

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**



**PERFIL CLINICO Y RESULTADOS MATERNOS - FETALES DE LAS
GESTANTES QUE VERIFICARON PARTO VAGINAL POSTERIOR A
CESAREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER EN EL
PERIODO DE 2020-2024.**

**Presentado por:
Dra. Blanca Judith De León Santos**

**Para Optar al Título de:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**Asesor de tesis:
Dra. Rhina Elsy Chacon de Arevalo**

**CIUDAD UNIVERSITARIA "DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA" EL
SALVADOR, DICIEMBRE DE 2025.**

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla.

VICERRECTORA ACADEMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias.

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Cataneda.

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

Dr. C. Franklín Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Dr. C. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Giovanni Alexander Polanco García

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.SC. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

INDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCION	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACION	5
ANTECEDENTES.....	7
OBJETIVOS	10
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
METODOLOGIA.....	11
➤ TIPO DE ESTUDIO.....	11
➤ UBICACIÓN O AREA DE ESTUDIO	11
➤ PERIODO DE INVESTIGACION	11
➤ POBLACION DE ESTUDIO	11
➤ MUESTRA.....	11
➤ CRITERIOS DE INCLUSION.....	11
➤ CRITERIOS DE EXCLUSION.....	12
➤ PLAN DE RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS	12
➤ MECANISMO Y RESGUARDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS .	12
RESULTADOS	14
DISCUSION DE RESULTADOS.....	26
CONCLUSIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30
ANEXOS	34

RESUMEN

El aumento progresivo de cesáreas a nivel mundial y en El Salvador ha generado un incremento de complicaciones materno-fetales asociadas a la vía abdominal, lo que ha impulsado la promoción del parto vaginal posterior a cesárea (PVPC) como una alternativa segura cuando se cumplen criterios clínicos adecuados. Sin embargo, no existían estudios locales que describieran el perfil clínico ni los resultados de estas pacientes. El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil clínico, los factores de éxito y las complicaciones maternas y fetales en mujeres que verificaron PVPC en el Hospital Nacional de la Mujer durante el periodo 2020–2024.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, basado en revisión de expedientes clínicos de 71 pacientes que cumplieron criterios de inclusión. Se analizaron antecedentes obstétricos, quirúrgicos, comorbilidades, parámetros al ingreso y puntaje de Flamm, utilizando estadística descriptiva.

Los resultados mostraron que la mayoría de las pacientes tenía un solo antecedente de cesárea (97%) y no presentaba comorbilidades (90%) Entre quienes contaban con datos antropométricos, predominó la obesidad grado I (17%). Los principales factores asociados al éxito fueron dilatación ≥ 4 cm (56%), borramiento $\geq 75\%$ (65%), indicación previa de cesárea no recurrente principalmente sufrimiento fetal agudo (52%) y un puntaje de Flamm de 6–7 en el 72%, equivalente a un 88% de probabilidad de éxito. Las complicaciones maternas fueron mínimas (hemorragia, transfusión e intervención quirúrgica, un 1% cada una), mientras que las complicaciones fetales y neonatales fueron bajas, destacando 3% muertes fetales/neonatales y un 1% de sepsis neonatal y distrés respiratorio.

En conclusión, el PVPC demostró ser una estrategia segura y con alta probabilidad de éxito en esta población, resaltando la importancia de una adecuada selección clínica y la aplicación sistemática del puntaje de Flamm.

Palabras Clave: Parto vaginal posterior a cesárea, puntaje de Flamm, Perfil clínico, Complicaciones maternas, complicaciones fetales, factores de éxito para parto vaginal.

INTRODUCCION

El parto por cesárea se ha convertido en una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en la práctica obstétrica moderna. Durante décadas, la presencia de una cesárea previa fue considerada una contraindicación casi absoluta para intentar un parto vía vaginal, lo que llevó a un incremento sostenido y significativo en las tasas de cesárea a nivel mundial. Esta tendencia, reconocida por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha generado preocupación debido al aumento paralelo de complicaciones maternas y neonatales asociadas a la vía abdominal, especialmente cuando se practican cesáreas repetidas.

En respuesta a este panorama, diversas instituciones de salud internacionales y nacionales han impulsado la promoción del parto vaginal posterior a cesárea (PVPC) como una alternativa segura y eficaz para disminuir las tasas de cesárea, siempre que se cumplan criterios clínicos estrictos. La evidencia disponible demuestra que el PVPC puede alcanzar porcentajes de éxito entre el 65% y el 80%, con riesgos maternos y fetales comparables a los del parto vaginal en mujeres sin cesárea previa, cuando la selección de la paciente es adecuada y se cuenta con condiciones hospitalarias óptimas para su atención.

En El Salvador, el Hospital Nacional de la Mujer, como centro de referencia de tercer nivel en ginecología y obstetricia, atiende un volumen significativo de partos y concentra la mayoría de pacientes que optan por un intento de parto vaginal después de una cesárea. Sin embargo, hasta el momento no existían estudios locales que describieran de manera sistemática los resultados maternos y fetales de estas pacientes ni su perfil clínico, a pesar de que la información es crucial para fortalecer la toma de decisiones clínicas y promover prácticas obstétricas seguras.

Frente a este vacío de conocimiento, el presente estudio se planteó con el propósito de caracterizar el perfil clínico y documentar los resultados maternos y fetales de las gestantes que verificaron un parto vaginal posterior a una cesárea en el Hospital Nacional de la Mujer durante el periodo 2020–2024. Además, se buscó identificar los principales factores asociados al éxito del PVPC mediante la aplicación del puntaje de FLAMM, herramienta internacionalmente validada para predecir la probabilidad de culminar satisfactoriamente la vía vaginal.

Contar con esta información permitirá no solo evaluar la seguridad y eficacia del PVPC en el contexto nacional, sino también generar evidencia local que contribuya a optimizar protocolos institucionales, fomentar la toma de decisiones informada y promover estrategias orientadas a reducir la tasa de cesáreas, fortaleciendo así la calidad de la atención obstétrica en el país.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cesárea se ha convertido durante los últimos años en una de las vías más comunes para la evacuación fetal y es casi por rutina que durante años y en algunos países el antecedente de una cesárea condicionará a que el parto en curso tuviese la misma vía de evacuación. (1)

Durante los últimos años se ha intentado introducir el termino de Parto vaginal posterior a cesárea con el fin de romper con ese estigma de que todo parto posterior a una cesárea previa debe de finalizar en la misma vía de evacuación fetal.

Se han realizado grandes esfuerzos a nivel mundial tanto por la OMS como por los distintos organismos de salud para intentar reducir las tasas de cesárea y permitir que esta se encuentre entre el 10-15% establecido por la Organización Mundial de la Salud en la “Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea” en el año 2015 (2), así como también se ha intentado orientar y educar no sólo a las pacientes sino también a todo personal de salud que posterior a una cesárea puede perfectamente intentarse un parto vía vaginal, planteando así los beneficios en la recuperación y disminución de complicaciones que conlleva un procedimiento quirúrgico más invasivo.

Durante años muchas pacientes han sido objeto de estudios en los que se ha logrado comprobar lo exitoso que puede resultar un parto vaginal posterior a una cesárea y las pacientes que cumplen los criterios para optar por esta vía del parto entre algunos que pueden mencionarse como son el período intergenésico no menor de 18 meses, indicación previa de la cesárea que no se debe repetir, el inicio espontáneo del trabajo de parto entre otros.

Hoy en día se continúan los esfuerzos para disminuir las tasas de cesáreas en el mundo y los estudios encaminados a demostrar los beneficios y el éxito de un parto vaginal posterior a una cesárea y se ha logrado evidenciar que cada día hay más mujeres dispuestas a intentarlo.

Por tanto a través de esta investigación se propone solventar la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los resultados materno-fetales obtenidos en los partos vaginales posterior a una cesárea previa

JUSTIFICACION

La importancia de este estudio radica en poder exponer la gran cantidad de complicaciones secundarias a un procedimiento invasivo como la cesárea, muchas de las cuales pueden llegar a ser mortales y corroborar cuales son los resultados que se obtienen en aquellas pacientes cuyo parto vía vaginal posterior a una cesárea ha sido documentado.

Ya que según la OMS la tasa de cesárea ha ido en aumento conforme a los años esta se asocia incluso al nivel socioeconómico, en un mundo donde se plantea como porcentaje ideal 10-15% de cesáreas en cuanto al total de partos (2).

Hoy en día se ha evidenciado como muchas pacientes prefieren una vía de finalizaron del embarazo abdominal sin tener en cuenta los distintos tipos de complicaciones que podrían surgir de esto. Cada año, 1.2 millones de mujeres en Estados Unidos dan a luz por cesárea, y alrededor de 517,000 de estos partos son cesáreas repetidas (3). La idea es poder señalar todos los beneficios obtenidos en un parto vaginal, así como el hecho de que una recuperación se vuelve más rápida y segura para las pacientes. Algunos estudios realizados en norte América han reportado que en 2013, la tasa de éxito para las mujeres en los EE. UU. que intentaron una prueba de trabajo de parto después de una cesárea previa fue del 70 %. (4)

En esta época hay múltiples esfuerzos a nivel mundial para promover el parto vaginal posterior a la cesárea siempre y cuando esté sea posible de llevar a cabo. Solo en el Hospital nacional de la mujer para el semestre de enero a junio de 2023 se cuantificaron 1618 cesáreas y 1314 partos vaginales con un porcentaje de 55 % vrs 45% respectivamente. Con un total de partos de 2932 solo en un semestre, datos emitidos en el Informe de resultados de enero a junio del 2023 del Hospital Nacional de la mujer. (5)

Ha resultado de gran relevancia la realización de este estudio a nivel no solo nacional sino también a nivel institucional ya que nunca se habían estudiado los resultados tanto maternos como fetales que se han obtenido en nuestro centro posterior a un parto vaginal que ha surgido en el contexto de una cesárea previa, cabe mencionar que el Hospital de la mujer siendo el único clasificado como tercer nivel de atención en ginecología y obstetricia en El Salvador es el que mayormente atiende partos vaginales posterior a una cesárea previa e incluso casi de manera exclusiva.

