preparatoria, 39 (33.1%) terminaron la preparatoria, mientras que 2 (1.7%) no concluyeron estudios superiores y 10 (8.5%) contaban con una licenciatura.

Del total de pacientes, 67 (56.8 %) se dedicaba al hogar, 25 (21.2%) no se refería la ocupación, 15 (12.7 %) contaban con puestos administrativos, 9 (7.6%) contaban con puestos de operadores, 2 (1.7%) eran encargadas en tiendas de abarrotes.

Ilustración 1 Ocupaciones en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No.2



Fuentes: Expedientes clínicos

Contaban con un índice corporal de $32.2 \pm 5 \text{ m}^3$. Dentro de la clasificación del Índice de Masa Corporal, 9 (7.6%) pacientes contaban con IMC normal, 30 (25.4%) sobrepeso, 47 (39.8%) Obesidad I, 22 (18.6%) Obesidad II, 10 (8.5%) para Obesidad III, presentando como media y desviación estándar 32.2 ± 5.1

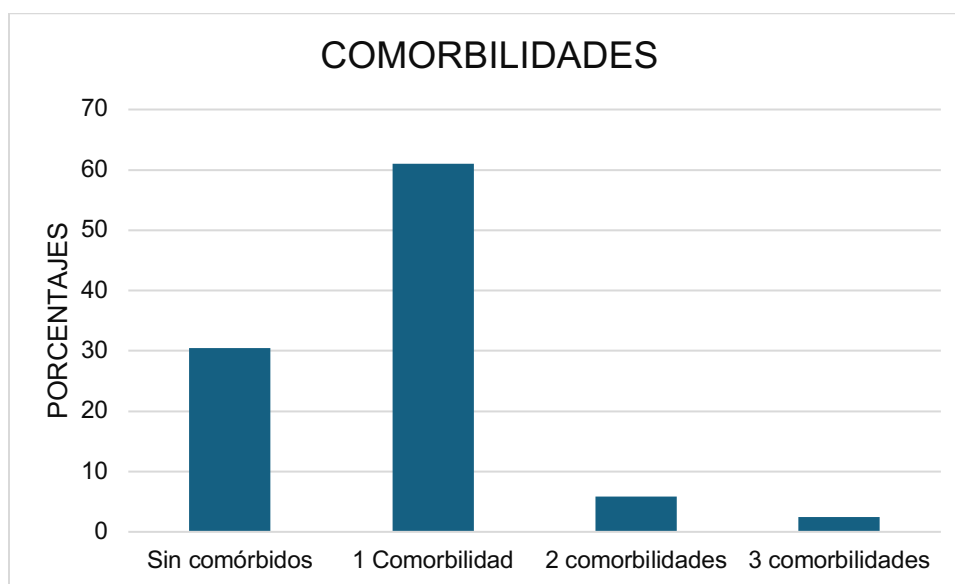
Tabla 2 Datos sociodemográficos en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No.2

VARIABLE	FRECUENCIA
Edad, Media $\pm$ DE	29 $\pm$ 5
IMC, Media $\pm$ DE	32.2 $\pm$ 5
Normal, n(%)	9 (7.6)
Sobrepeso, n (%)	30 (25.4)
Obesidad I, n (%)	47 (39.8)
Obesidad II, n (%)	22 (18.6)
Obesidad III, n (%)	10 (8.5)

Fuentes: Expediente clínico

Del total de pacientes, 36 (30.5%) no tenían ningún comórbido, 72 (61%) presentaban al menos una comorbilidad, 7 (5.9%) contaban con dos comorbilidades, 3 (2.5%) presentaban tres comorbilidades.

Ilustración 2 Comorbilidades en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No.2



Fuentes: Expediente clínico

Las comorbilidades más frecuentes presentadas fueron obesidad en 79 (66.9%), Hipotiroidismo en 5 (4.2%), Diabetes gestacional en 4 (3.4%), diabetes mellitus tipo 2 en 4 (3.4%), Hipertensión Crónica en 3 (2.5%).

Tabla 3 Comorbilidades más frecuentes en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No. 2

VARIABLES	FRECUENCIA
Comorbilidades, Media$\pm$DE	1 $\pm$ 1
Obesidad, <i>n</i> (%)	79 (66.9)
Hipotiroidismo, <i>n</i> (%)	5 (4.2)
Diabetes Gestacional, <i>n</i> (%)	4 (3.4)
Diabetes Mellitus Tipo 2, <i>n</i> (%)	4 (3.4)
Hipertensión Arterial Crónica, <i>n</i> (%)	3 (2.5)

Fuentes: Expediente clínico

Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos, las pacientes contaban con antecedente de 2 gestaciones previas en promedio, con 8 años de promedio de diferencia entre la última gestación y 7 años de la cesárea previa.

