



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“FACTORES QUE FAVORECEN LA ATENCIÓN DE UN PARTO  
VAGINAL EN CESAREADAS ANTERIORES, HOSPITAL SANTA  
MARIA DEL SOCORRO – ICA 2015”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR:**

**RAMIREZ MONTOYA, MARGARETH**

**ICA – PERÚ**

**2017**

## **DEDICATORIA**

A mis padres Luis y Alicia, quienes han sido el motor principal en mi vida para surgir como profesional, brindándome buenos consejos, y siendo mis guías en cada decisión, como resultado han hecho de mi la profesional que siempre quise ser

## **AGRADECIMIENTO**

A DIOS por todas las bendiciones que cada día recibo de su divina providencia y porque en el trayecto de mis estudios me enseñó el verdadero sentido del servicio hacia los demás.

A mis padres, porque ellos con mucho amor, esfuerzo y sacrificio, permitieron que cada ciclo de estudio sea perfecto.

A la universidad privada Alas Peruanas, en especial a mi facultad de obstetricia, por ser el instrumento, para mi formación académica profesional.

A todos los docentes de la facultad de obstetricia, por su vocación, entrega, enseñanza, tiempo dedicado, por sus experiencias compartidas, y así poder cumplir con el objetivo de aumentar nuestros conocimientos intelectuales y ser mejores personas cada día.

Al hospital Santa María del Socorro, quien me permitió tener el acceso a todos los datos requeridos con mucho valor, para el desarrollo de mi investigación y así mismo al departamento de Gineco-obstetricia por brindarme el acceso algunos documentos que requería.

Y a mis queridas OBSTETRAS por su dedicación, enseñanzas, ánimo, correcciones, porque gracias a ello, se logra desarrollar todas las habilidades y competencias para ser buen profesional y por convertirse en más que docentes, madres y amigas con las que se sabe se puede contar, ya que con su paciencia, consejos, y mucha sabiduría han dado luz a mi camino para el desarrollo de esta investigación y así poder culminarlo con éxito.

## INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
INDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi

### **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO**

1.1.	Descripción de la realidad problemática.....	10
1.2.	Delimitación de la investigación .....	11
1.3.	Formulación del problema	
	1.3.1. Problema principal.....	11
	1.3.2. Problemas secundarios.....	12
1.4.	Objetivos	
	1.4.1. Objetivo general.....	12
	1.4.2. Objetivos específicos.....	12
1.5.	Hipótesis de la investigación	
	1.5.1. Hipótesis .....l.....	13
	1.5.2. Operacionalización de variables.....	13
1.6.	Diseño de investigación	
	1.6.1. Tipo de investigación.....	13
	1.6.2. Nivel de investigación.....	13
	1.6.3. Método.....	14
1.7.	Población y muestra de investigación	
	1.7.1. Población.....	14
	1.7.2. Muestra.....	14
1.8.	Técnica e instrumento de recolección de datos	
	1.8.1. Técnica.....	15
	1.8.2. Instrumento.....	15

1.9. Justificación e importancia de la investigación	15
--	----

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Bases teóricas.....	20
2.3. Definición de términos básicos.....	38

## **CAPÍTULO III:**

### **PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 41**

Discusión.....	49
Conclusiones.....	50
Recomendaciones.....	51
Anexos.....	52
1. Fuentes de información.....	53
2. Matriz de consistencia.....	55
3. Ficha de recolección de datos.....	57

## RESUMEN

Se realizó un estudio de investigación cuyo objetivo fue determinar los factores que favorecen la atención de un parto vaginal en cesareadas anteriores en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015, teniendo una metodología de investigación de tipo descriptivo, de corte transversal y de diseño no experimental; la muestra estuvo conformada por 24 pacientes.

Llegándose a la conclusión que las pacientes cesareadas anteriores, culminan sus partos en mayor porcentaje en cesárea en un 90.3%; existe relación significativa entre la edad, la paridad, el antecedente de parto vaginal y el periodo intergenésico con el parto vaginal en cesareadas anteriores. Las edades de las cesareadas anteriores con parto vaginal oscilaron entre 20 a 24 años en un 29.2%, encontrándose las nulíparas (cesareadas anteriores) son las pacientes que tuvieron parto vaginal en un 79.2%; las gestantes con periodo intergenésico de 2 a 7 años que tuvieron parto vaginal en cesareadas anteriores fueron el 58.3%; siendo las pacientes que no tuvieron antecedente de parto vaginal en un 79.2% y que los partos vaginales en cesareadas anteriores tienen mayores complicaciones, siendo estas la retención de restos placentarios, trabajo de parto prolongado y la retención de placenta.