Al momento no existían estudios a nivel país sobre este tema y no se había logrado en ningún momento previo estimar el porcentaje de éxito de una paciente con cesárea previa que está intentando parto vía vaginal, así como no se había construido el perfil clínico de las mismas pacientes que han culminado con éxito un parto vaginal posterior a una cesárea anterior. En estudios de otros países sudamericanos se han reportado resultados maternos adversos en solo el 1% de las pacientes con parto vaginal posterior a cesárea, en las cuales la más temida es siempre la ruptura uterina (6).

Durante los últimos años con el advenimiento de cambios en el sistema de salud se ha intentado incorporar a la práctica la promoción de un parto vaginal seguro a todas las pacientes desde el primer nivel de atención, ya que rara vez es atendido en otro centro que no sea el tercer nivel, y siendo el Hospital Nacional de la Mujer el que constituye dicho nivel de atención lo convirtió en terreno fértil para esta investigación y permitió recabar la mayor cantidad de datos posibles sobre los resultados de partos vaginales posterior a una cesárea atendidos cada año durante el último quinquenio.

ANTECEDENTES

La cesárea constituye uno de los procedimientos quirúrgicos más practicados en obstetricia moderna y su frecuencia ha aumentado de manera significativa en las últimas décadas en todo el mundo. Aunque inicialmente se reservaba para situaciones materno-fetales que comprometían la vida, el desarrollo tecnológico, los avances en asepsia, anestesia y antibióticos, así como cambios en la práctica clínica, han ampliado sus indicaciones. Históricamente, la cesárea experimentó una evolución trascendental desde sus inicios en la antigüedad grecolatina, cuando era considerada un procedimiento in extremis y asociado a alta mortalidad. A partir del siglo XX, su seguridad mejoró sustancialmente con la introducción de la antibióticoterapia, las transfusiones sanguíneas y el perfeccionamiento de las técnicas de histerorrafia.

A pesar de estos avances, múltiples organismos internacionales entre ellos la Organización Mundial de la Salud (OMS) han advertido que el aumento progresivo de las tasas de cesárea no se acompaña necesariamente de mejores resultados materno-perinatales. Desde la publicación de la Declaración sobre Tasas de Cesárea en 2015, la OMS sostiene que las tasas superiores al 10–15 % no justifican beneficios clínicos adicionales. No obstante, la cesárea se ha convertido en una práctica prevalente incluso en embarazos de bajo riesgo, contribuyendo a un incremento acumulativo de complicaciones en gestaciones posteriores, tales como placenta previa, acretismo placentario, adherencias pélvicas, mayor riesgo de hemorragia y necesidad de histerectomía periparto.

En este escenario surge el Parto Vaginal Posterior a Cesárea (PVDC), también conocido como VBAC (Vaginal Birth After Cesarean). Este constituye una alternativa clínicamente viable y segura para mujeres seleccionadas que presentan antecedente de una cesárea segmentaria transversa. La aceptación del PVDC se ha fortalecido en las últimas décadas, especialmente desde que se demostrara que la tradicional máxima de Cragin en 1916 “una vez cesárea, siempre cesárea” era clínicamente restrictiva y no sustentada por evidencia contemporánea. La literatura actual muestra que entre el 65 % y el 80 % de las mujeres sometidas a una prueba de trabajo de parto después de cesárea (TOLAC) logran un parto vaginal exitoso, porcentaje que se incrementa hasta un 87–90 % cuando existe antecedente de parto vaginal previo a la cesárea o posterior a ella.

La selección adecuada de candidatas al PVDC es un aspecto crítico y se ha estudiado ampliamente mediante análisis de cohortes, estudios retrospectivos, sistemas de puntuación y modelos predictivos. Entre ellos, el puntaje de Flamm, desarrollado en 1997, ha demostrado ser uno de los predictores más robustos del éxito del PVDC, integrando variables como edad materna, antecedente de parto vaginal, borramiento y dilatación cervical al ingreso, así como la indicación de la cesárea previa. Este sistema permite estratificar el riesgo y orientar la toma de decisiones basada en parámetros objetivos. Por ejemplo, puntajes de 0–2 se asocian con un éxito del 49 %, mientras que puntajes de 6–10 se vinculan con probabilidades de éxito entre 88 % y 95 %.

Otros factores identificados en la literatura como predictores de éxito incluyen el inicio espontáneo del trabajo de parto, el índice de masa corporal adecuado, la ausencia de macrosomía fetal, el intervalo intergenésico mayor de 18 a 24 meses y que la indicación de la cesárea previa no haya sido una distocia de la dilatación o del descenso.

En relación con la seguridad del PVDC, la complicación más temida es la ruptura uterina, cuya incidencia oscila entre 0.2 % y 1.5 % en pacientes con una cesárea segmentaria transversa previa. Aunque poco frecuente, esta complicación puede generar consecuencias materno-fetales graves, incluyendo hemorragia masiva, histerectomía y compromiso hipóxico neonatal. Sin embargo, estudios poblacionales y revisiones sistemáticas han demostrado que el riesgo absoluto es bajo cuando la selección de pacientes es adecuada y el seguimiento intraparto se realiza con monitorización fetal continua, disponibilidad de equipo quirúrgico inmediato y protocolos institucionales establecidos. Otros riesgos como dehiscencia uterina, infecciones, hemorragia obstétrica o necesidad de transfusión muestran incidencia más baja en PVDC exitoso en comparación con la cesárea iterativa.

En Latinoamérica, varios estudios particularmente en Perú, Colombia, Chile y Ecuador han documentado tasas de éxito de PVDC entre 69 % y 84 %, con morbilidad materna y neonatal mínima. Investigaciones como las de García et al. (2007) reportan más del 95 % de partos vaginales sin complicaciones significativas y sólo 1 caso de ruptura uterina entre más de 400 pacientes analizadas. Asimismo, estudios más recientes han identificado asociaciones estadísticamente significativas entre el éxito del PVDC y variables como inicio espontáneo del trabajo de parto, edad materna menor de 30 años, Bishop favorable y antecedente de parto vaginal previo.

En El Salvador, particularmente en el Hospital Nacional de la Mujer, no existen estudios previos que documenten el perfil clínico de las gestantes con antecedente de cesárea que lograron un PVDC ni los resultados maternos y perinatales asociados a este proceso. Aunque este hospital constituye el principal centro de atención de tercer nivel en ginecología y obstetricia del país, la información institucional disponible muestra una alta prevalencia de cesáreas 55 % frente a 45 % de partos vaginales para el año 2023, pero carece de análisis específicos sobre el subgrupo de mujeres que intentan y completan un parto vaginal posterior a cesárea. Esta ausencia de evidencia local dificulta la generación de lineamientos nacionales y limita la asesoría basada en resultados propios de la población atendida.

Dado que la evaluación del perfil clínico y los resultados del PVDC puede permitir el establecimiento de mejores criterios de selección, optimizar los protocolos institucionales, disminuir cesáreas iterativas innecesarias y mejorar la seguridad materno-perinatal, se vuelve indispensable generar investigación contextualizada a la realidad salvadoreña. En este sentido, el presente estudio constituye un aporte relevante para la construcción de evidencia local, permitiendo caracterizar a las gestantes que han logrado un PVDC en el Hospital

Nacional de la Mujer durante el periodo 2020–2024, así como determinar los factores asociados al éxito y las complicaciones derivadas del proceso. Esto contribuirá de manera significativa al fortalecimiento de la práctica obstétrica basada en evidencia y al diseño de estrategias de reducción de la tasa de cesáreas en el país

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer el perfil clínico y los resultados maternos - fetales en las gestantes que verificaron parto vaginal posterior a una cesárea en el Hospital Nacional de la Mujer durante el periodo de 2020-2024

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el perfil clínico de las pacientes con parto vaginal posterior a una cesárea.
- Describir los factores de éxito para parto vaginal en una paciente con cesárea previa, mediante el índice de FLAMM.
- Identificar las complicaciones maternas y fetales asociadas al parto vaginal posterior a una cesárea previa.

METODOLOGIA

➤ TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo de corte transversal y retrospectivo.

➤ UBICACIÓN O AREA DE ESTUDIO

Hospital Nacional de la Mujer ubicado en la 25 Avenida Sur y Calle Francisco Menendez Barrio Santa Anita, San Salvador San Salvador.

➤ PERIODO DE INVESTIGACION

Enero-diciembre de 2020-2024

➤ POBLACION DE ESTUDIO

Pacientes ingresadas en el servicio de puerperio con antecedente de parto por cesárea que posteriormente verificaron parto via vaginal, durante el periodo de enero a diciembre de 2020-2024.

Según datos de ESDOMED en el año 2023 se registraron más de 2932 partos de los cuales 1314 fueron por via vaginal ingresados en el servicio de puerperio, de los cuales únicamente 16 cumplen con ser partos vaginales posterior a cesárea en el periodo de este año, en total se cuantificaron 78 partos vaginales posterior a cesárea en el periodo mencionado, sin embargo únicamente 71 cumplieron los criterios previstos.

➤ MUESTRA

Población De acuerdo con la revisión de censos de partos y datos de ESDOMED se documentaron 78 partos vaginales posterior a cesarea en el periodo de 2020-2024 ya que la muestra es menor a 200, se tomó el 100% de la población que cumplía con los criterios de inclusión, dando así un total de 71 partos vaginales posterior a cesárea.