Tabla 4 Gestaciones previas en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No. 2

VARIABLES	FRECUENCIA
Gestaciones previas, Media$\pm$DE	2.8 + 1.2
<i>Partos, n</i> (%)	47 (39.8)
1 parto previo, <i>n</i> (%)	35 (29.6)
2 partos previos, <i>n</i> (%)	9 (7.6)
3 partos previos, <i>n</i> (%)	3 (2.5)
Cesáreas, <i>n</i> (%)	118 (100)
Abortos, <i>n</i> (%)	12 (10.1)
1 aborto, <i>n</i> (%)	8 (6.7)
2 aborto, <i>n</i> (%)	4 (3.3)

Fuentes: Expediente clínico

Las causas evaluadas de cesárea previa fueron en 13 (11 %) presentación pélvica, 13 (11%) sufrimiento fetal, 1 (0.8%) restricción del crecimiento intrauterino, 3 (2.5%) embarazo pretérmino, 0 (0%) desprendimiento de placenta, mientras que 88 (74.5%) presentaron otras causas como indicación, siendo las más frecuentes en 22 (18.5 %) oligohidramnios, 20 (16.8 %) falta de progresión del trabajo de parto, 13 (11%) preeclampsia, 7 (5.9%) macrosomía, 6 (5%) circular de cordón a cuello, 3 (2.5 %) ruptura prematura de membranas, 3 (2.5%) desconoce la causa, 2 (1.7%) fracaso en la inducción del trabajo de parto, 2 (1.7%) Desproporción cefalopélvica, 2 (1.7%) presentación transversa, 8 (6.7%) otras causas como desprendimiento de placenta, COVID, neumonía, embarazo gemelar, infección por VPH o cesárea electiva.

Tabla 5 Causas identificadas de cesárea previa en pacientes del Hospital General Regional No. 2

VARIABLES	FRECUENCIA
Indicaciones	
Pélvico, <i>n</i> (%)	13 (10.9)
Sufrimiento Fetal, <i>n</i> (%)	13 (10.9)
Embarazo pretérmino, <i>n</i> (%)	3 (2.5)
Restricción del crecimiento intrauterino, <i>n</i> (%)	1 (0.8)
Desprendimiento de placenta, <i>n</i> (%)	0 (0)
Otras causas, <i>n</i> (%)	88 (74.5)

Fuentes: Expediente clínico

Las pacientes evaluadas contaban con 38.2 ± 1.2 semanas de gestación, con peso fetal estimado de 3085 ± 382 gr el cuál fue estimado por ultrasonido en 79 (66.9%) y 39 (33.1%) por exploración física con una diferencia de peso al nacimiento de $3163 \text{ gr} \pm 407 \text{ gr}$.

Se ingresaron a urgencias tococirugía con 5 ± 2 cm de dilatación, con una dilatación final de $8 \text{ cm} \pm 2 \text{ cm}$ en aquellas que la resolución del embarazo fue vía abdominal. La vía de nacimiento más frecuente fue la vaginal con una frecuencia del 91 (77.2 %) mientras que la abdominal fue de 27 (22.8%) del total de pacientes.

Tabla 6 Características obstétricas en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No. 2

VARIABLES	FRECUENCIA
Indicaciones	
Semanas de gestación, <i>Media$\pm$DE</i>	38.2
Peso Fetal Estimado, <i>gr</i>	3085
Peso al Nacimiento, <i>gr</i>	3163
Dilatación inicial, <i>cm</i>	5

Fuentes: Expediente clínico

Del total de pacientes, 1 (0.8%) tuvo inducción del trabajo de parto, 45 (38.1%) fue conducido su trabajo de parto y 72 (61%) tuvieron trabajo de parto espontáneo, contando con 109 (92.4%) trabajo de parto regular, 3 (2.5%) trabajo de parto prolongado, 6 (5.1%) detención del trabajo de parto.

Las indicaciones más frecuentes de cesárea en esta gestación fueron 14 (11.9%) por sufrimiento fetal, 4 (3.4%) para falta de progresión del trabajo de parto, 4 (3.4%) por cérvix no favorable para la inducción del trabajo de parto, 3 (2.5%) por oligohidramnios, 2 (1.7%) por elección.