➤ CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes que verificaron parto vaginal en Hospital Nacional de la Mujer posterior a un parto por cesárea.
- Toda paciente con reporte de parto vaginal actual en físico constatado en expediente clínico.
- Paciente que haya verificado parto vaginal posterior a cesárea atendido en primer nivel de atención que posteriormente haya sido referida y hospitalizada en el servicio de puerperio.

➤ **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Expediente incompleto.
- Parto vaginal posterior a cesárea que no pueda documentarse.
- Parto extrahospitalario.

➤ **PLAN DE RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS**

Posterior a la aprobación del protocolo por el comité de investigación y comité de ética, se solicitó permiso al Director del Hospital Nacional de la Mujer para poder acceder a la información de los expedientes clínicos, luego se realizó la revisión de expedientes a partir del mes de abril del presente año 2025 en ESDOMED obteniendo los datos que figuraban en el instrumento de investigación.

Posteriormente se elaboró la base de datos en el programa Excel 2010 haciendo un adecuado vaciado de la misma a partir de cada instrumento de recolección de información. Además, se realizaron tablas y gráficas de cada variable para su posterior análisis estadístico descriptivo a través de medidas de tendencia central y construcción del informe final con sus resultados y posteriormente su socialización.

➤ **MECANISMO Y RESGUARDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS**

En base a la declaración universal de Bioética y derechos humanos, establece en su artículo número 8 que para aplicar el conocimiento científico debe sobre guardarse la vulnerabilidad humana, de igual forma en su artículo 7 hace referencia al derecho de todo ser humano de dar o denegar su consentimiento informado para participar en un proceso de investigación.

En el artículo 15 establece que todos los resultados obtenidos de una investigación y que beneficien a la población deben por tanto darse a conocer públicamente respetando siempre la identidad de los sujetos que han participado para realizar la misma.

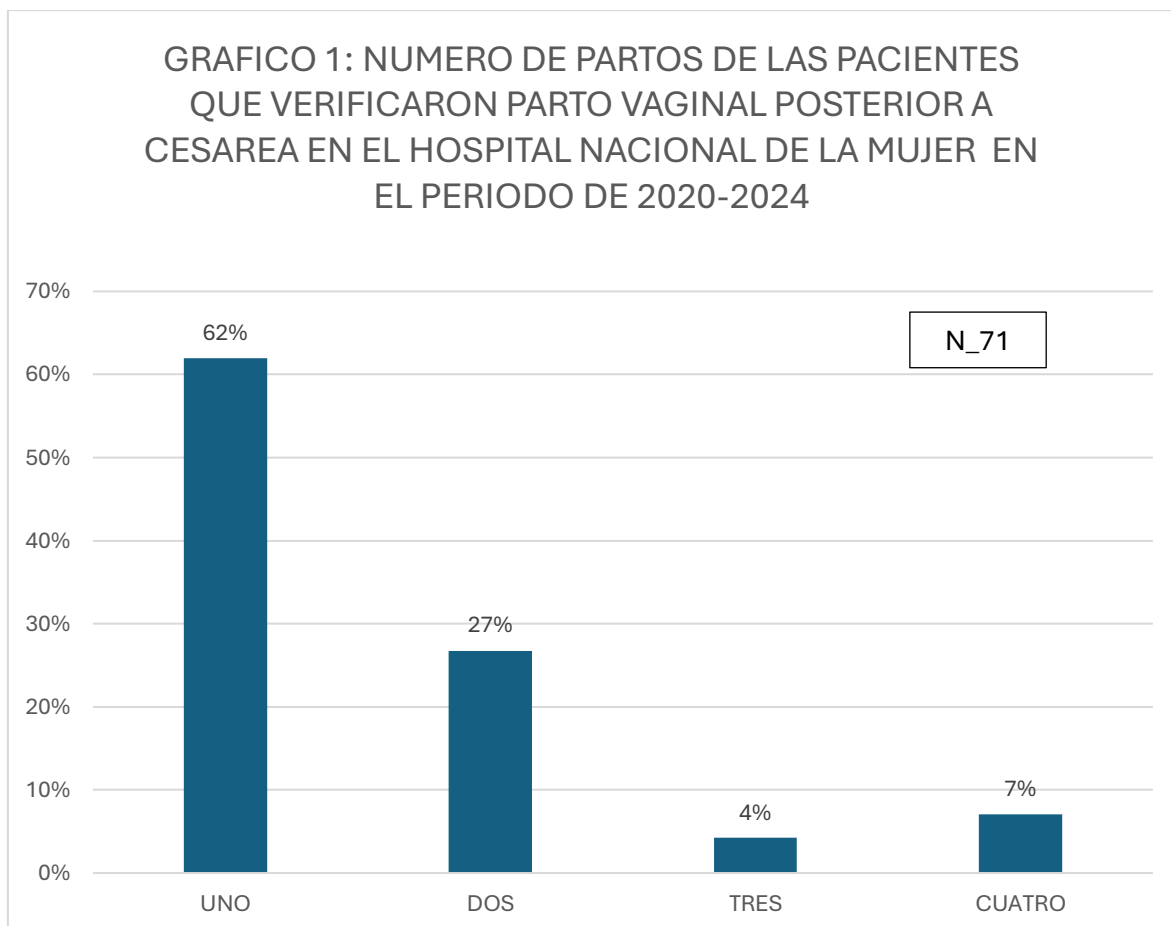
Por tanto, nos permitimos establecer:

- ✓ Que en el proceso de esta investigación se resguardo siempre la identidad de todas las personas involucradas en la obtención de los datos, no revelando jamás los hallazgos encontrados en los expedientes clínicos con el nombre de quien pertenecen.
- ✓ Debido a que la investigación se hizo en base a una recopilación documental y no se tuvo contacto alguno con las pacientes de quienes se obtendrán los datos, no se llenó un formulario de consentimiento informado, pero se garantizó la confidencialidad de los datos

- ✓ Tiene acceso a esta investigación toda aquella persona que lo desde en el momento de publicación de los datos y resultados definitivos de dicho proceso.
- ✓ Los investigadores tuvieron acceso a expedientes clínicos, reportes quirúrgicos y de atención del parto únicamente mientras duro el proceso de investigación el cual correspondió a más o menos 3 años mientras se llevo a cabo el proceso de investigación.
- ✓ Al finalizar la investigación se resguardará la información durante un periodo de 5 años periodo durante el cual podrá accederse a estos y luego serán descartados.

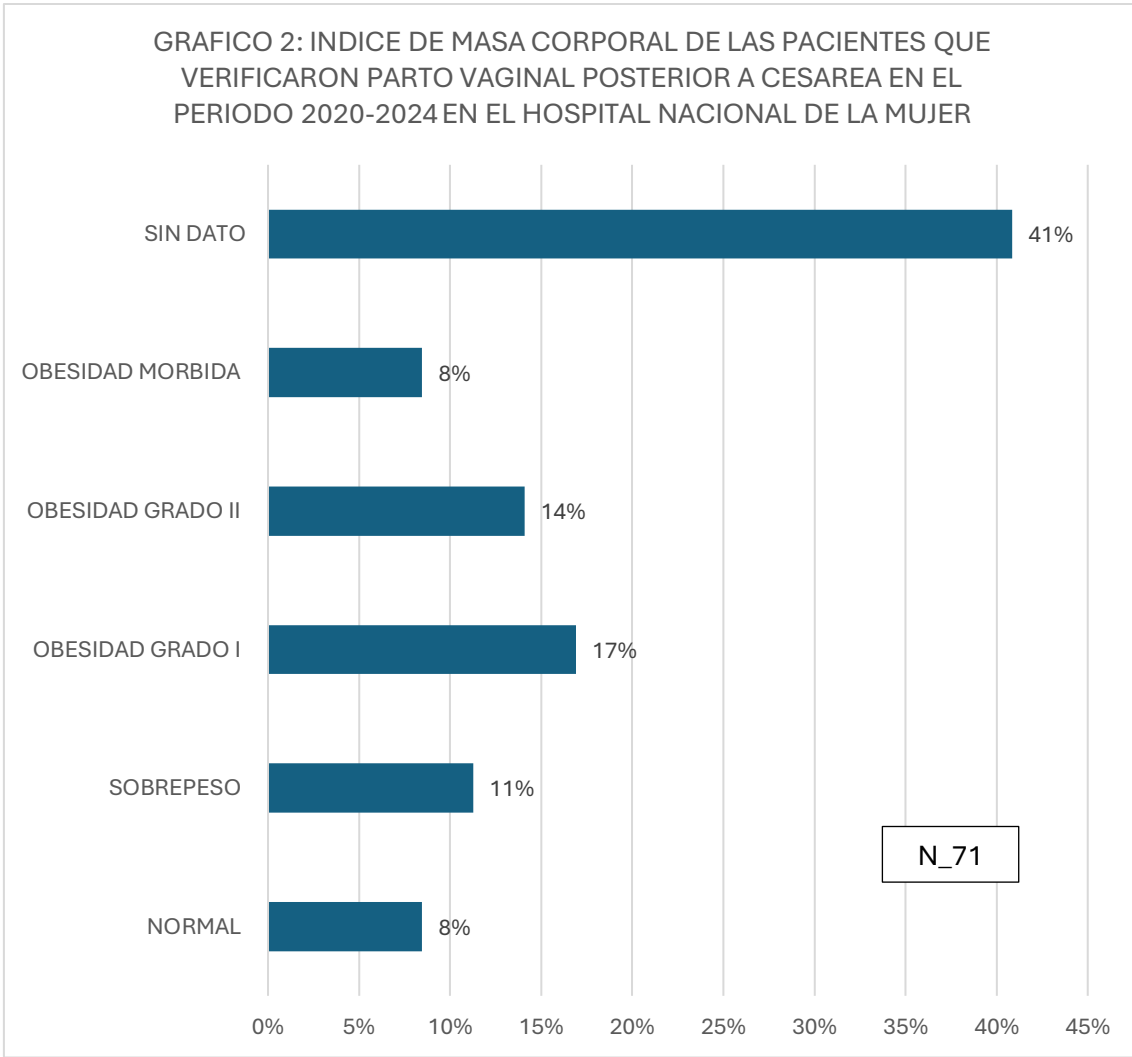
RESULTADOS

Objetivo 1: Identificar el perfil clínico de las pacientes con parto vaginal posterior a una cesárea.



FUENTE: ESDOMED 2020-2024 HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER

GRAFICO 1: Las pacientes que verificaron parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional de la mujer en el periodo de 2020-2025, el 62% habían verificado solo 1 parto previo que correspondía a la cesárea anteriormente realizada.



FUENTE: ESDOMED 2020-2024 HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER

GRAFICO 2: Las pacientes que verificaron parto vaginal posterior a cesárea, presentaban en su mayoría un grado de obesidad, el 17% correspondía a Obesidad grado I, sin embargo, cabe recalcar que del 41% de pacientes no pudo verificarse el dato del peso y talla por lo que no es posible establecer concretamente si esta tendencia prevaecía en el resto de las pacientes estudiadas.

TABLA 1: COMORBIDOS DE LAS PACIENTES QUE VERIFICARON PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA EN EL PERIODO 2020-2024 EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER

COMORBILIDAD	N	PORCENTAJE
HIPERTENSION ARTERIAL	4	6%
HIPERTIROIDISMO	2	3%
SIN DATO	1	1%
SIN COMORBIDO	64	90%
TOTAL	71	100%

FUENTE: ESDOMED 2020-2024 HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER

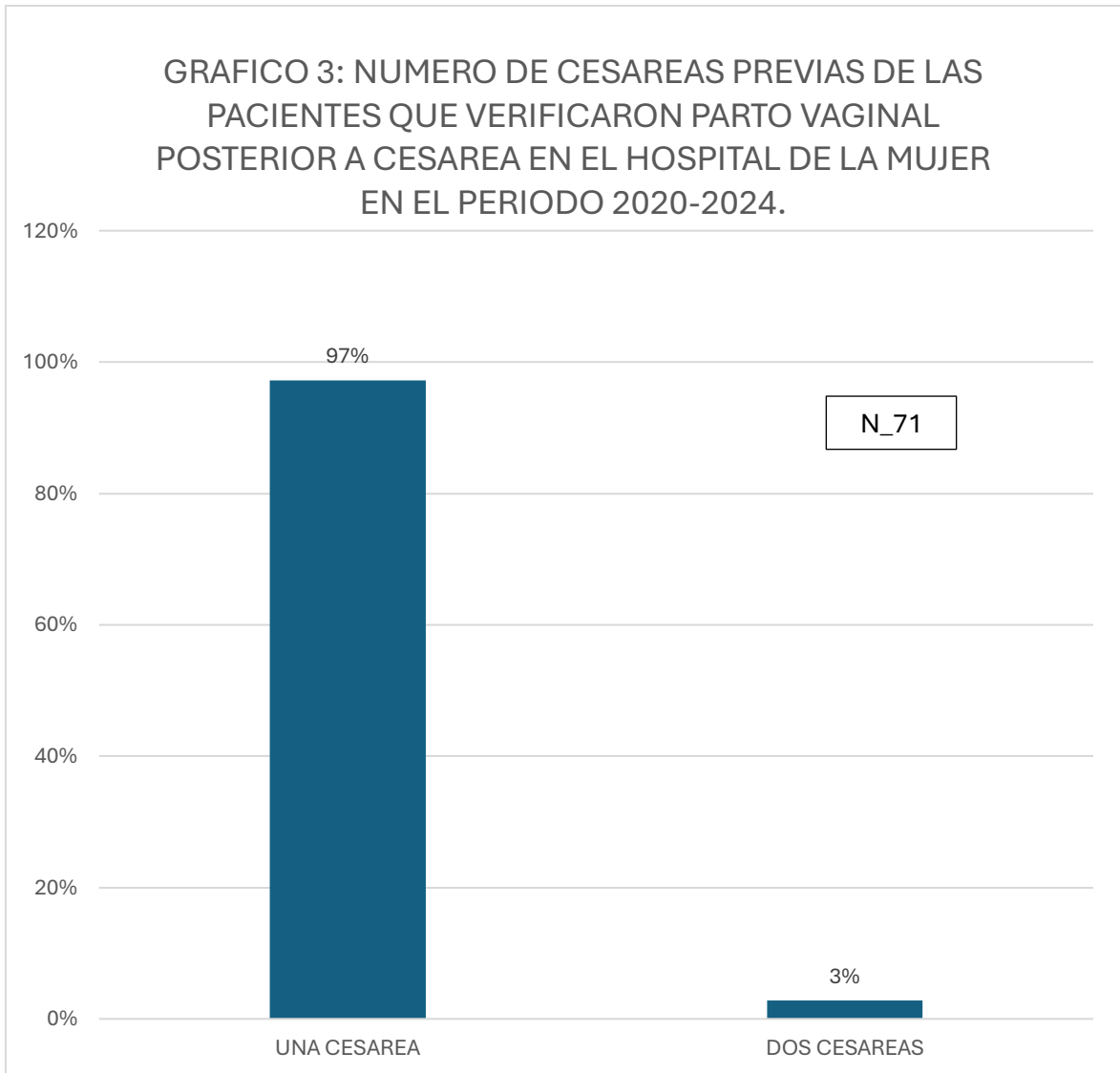
TABLA 1: Las pacientes atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer que verificaron parto vaginal posterior a cesárea el 90% no poseían comórbidos, de las que fueron identificadas el presentaban hipertensión arterial represento un 6% convirtiéndose así en la comorbilidad prevalente.

TABLA 2: ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE LAS PACIENTES QUE VERIFICARON PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER EN EL PERIODO DE 2020-2024.

CIRUGIA REALIZADA	N	PORCENTAJE
MIOMECTOMIA	2	3%
LAPAROTOMIA	1	1%
SIN DATO	1	1%
SIN OTRO ANTECEDENTE QUIRURGICO	67	94%
TOTAL	71	100%

FUENTE: ESDOMED 2020-2024 HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER

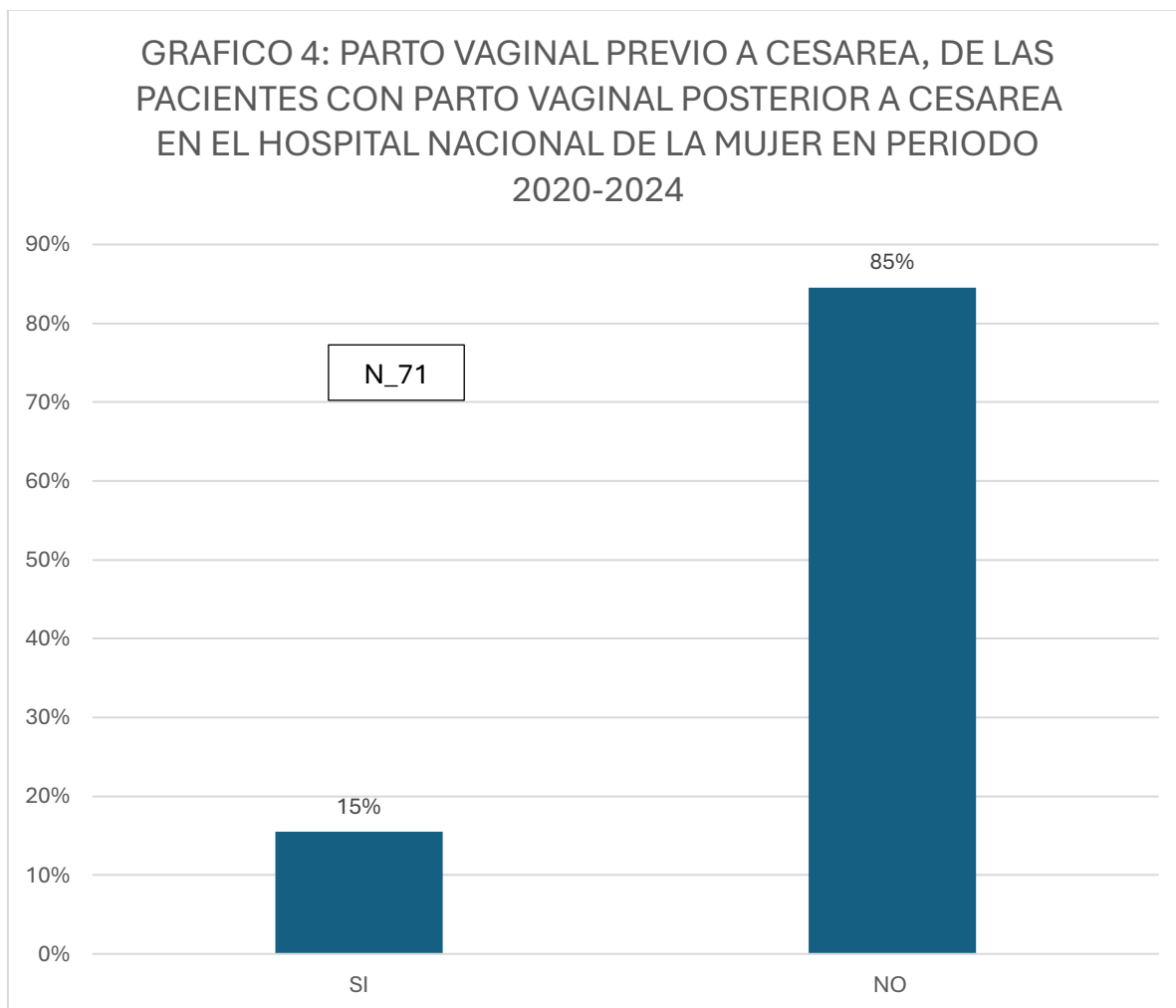
TABLA 2: Dentro de los antecedentes quirúrgicos de importancia en las pacientes que verificaron parto vaginal posterior a cesárea se logró identificar que del total de pacientes únicamente el 3% se les había realizado previamente una miomectomía, sin embargo el 94% no poseía antecedentes quirúrgicos diferentes a la cesárea previa realizada.