Tabla 7 Indicaciones de cesárea en gestación actual en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No. 2

VARIABLES	FRECUENCIA
<i>Indicaciones</i>	
Sufrimiento fetal, <i>n</i> (%)	14 (11.9)
Falta de progresión del trabajo de parto, <i>n</i> (%)	4 (3.4)
Cérvix no favorable, <i>n</i> (%)	4 (3.4)
Oligohidramnios, <i>n</i> (%)	3 (2.5)
Elección, <i>n</i> (%)	2 (1.7)

Fuentes: Expediente clínico

Del total de pacientes, 86 (72.8 %) no presentaron ninguna complicación durante o después del trabajo de parto o cesárea, 25 (21.1%) presentaron al menos una complicación y 7 (5.9%) presentaron dos complicaciones. Las complicaciones reportadas más frecuentes fueron 11 (9.3%) quienes presentaron atonía uterina donde 7 (5.9%) desarrollaron hemorragia obstétrica, 10 (8.4%) clasificaron para algún trastorno hipertensivo asociado con el embarazo, 2 (1.7%) presentaron asfixia perinatal, 1 (0.8%) presentaron retención placentaria y sólo 1 (0.8%) paciente presentó desgarro vaginal severo.

El total de pacientes con resolución del embarazo vía vaginal sin complicaciones reportadas fueron 68 (57.6 %), mientras que las 23 (19.4%) restantes con nacimientos vía vaginal presentaron al menos una complicación siendo reportadas en 9 (7.6%) pacientes con atonía uterina donde 6 (5%) de ellas presentaron hemorragia obstétrica, retención placentaria en 2 (1.7%), 3 (2.5%) con hipertensión gestacional, 1 (0.8%) preeclampsia con datos de severidad, 1 (0.8%) asfixia perinatal y 1 (0.8%) desgarro vaginal severo.

Las pacientes que contaron con resolución vía abdominal fueron 16 (13.5%) sin complicaciones, mientras que en 11 (10.1%) de ellas presentaron alguna complicación, contando 4 (3.3%) con hipertensión gestacional, 2 (1.6%) preeclampsias con datos de severidad, 3 (2.5%) atonía uterina, 1 (0.8%) hemorragia obstétrica y 1 (0.8%) asfixia perinatal.

Tabla 8 Complicaciones reportadas en evento obstétrico en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional No. 2

VARIABLES	FRECUENCIA
<i>Complicaciones, Media+DE</i>	1 + 1
Atonía Uterina, <i>n (%)</i>	12 (10.1)
Hemorragia Obstétrica, <i>n (%)</i>	7 (5.9)
Asfixia perinatal, <i>n (%)</i>	2 (1.7)
Desgarro Vaginal, <i>n (%)</i>	1 (0.8)
Trastornos Hipertensivos, <i>n (%)</i>	10 (8.4)
Retención placentaria, <i>n (%)</i>	2 (1.7)

Fuentes: Expediente clínico

VI. DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos en este estudio, se observa que el porcentaje de prueba de trabajo de parto exitosa con antecedente de cesárea previa es mayor al 51.7% en el Hospital General Regional No.2, sin embargo, el autor Lazarou propone el 57.6% dentro de su estudio. Sin embargo, que sigue siendo un porcentaje menor a lo esperado acorde al porcentaje estimado mundial.

Así mismo se demuestra que la edad promedio es menor a la obtenida en la literatura 31 vs 29 años, así como el índice de masa corporal es mayor comparando 24.7 vs 32.2 del total de pacientes acorde al estudio realizado por Lazarou.

Se encontró también una diferencia de 1 semana de gestación contraponiendo 39 vs 38 semanas de gestación, además de mayor tiempo transcurrido entre cesáreas previas evaluando contrastando 3 vs 7 años y menor peso del recién nacido al momento del nacimiento diferenciando 3510 vs 3163 gr al nacimiento.

También se logra destacar la igualdad en la indicación de cesárea en esta gestación, siendo la más común y predominante el sufrimiento fetal durante el trabajo de parto, con únicamente 2 nacimientos con asfixia perinatal reportados, sin diferenciar vía de resolución.

Las complicaciones más comunes reportadas en este estudio fue la atonía uterina, donde 7 de ellas clasificaron para hemorragia obstétrica, sin ameritar intervenciones quirúrgicas o invasivas como medida de resolución.

En este contexto clínico, podemos equiparar el alcance que se tiene al lograr un parto vaginal en pacientes con cesárea previa, logrando así un menor número de complicaciones.

VII. CONCLUSIONES

Se puede destacar el éxito de la prueba de trabajo de parto con 57.6% de éxito, siendo una opción de resolución del embarazo segura y viable dentro del hospital.

También se demostró la relación entre un mayor número de gestaciones previas para la resolución del embarazo vía abdominal, así como el contar con un IMC menor a 32 tiene una relación significativa para obtener una mayor tasa de éxito como propuesta de parto vaginal.