FUENTE: ESDOMED 2020-2024 HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER.

GRAFICO 3: De las pacientes con parto vaginal posterior a cesáreas atendidas en el Hospital Nacional de la mujer durante el periodo de 2020-2024 el 97% tenía únicamente una cesárea previamente realizada, sin embargo, cabe recalcar que el 3% de estas tuvo por antecedente 2 cesáreas previas.

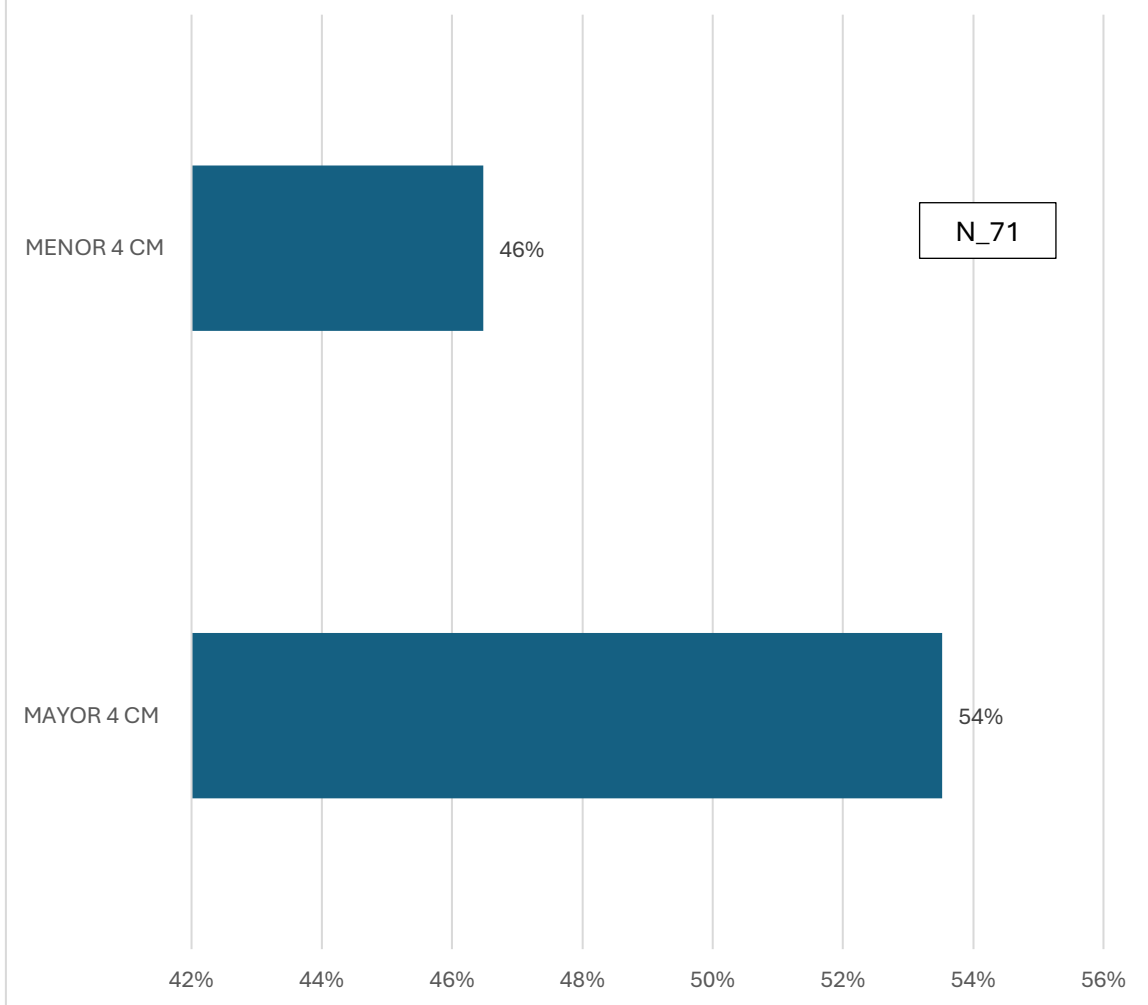
Objetivo 2: Describir los factores de éxito para parto vaginal en una paciente con cesárea previa, mediante el índice de FLAMM.



FUENTE: ESDOMED 2020-2024 HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER

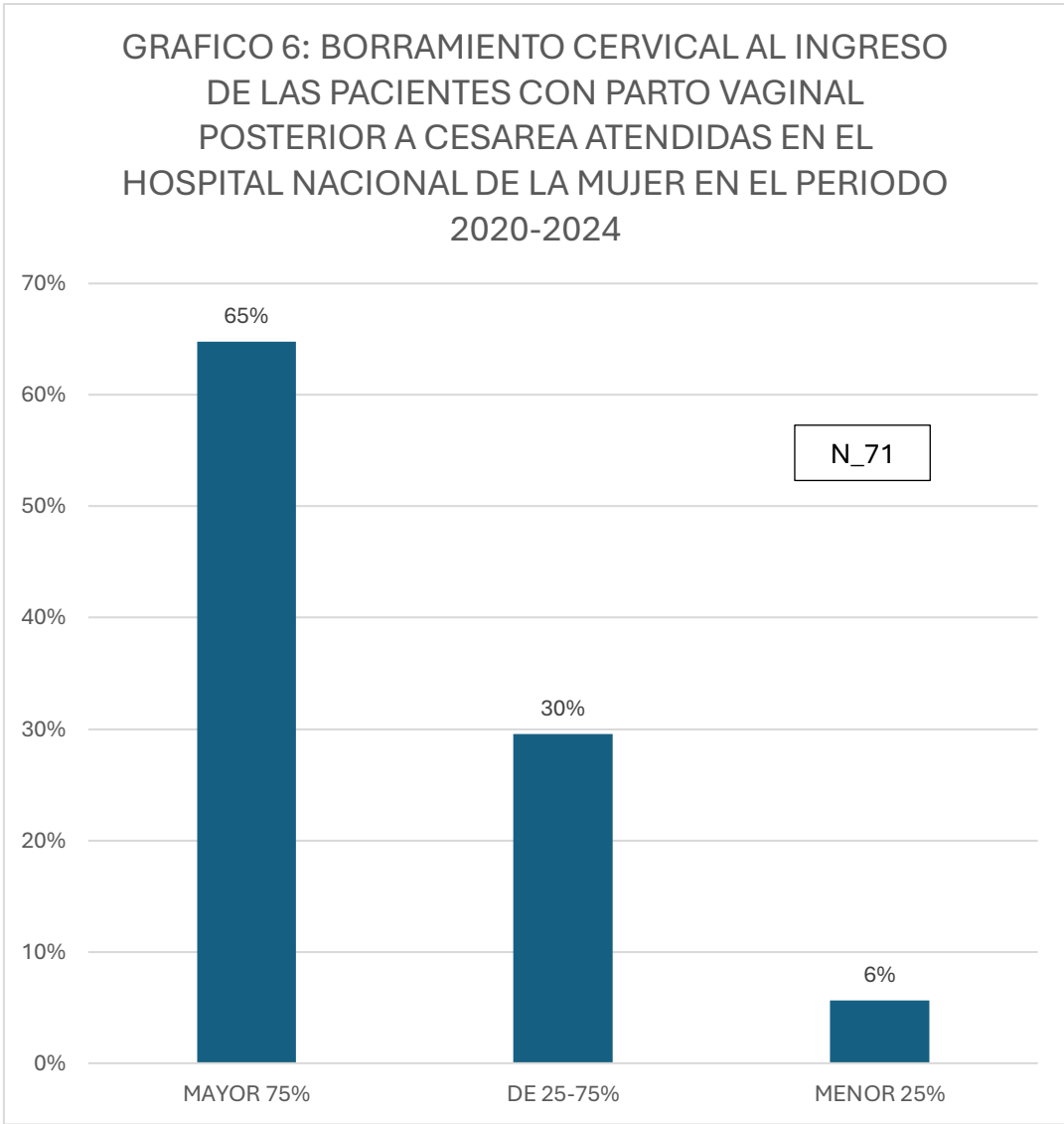
GRAFICO 4: De las pacientes que verificaron parto vaginal posterior a cesárea el 15% tenía un parto vaginal previo a la realización de la cesárea, mientras que el 85% no había verificado ningún parto vaginal previo a la realización de esta.

GRAFICO 5: DILATACION AL INGRESO DE LAS PACIENTES CON PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER EN EL PERIODO 2020-2024



FUENTE: ESDOMED 2020-2024 HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER

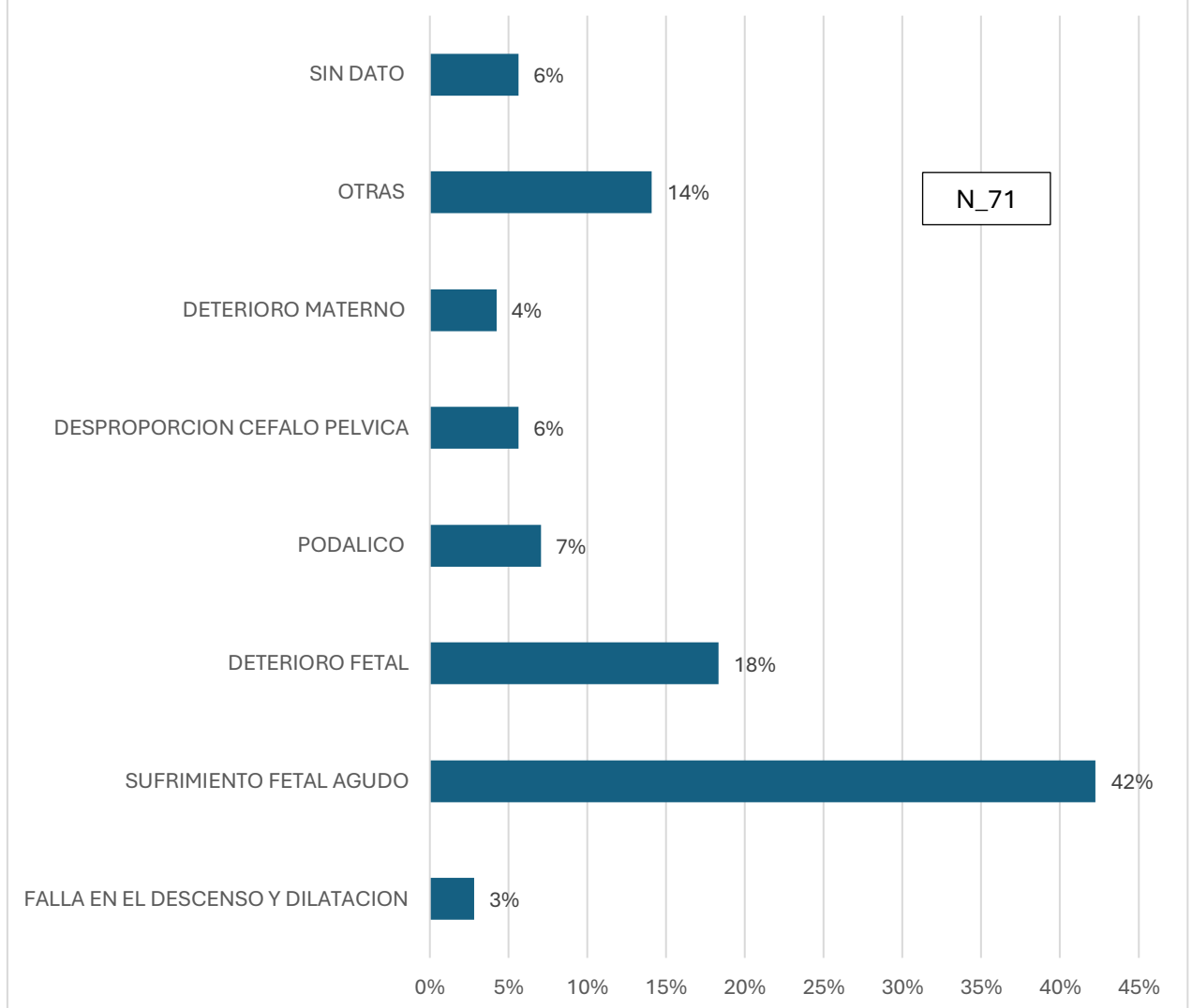
GRAFICO 5: Las pacientes con parto vaginal posterior a Cesárea que presentaron una dilatación mayor a 4 cm a su ingreso corresponde al 54%, mientras que solo el 45% presento una dilatación menor a 4 cm en su evaluación inicial.



FUENTE: ESDOMED 2020-2024 HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER

GRAFICO 6: Las pacientes con parto vaginal posterior a Cesárea que presentaron un borramiento cervical mayor al 75% corresponde al 65% del total, mientras que solo un 6% tuvo borramiento cervical menor del 25%

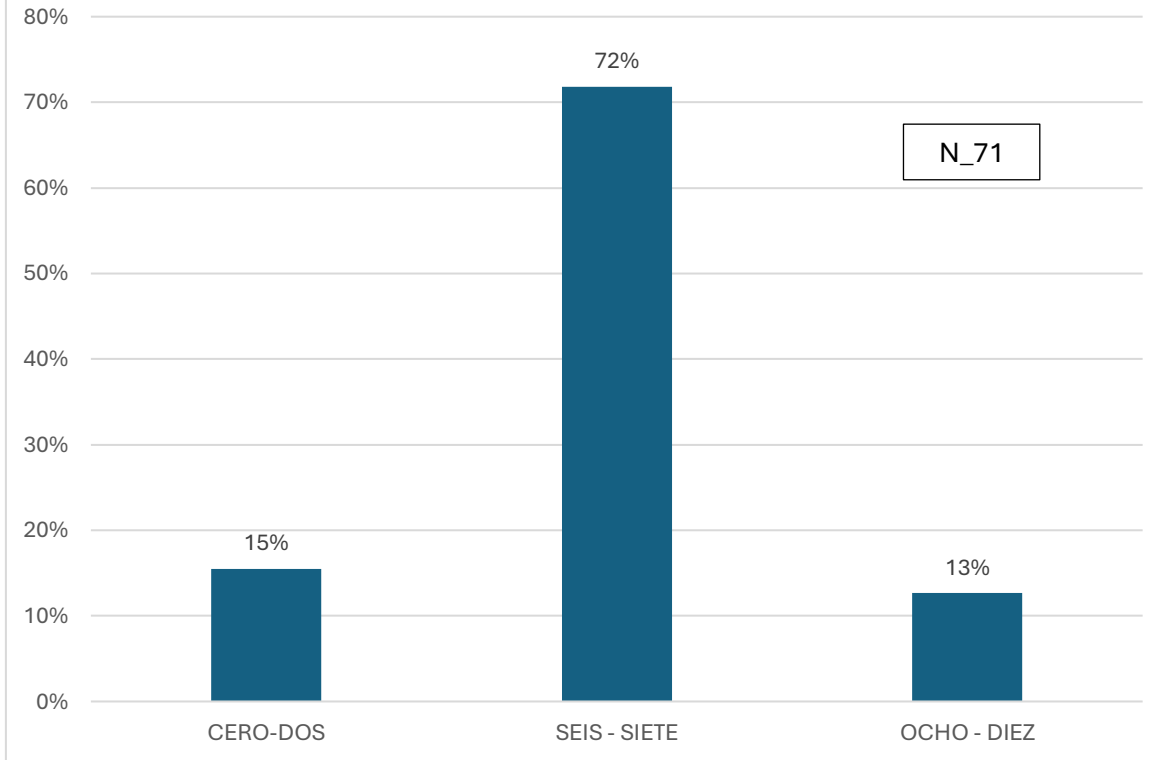
GRAFICO 7: INDICACION DE LA CESAREA, EN PACIENTES QUE VERIFICARON PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER PERIODO 2020-2024



FUENTE: ESDOMED 2020-2024 HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER

GRAFICO 7: La indicación de cesárea prevalente entre las pacientes que verificaron parto vaginal posterior a cesárea fue el sufrimiento fetal agudo con un total de 42%, seguida del deterioro fetal con un 18%, la indicación menos prevalente correspondió a la falla en el descenso y dilatación con un 3%.

GRAFICO 8: PUNTAJE DE FLAMM DE LAS PACIENTES ATENDIDAS POR PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER EN EL PERIODO 2020-2024



FUENTE: ESDOMED 2020-2024 HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER

GRAFICO 8: El puntaje de FLAMM prevalente en las pacientes que verificaron parto vaginal posterior a cesárea fue de 6-7 puntos con un total de 72%, lo cual traducido al porcentaje de éxito correspondía a un 88% para parto vaginal posterior a cesarea.

Objetivo 3: Identificar las complicaciones maternas y fetales asociadas al parto vaginal posterior a una cesárea previa.

TABLA 3 :COMPLICACIONES MATERNAS ASOCIADAS AL PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA PREVIA.

COMPLICACION MATERNA	N	PORCENTAJE
HEMORRAGIA	1	1%
TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS	1	1%
INTERVENCION QUIRURGICA	1	1%
SIN COMPLICACIONES	68	96%
TOTAL	71	100%

FUENTE: ESDOMED 2020-2024 HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER

TABLA 3: Las únicas complicaciones asociadas a parto vaginal posterior a cesárea identificadas en las pacientes fueron hemorragias, necesidad de transfusión de hemoderivados e intervención quirúrgica, en un porcentaje de 1% para cada una de ellas, el 96% de las pacientes no verificaron complciaciones.

TABLA 4: COMPLICACIONES FETALES Y NEONATALES DE LAS PACIENTES CON PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA PREVIA.

COMPLICACIONES FETALES Y NEONATALES	N	PORCENTAJE
SEPSIS NEONATAL	1	1%
MUERTE FETAL	2	3%
SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO	1	1%
MUERTE NEONATAL	2	3%
SIN COMPLICACIONES	65	92%
TOTAL	71	100%

FUENTE: ESDOMED 2020-2024 HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER

TABLA 4: Dentro de las complicaciones identificadas en los fetos y neonatos de las pacientes con parto vaginal posterior a cesárea previa, se menciona sepsis neonatal y el síndrome de distrés respiratorio agudo con el 1%, así también la muerte fetal y neonatal en el 3% de estas pacientes, el resto correspondiente a un 92% no presento complicaciones.