La principal complicación más frecuentes fueron la atonía uterina destacando que dentro de este estudio no ameritaron intervenciones quirúrgicas extras o procedimientos invasivos para su resolución. La segunda complicación más frecuente fueron los trastornos hipertensivos, sin ameritar ingreso a unidad de cuidados intensivos.

Estos hallazgos apoyan la prueba de trabajo de parto al no encontrar complicaciones importantes que contraindiquen la resolución del embarazo por vía vaginal en las pacientes con cesárea previa, por lo que se concluye que sí es una prueba segura a realizar dentro de la unidad hospitalaria al contar con insumos necesarios para su adecuado seguimiento durante y después de la prueba de trabajo de parto y tratamiento oportuno de complicaciones que pudieran presentarse durante o posterior a la prueba.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG. (2019) Vaginal Birth After Cesarean Delivery. The American College Obstetricians and Gynecologist Practice Bullet. Vol. 133(205).
2. Scott, J. (2011) Vaginal Birth After Cesarean Delivery A Common-Sense Approach. Clinic Expert Series. American College of Obstetrics and Gynecologist. Vol. 118: 342-350
3. Ibrahim, B (2020) Women's Perceptions of Barriers and Facilitators to Vaginal Birth After Cesarean in the United States: An Integrative Review. (HH Public Access. Vol. 65(3): 349-361
4. Sargent, J; Caughey, A. (2017) Vaginal Birth After Cesarean Trends: Which Way Is the Pendulum Swinging? Obstet Gynecol N. 44(2017): 655-666
5. Lazarou, A., et al (2021) Vaginal birth after cesarean (VBAC): fear it or dare it? An evaluation of potential risk factors. J. Perinat. Med. 49(7):773-782.
6. Guise, JM (2010) Vaginal Birth After Cesarean New Insights on Maternal and Neonatal Outcomes. The American College Obstetricians and Gynecologist Practice Bullet. Vol. 155
7. Tsakiridis, I., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A., & Dagklis, T. (2018). Vaginal Birth After Previous Cesarean Birth: A Comparison of 3 National Guidelines. Obstetrical & gynecological survey, 73(9), 537–543. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000596>
8. Wu, Y, et al. (2019) Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth. 19:360
9. Carauleanu, A, et al. (2021) Risk management of vaginal birth after cesarean section (Review). Experimental and therapeutic medicine 22: 1111-2021
10. Wingert, A, et al (2019) Clinical interventions that influence vaginal birth after cesarean delivery rates: Systematic Review & Meta-Analysis. BMC Pregnancy and Childbirth. 19:529

11. Zipori, Y., Ben-David, C., Lauterbach, R., Weissman, A., Beloosesky, R., Ginsberg, Y., Weiner, Z., & Khatib, N. (2022). Vaginal birth after cesarean in women with pre-labor rupture of membranes at term. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 35(21), 4065–4070. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1846703>
12. Sabol, B, et al. (2015) Vaginal Birth After Cesarean: An Effective Method to Reduce Cesarean. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Vol. 58(2): 309-319
13. Trojano, G., Damiani, G. R., Olivieri, C., Villa, M., Malvasi, A., Alfonso, R., Loverro, M., & Cicinelli, E. (2019). VBAC: antenatal predictors of success. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 90(3), 300–309. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i3.7623>
14. Parto después de una cesárea. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013
15. Organización Mundial de la salud (2015) Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud.
16. Barber E, ET AL. Indications contributing to the Increasing Cesarean Delivery Rate. *Obstet Gynecol* 2011; 118:29-38
17. Guise, JM (2010) Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Agency for Healthcare Research and Quality. Vol. 10-E003.
18. Barbounaki, S, et al (2021) Vaginal Birth After Cesarean Section (VBAC) Model using Fuzzy Analytic Hierarch Process. *Acta Inform Med*. Vol.29 (9): 275-280
19. Lipschuetz, M., Guedalia, J., Rottenstreich, A., Novoselsky Persky, M., Cohen, S. M., Kabiri, D., Levin, G., Yagel, S., Unger, R., & Sompolsky, Y. (2020). Prediction of vaginal birth after cesarean deliveries using machine learning. *American journal of obstetrics and gynecology*, 222(6), 613.e1–613.e12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.267>

20. Ha, T. K., Rao, R. R., Maykin, M. M., Mei, J. Y., Havard, A. L., & Gaw, S. L. (2020). Vaginal birth after cesarean: Does accuracy of predicted success change from prenatal intake to admission? *American journal of obstetrics & gynecology* MFM, 2(2), 100094. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100094>
21. Sys, D., Kajdy, A., Baranowska, B., Tataj-Puzyna, U., Gotlib, J., Bączek, G., & Rabijewski, M. (2021). Women's views of birth after cesarean section. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 47(12), 4270–4279. <https://doi.org/10.1111/jog.15056>
22. Harris, B. S., Heine, R. P., Park, J., Faurot, K. R., Hopkins, M. K., Rivara, A. J., Kemeny, H. R., Grotegut, C. A., & Jelovsek, J. E. (2019). Are prediction models for vaginal birth after cesarean accurate? *American journal of obstetrics and gynecology*, 220(5), 492.e1–492.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.01.232>
23. Carlsson Fagerberg, M., & Källén, K. (2020). Third-trimester prediction of successful vaginal birth after one cesarean delivery-A Swedish model. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 99(5), 660–668. <https://doi.org/10.1111/aogs.13783>
24. Simeone, S., Stile, F., Assunta, G., Gargiulo, G., & Rea, T. (2019). Experience of Vaginal Birth After Cesarean: A Phenomenological Study. *The Journal of perinatal education*, 28(3), 131–141. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.3.131>
25. Basile Ibrahim, B., Kennedy, H. P., & Holland, M. L. (2021). Demographic, Socioeconomic, Health Systems, and Geographic Factors Associated with Vaginal Birth After Cesarean: An Analysis of 2017 U.S. Birth Certificate Data. *Maternal and child health journal*, 25(7), 1069–1080. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03066-3>
26. Chen X, Mi MY. The impact of a trial of labor after cesarean versus elective repeat cesarean delivery: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2024 Feb

16;103(7):e37156. doi: 10.1097/MD.00000000000037156. PMID: 38363952; PMCID: PMC10869045.

27. Sarwar, I., Akram, F., Khan, A., Malik, S., Islam, A., & Khan, K. (2020). Validity Of Transabdominal Ultrasound Scan In The Prediction Of Uterine Scar Thickness. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad : JAMC*, 32(1), 68–72.

IX. ANEXOS

EXCEPCIÓN A LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
19 de enero de 2024	
Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al comité de Ética en investigación de Hospital General Regional No. 2 que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación ÉXITO EN LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 2, es una propuesta de investigación sin riesgo que implican las recolecciones de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos: a) Nombre b) Número de seguridad social c) Edad d) Gestas e) Edad gestacional f) Comorbilidades g) Indicación de cesáreas previas MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS En aspecto a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla y mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo. La información recibida será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo propuesto cuyo propósito es producto comprometido. (Tesis, artículo, cartel, presentación, etc) Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables. Atentamente Dra Laura de la Rosa Contreras  Categoría contractual: Médico no familiar Investigador(a) responsable	

CARTA DE NO INCONVENIENTE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Carta de no inconveniencia

OOAD, Estatal en Querétaro
Hospital General Regional No. 1
Servicio de Ginecología y Obstetricia

21-ENERO-2024

Fecha: _____

Comité Local de Investigación en Salud 2021
Comité de Ética en Investigación del HGR 1.
Presente

En mi carácter de Director (a) General del **Hospital General Regional No. 2, Dr Aldo Enriquez Osorio** declaro que no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en esta Unidad, el protocolo de investigación con título **“ÉXITO EN LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 2”** que será realizado por **Dra. Laura de la Rosa Contreras** como Investigador (a) Responsable en caso de que sea aprobado por ambos Comités de Evaluación.

A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, recursos financieros y personal capacitado para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del protocolo autorizado.

Sin otro particular, reciba con el presente un saludo cordial.

Atentamente

Dr. Aldo Enriquez Osorio
Director General del Hospital General Regional No. 2, El Marqués, Querétaro
OOAD, Estatal en Querétaro

Elaboró: Dra. Laura de la Rosa Contreras
CAMIS, OOAD Estatal en Querétaro

Supervisó: Dra. Dayana Stephanie De Castro Garcia
CCEIS, HGR2, OOAD Estatal en Querétaro

El Marqués Qro, a 29 de septiembre del 2025

Comité Local de Investigación en Salud

Presente:

Estimados integrantes del comité de investigación, por medio del presente informo a ustedes que el protocolo de investigación “ÉXITO EN LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 2”, del cual soy director, se encuentra terminado con los requisitos necesarios para su validación.

Sin otro particular, reciba con el presente un saludo cordial.

Atentamente



Dr(a). DRA. LAURA DE LA ROSA CONTRERAS
Investigador responsable (Director de tesis)



Dr(a). KARLA LIZETH LINARES ARELLANO
Investigador principal (Residente)