DISCUSION DE RESULTADOS

El presente estudio constituye la primera revisión realizada en el Hospital Nacional de la Mujer acerca de los resultados materno–fetales del parto vaginal posterior a cesárea (PVPC) durante el periodo 2020–2024. A partir del análisis de 71 casos que cumplieron criterios estrictos de inclusión, se estructuró un perfil clínico integral que permitió evaluar la seguridad, eficacia y aplicabilidad del PVPC en el contexto nacional. La interpretación de los datos revela una notable correspondencia con la evidencia internacional, aunque también plantea consideraciones críticas relevantes para la práctica obstétrica salvadoreña.

En cuanto al **perfil clínico**, la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres con un solo antecedente de cesárea (97 %), un hallazgo esencial para interpretar los resultados, dado que las principales guías incluyendo ACOG, OMS y SEGO coinciden en que el PVPC es razonable principalmente en pacientes con una única histerotomía segmentaria transversa. En este sentido, la población estudiada presentó un riesgo basal bajo de ruptura uterina, lo que probablemente contribuyó a la ausencia de esta complicación en la totalidad de los casos. El reducido número de pacientes con dos cesáreas (solo un 3 %) refleja un adecuado cumplimiento de las normas internacionales, aunque también sugiere la necesidad de conocer el manejo clínico de estas pacientes en términos de consejería, alternativas de vía del parto y criterios de exclusión aplicados en la práctica cotidiana.

Respecto a las **comorbilidades**, el 90 % de las pacientes no presentó enfermedades crónicas, lo que constituye una característica ventajosa en términos de pronóstico obstétrico. La baja prevalencia de hipertensión arterial (6 %) destaca una población relativamente sana, aunque esta condición aislada no suele contraindicar el PVPC. En estudios de cohorte de países andinos y de Norteamérica, se ha demostrado que la presencia de comorbilidades incrementa el riesgo de fracaso en la prueba de trabajo de parto y la probabilidad de cesárea de emergencia. No obstante, en este estudio, aun con comorbilidades aisladas, la selección de pacientes parece haber sido adecuada, lo que podría haber mitigado riesgos adicionales.

La presencia casi nula de **cirugías uterinas previas** además de la cesárea (3 % de miomectomías, 1 % de laparotomía) subraya un aspecto metodológico importante: aunque la literatura establece que el antecedente de miomectomía puede incrementar el riesgo de ruptura uterina en PVPC, la baja proporción hallada limita conclusiones, pero confirma que el Hospital Nacional de la Mujer mantiene prudencia en el manejo de pacientes con cicatrices uterinas complejas.

En investigaciones internacionales, una historia de miomectomía abierta incrementa cuatro a siete veces el riesgo de ruptura uterina; en este estudio, ninguna se registró, lo que sugiere vigilancia y selección apropiadas, pero abre la discusión sobre la necesidad de estandarizar de mejor manera los criterios para admitir casos con cirugías uterinas previas.

Otro elemento relevante fue la evaluación antropométrica: aunque se observó predominio de **obesidad grado I (17%)**, el 41 % de la muestra carecía de datos completos sobre IMC. Esta ausencia de información constituye una limitación significativa, dado que el índice de masa corporal es reconocido como un predictor importante del éxito del PVPC y de complicaciones intraparto. En estudios recientes, la obesidad se ha asociado a menor éxito del PVPC, mayores tasas de distocia y mayor probabilidad de cesárea urgente; sin embargo, la elevada tasa de éxito en la población estudiada sugiere que otros factores (trabajo de parto avanzado, indicación no recurrente de la cesárea previa, Bishop favorable) compensaron cualquier efecto negativo del IMC. Aun así, la ausencia de datos antropométricos sistemáticos limita la capacidad de generalizar conclusiones o de establecer asociaciones estadísticas robustas.

En cuanto a los **factores predictores del éxito**, los hallazgos fueron congruentes con las tendencias descritas por Flamm y por múltiples estudios posteriores. La presencia de dilatación ≥ 4 cm (54 %) y borramiento ≥ 75 % (65 %) al ingreso constituyeron dos factores clave que explican la elevada proporción de pacientes con puntajes favorables (6–7 puntos) en el índice de Flamm.

Estos valores se asociaron en la literatura a probabilidades de éxito que oscilan entre el 80 % y el 90 %, congruentes con los resultados obtenidos en el presente estudio. Sin embargo, la baja proporción de pacientes con antecedente de parto vaginal previo (15 %) actor que incrementa el éxito del PVPC al doble o triple en múltiples cohortes, permite afirmar que la estrategia fue exitosa aun sin uno de los predictores más fuertes. Este hallazgo es especialmente relevante porque evidencia que la selección intraparto, más que la historia obstétrica remota, fue el determinante crítico del éxito.

La **indicación previa de cesárea** constituye otro punto significativo: el sufrimiento fetal agudo representó el 42 % de los casos, lo cual es clínicamente relevante porque las indicaciones no recurrentes se asocian a éxito significativamente mayor en PVPC. En contraste, indicaciones como falla de dilatación o falla de descenso, que predicen mayor probabilidad de repetición del evento, representaron únicamente el 3 %. Esto demuestra que la población estudiada poseía un perfil intrínsecamente favorable para PVPC. No obstante, esto no representa una debilidad del estudio, sino más bien evidencia la pertinencia de los criterios de selección clínica utilizados.

En relación con los **resultados maternos**, el estudio reportó complicaciones mínimas: 1 % de hemorragia, 1 % de transfusión y 1 % de intervención quirúrgica, con ningún caso de ruptura uterina. La literatura internacional señala rangos de hemorragia posparto entre 0.5 % y 2 % y rupturas uterinas entre 0.2 % y 1.5 % en PVPC con trabajo de parto espontáneo. Los resultados aquí obtenidos se encuentran incluso por debajo de los valores promedio reportados, lo que sugiere una combinación favorable de selección de pacientes, monitoreo intraparto adecuado y capacidad de respuesta institucional. Sin embargo, la ausencia total de rupturas uterinas podría estar influenciada por el tamaño de la

muestra y no necesariamente implica ausencia de riesgo; estudios con poblaciones mayores podrían revelar tasas más cercanas a las internacionales.

Respecto a las **complicaciones fetales y neonatales**, el 92 % de los neonatos no presentó eventos adversos, lo cual coincide con análisis globales que afirman que los riesgos neonatales en PVPC exitosos son comparables a los del parto vaginal no complicado. Sin embargo, se identificaron dos muertes fetales/neonatales (3 %), un caso de sepsis neonatal y un caso de síndrome de distrés respiratorio agudo. Aunque estos eventos deben interpretarse con cautela, especialmente debido al tamaño muestral, su presencia subraya la necesidad de revisar si existieron factores intraparto que pudieron influir en dichos desenlaces. La literatura señala que el riesgo de mortalidad perinatal en PVPC es ligeramente superior al de la cesárea electiva, aunque sigue siendo bajo. La incidencia observada en este estudio, aun siendo pequeña, exige una exploración más profunda en futuros trabajos para determinar si se trató de casos aislados, condiciones fetales previas o elementos intraparto.

CONCLUSIONES

1. Las pacientes que verificaron parto vaginal posterior a cesárea durante el periodo de 2020-2024 el 62% había verificado únicamente un parto que correspondía a la cesárea previa.
2. El 15% de las pacientes que verificaron parto vaginal posterior a cesárea, tenía por antecedente partos vaginales previos a la realización de esta.
3. Pese a la dificultad de obtención de este dato en las pacientes en que se logró documentar el Índice de masa corporal prevalecía la Obesidad grado I en un 17%.
4. En relación con las comorbilidades, el 6 % de las pacientes tenía diagnóstico de hipertensión arterial, el 3 % hipertiroidismo, mientras que el 90 % no presentaba comórbidos asociados.
5. En cuanto a los antecedentes quirúrgicos, un 3% tenía miomectomía previa, el 1% laparotomía exploradora y el 94% no poseía otro tipo de antecedente quirúrgico.
6. Dentro de los factores de éxito identificados se señala una dilatación mayor a 4 cm en el 56% de los casos, además de un borramiento cervical mayor del 75% en el 65% de los mismos.
7. La indicación prevalente de cesárea previa en las pacientes con parto vaginal posterior a cesárea fue el sufrimiento fetal agudo en un 52%, seguido de deterioro fetal en un 18%.
8. El puntaje de FLAMM mayormente documentado fue de un 6-7 correspondiendo al 72% de los casos.
9. Las complicaciones maternas registradas en las pacientes con parto vaginal posterior a cesárea fueron mínimas, hemorragia en un 1%, transfusión de hemoderivados en un 1% e intervención quirúrgica en 1% de los casos.
10. Las complicaciones fetales y neonatales correspondieron a síndrome de distrés respiratorio en un 1% al igual que sepsis neonatal 1%, el 3% registro muerte fetal y neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ruiz-Sánchez Joaquín, Espino y Sosa Salvador, Vallejos-Parés Alfonso, Durán Arenas Luis. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2024 Nov 11]; 28(1): 33-40. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018753372014000100006&lng=es.
2. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. Who.int. World Health Organization; 14 de abril de 2015 [citado el 22 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
3. Org.ar. [citado el 22 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.sogiba.org.ar/images/Parto_Vaginal_despues_de_una_Cesarea_SO_GIBA%202019.pdf.
4. ¿Será el parto vaginal la mejor opción para ti después de haberte sometido a una cesárea? [Internet]. Mayo Clinic. 2023 [citado el 22 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/vbac/art-20044869>.
5. Gob.sv. Informe de resultados de enero a junio DEL Hospital Nacional de la Mujer, el 9 septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.transparencia.gob.sv/system/documents/documents/000/552/063/original/INFORME_DE_RESULTADOS_ENERO_JUNIO__2023_07082023.pdf?1691512864
6. Arango-Montoya C, López-Arroyave MX, Marín-Ríos J, Colonia-Toro A, Bareño-Silva J. Parto vaginal exitoso y resultados maternos y perinatales en pacientes con antecedente de cesárea y prueba de trabajo de parto: estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2022 [citado el 22 de agosto de 2024];73(4):369–77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3874>
7. Sánchez-Torres DÁ, Salazar-Arquero FJ, Soto-Sánchez EM, Martínez-Carrillo DA, De la Fuente-Valero J, Hernández-Aguado JJ. Operación cesárea. Una revisión histórica: Caesarean section. A historical review. ARS Medica [Internet]. 2021;45(4):61–72. Disponible en: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/download/1711/1537>
8. Parto vaginal después de una cesárea [Internet]. Org.tw. [citado el 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www1.cgmh.org.tw/intr/intr5/c6700/OBGYN/f/web/VBAC/index.htm>
9. Boletín de práctica del ACOG n.15º 205: Parto vaginal después de una cesárea. Obstetricia y Ginecología 133(2):p e110-e127, febrero de 2019. | DOI: 10.1097/AOG.0000000000003078
10. ACOG Practice Bulletin [Internet]. Fecolsog.org. [citado el 22 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.fecolsog.org/articulos-noticias/acog-practice-bulletin/>.
11. Fetalmedicinebarcelona.org. [citado el 22 de agosto de 2024]. Disponible en:

- https://fetalmedicinebarcelona.org/?sdm_process_download=1&download_id=2712
12. Instituto mexicano del seguro social, Dirección de prestaciones médicas, parto después de una cesárea, Gob.mx. [citado el 1 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/605GRR.pdf>
 13. De PA en. Parto vaginal tras cesárea [Internet]. Elpartoesnuestro.es. [citado el 22 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/segoprotoocolo_pvdc_2010.pdf
 14. Elaboración ARF. RECOMENDACIONES SOBRE EL PARTO VAGINAL TRAS CESÁREA [Internet]. Sagoandalucia.com. [citado el 22 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://sagoandalucia.com/docs/guias/Perinatal/partoVaginaltrasCesarea.pdf>
 15. Arango-Montoya C, López-Arroyave MX, Marín-Ríos J, Colonia-Toro A, Bareño-Silva J. Parto vaginal exitoso y resultados maternos y perinatales en pacientes con antecedente de cesárea y prueba de trabajo de parto: estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2022 [citado el 22 de agosto de 2024];73(4):369–77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3874>
 16. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG practice bulletin no. 205: Vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol [Internet]. 2019;133(2):e110–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003078>.
 17. Labor after an anterior cesarean section. Vía de parto tras una cesárea anterior [Internet]. Segoes.es. [citado el 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v602017/n5/05_via_de_parto_tras_cesarea_anterior.pdf
 18. Ricci A, Paolo P, Ernesto, Altamirano A, Roberto. NACIMIENTO POR PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA. PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO VERSUS CESAREA ELECTIVA A REPETICION: ROTURA UTERINA, UNA COMPLICACION POSIBLE. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2003 [citado 2024 Nov 11]; 68(6): 523-528. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262003000600013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S071775262003000600013>.
 19. Torres Vasconez MP, Macías Gaytán AM, Limones González EM, Álvarez Reyes SJ. Parto vaginal post cesárea. Anál comport las líneas crédito través corp financ nac su aporte al desarro las PYMES Guayaquil 2011-2015 [Internet]. 2022 [citado el 22 de agosto de 2024];6(4):525–31. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1874>
 20. Boletín de práctica del ACOG n.º 205: Parto vaginal después de una cesárea. Obstetricia y Ginecología 133(2):p e110-e127, febrero de 2019. | DOI: 10.1097/AOG.0000000000003078
 21. Cuero-vidal OL, Clavijo-Prado CA. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia). Estudio de cohorte.

- Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2011 Jun 30;62(2):148–154.
22. Edu.pe. [citado el 11 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/1728>
 23. Vargas Juscamaita AT, Lévano Castro JA, Lazo Porras M de los Á. Parto vaginal después de una cesárea: aplicando un puntaje al momento del ingreso en un Editor. PVDC: Parto Vaginal Después de una Cesárea [Internet]. American Pregnancy Association. 2019 [cited 2024 Apr 22]. Available from: <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/labor-and-birth/vaginal-birth-after-cesarean/>
 24. Arango-Montoya C, López-Aroyave MX, Marín-Ríos J, Colonia-Toro A, Bareño-Silva J. Parto vaginal exitoso y resultados maternos y perinatales en pacientes con antecedente de cesárea y prueba de trabajo de parto: estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2022;73(4):369–77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3874>.
 25. Carrillo DA, De la Fuente-Valero J, Hernández-Aguado JJ. Operación cesárea. Una revisión histórica. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas [Internet]. 2021 Jan 5;45(4):61–72. Available from: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/download/1711/1537/7>
 26. Marca Ticona D. Factores asociados con el éxito de la prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins en el año 2017. [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. [Tacna] : Universidad Jorge Basadre Grohoman ; 2018 P 16. [citado 14 de enero de 2020]. disponible en: http://www.tesis.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3637/1534_2019_marc_a_ticona_df_facs_medicina.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 27. Apaza Chura, R., & Chambi Oscalla, M. J. (2018). Uso de las prácticas recomendadas por la OMS durante el Trabajo de parto en el Servicio de Obstetricia en el Hospital III ESSALUD Juliaca junio – agosto 2017. [Andina]. <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/1728>
 28. Medicina.uc.cl. [citado el 22 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
 29. Ho S-Y, Chang S-D, Liang C-C. Simultaneous uterine and urinary bladder rupture in an otherwise successful vaginal birth after cesarean delivery. J Chin Med Assoc [Internet]. 2010;73(12):655–9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1726-4901\(10\)70143-x](http://dx.doi.org/10.1016/s1726-4901(10)70143-x)
 30. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med [Internet]. 2004;351(25):2581–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa040405>
 31. Goumalatsos G, Varma R. Vaginal birth after Caesarean section: a practical evidence-based approach. Obstet Gynaecol Reprod Med [Internet]. 2009;19(7):178–86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogrm.2009.03.009>
 32. Cheng YW, Eden KB, Marshall N, Pereira L, Caughey AB, Guise J-M. Delivery after prior cesarean: maternal morbidity and mortality. Clin

- Perinatol [Internet]. 2011;38(2):297–309. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2011.03.012>
33. Harper LM, Macones GA. Predicting success and reducing the risks when attempting vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol Surv* [Internet]. 2008;63(8):538–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/ogx.0b013e31817f1505>
34. Medigraphic.com. [citado el 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2011/gom114f.pdf>
35. García-Alix Pérez A. Estado fetal no tranquilizador, asfixia perinatal y encefalopatía neonatal. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2005 [citado el 15 de noviembre de 2024];63(1):1–4. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/en-estado-fetal-no-tranquilizador-asfixia-articulo-13076760>



ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

HOSPITAL
NACIONAL DE
LA MUJER



TEMA: PERFIL CLINICO Y RESULTADOS MATERNOS - FETALES DEL PARTO
VAGINAL POSTERIOR A CESAREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER EN EL
PERIODO DE 2020-2024

Nº DE CORRELATIVO: _____

EXPEDIENTE: _____

DATOS GENERALES

FORMULA OBSTETRICA G ___ P ___ P ___ A ___ V ___

EDAD: _____

IMC: _____

1. Antecedentes médicos de la paciente:

- Diabetes mellitus _____
- Hipertension arterial crónica _____
- Fibromatosis uterina _____
- Otro _____

2. Antecedentes quirurgicos de la paciente

- Miomectomía _____
- Histerotomía _____
- Laparotomia exploradora _____

3. Partos vaginales verificados en relación con la cesárea

- Previo a la cesárea _____
- Posterior a la cesárea _____
- Antes y después de la cesárea _____
- Ninguno previo

4. Número de Cesáreas previas

- Una Cesárea _____
- Dos Cesáreas _____
- Dos o más Cesáreas _____
- _____

Porcentaje de borramiento cervical al momento del ingreso

5. Indicación de la cesárea previa:

Falla en el descenso y dilatación ___
 Sufrimiento fetal agudo ___
 Deterioro fetal ___
 Deterioro materno ___
 Desproporción Cefalopelvica ___
 Presentación Podalica ___
 Otras ___

6. Aplicación del índice de FLAMM: En base a los datos previamente obtenidos realizar calculo del puntaje de FLAMM.

CARACTERISTICAS	PUNTAJE
Edad materna <40 años	
Antecedente de parto vaginal	
-Antes y después de la cesárea	
-Después de la cesárea	
-Antes de la cesárea	
-Sin parto vaginal previo	
Cesarea previa NO motivada por falla en la progresión	
Borramiento cervical al ingreso	
>75%	
25-75%	
<25%	
Dilatación cervical al ingreso > o igual a 4 cm	
TOTAL	

7. Complicaciones maternas identificadas durante el parto vaginal

- Ruptura uterina ___
- Dehiscencia de la sutura uterina _____
- Hemorragia obstétrica _____
- Infecciones intrauterinas ___
- Trasnfusion de hemoderivados ___
- Intervenciones quirúrgicas _____
- Otra _____

8. Complicaciones fetales identificadas durante el parto vaginal

- Estado fetal no alentador ___
- Muerte fetal ___
- Sepsis neonatal ___
- Síndrome de distrés respiratorio ___
- Muerte Neonatal ___