**Palabras claves:** Parto vaginal- cesareada anterior

## SUMMARY

A research study whose objective was to determine the factors that favor the attention of a vaginal delivery in previous cesarean section at the Santa Maria Hospital del Socorro Ica was made - 2015, with a research using descriptive methodology, cross-sectional and not experimental design; the sample consisted of 24 patients.

This study showed that patients previous to cesarean section complete their deliveries highest percentage in caesarean 90.3 %; there is a significant relationship between age, parity, history of vaginal delivery and intergenesic period with vaginal delivery in previous cesarean section. The ages of the previous cesarean section with vaginal delivery were ranged from 20 to 24 years in 29.2 % , being nulliparous ( previous cesarean section ) the patients who delivered vaginally in previous cesarean section in 79.2 % ; pregnant with intergenesic period of two to four years who had previous cesarean section vaginal birth were 37.5 % ; and the patients who had no history of vaginal delivery were the 79.2 % and vaginal deliveries in previous cesarean have more complications like placental retention remains, prolonged labor and retained placenta .

Keywords: birth vaginally - previous cesareada

## INTRODUCCIÓN

La práctica obstétrica en la determinación del tipo del parto es fundamental para el profesional que lo atiende (Gineco-obstetra), sobre este tema ha surgido una problemática que ha generado discrepancias sobre la ética y la medicina reproductiva.

Unos de estos problemas son sobre el parto vaginal después de una cesárea anterior.

La cesárea es una opción de solución a problemas maternos perinatales en la práctica obstétrica, la cesárea no es un procedimiento inocuo y el incremento en la frecuencia de estas, muchas veces ocasiona mayor porcentaje de complicaciones maternas perinatales las cuales no son predecibles o evitables, lo que ocasiona mayor estancia hospitalaria y costo incrementado por fármacos entre otros.

La cesárea como procedimiento quirúrgico, conllevará a tasas de morbimortalidad superior a las del parto vaginal. En general se admite que el parto vaginal después de una cesárea es un método seguro y práctico para reducir la tasa global de cesáreas. Por ello debe ofrecerse una prueba de trabajo de parto a casi todas las mujeres con cesárea previa e incisión transversal baja, dado que la mayor parte de ellas son candidatas a un parto vaginal.

Según la OMS, desde 1985 los profesionales de salud en todo el mundo han considerado que la tasa de cesárea debe ser entre el 10 – 15 %.

Pero desde entonces y por diversos motivos las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo.<sup>1</sup>

En los datos proporcionados por la OMS en todo el mundo las tasas de cesáreas son altas, como en Egipto se registra un 51.8 %, Turquía (47.5%), Italia (38.1%).<sup>1</sup>

En América latina, Brasil está en la cima de países de todo el mundo con el índice más alto en cesáreas, registrándose en un 56 %. Por lo que el gobierno



ha decidido estrechar los controles sobre este tipo de operaciones y así descender su alta tasa de cesáreas. Luego le siguen México, Argentina, Puerto Rico, Cuba, República Dominicana.

Chile, Paraguay, Uruguay, Colombia, Ecuador y Venezuela, se encuentran entre (25-35%). En el Perú según INEI 2014 las tasas de cesáreas se registran entre (28.6 %).<sup>2</sup>

En relación, al parto vaginal luego de una cesárea, se han venido realizando diversos trabajos en los últimos años, que dejan en evidencia que el parto vaginal es posible después de una cesárea y que las complicaciones son menores que en una cesárea iterativa en un determinado tipo de gestantes escogidas previamente. En Lima se realizaron estudios al respecto determinándose en dos de los primeros trabajos realizados en el Instituto Materno Perinatal donde porcentajes de 50 – 70 % de gestantes con cesárea previa pudieron tener un parto vaginal con escasas complicaciones.<sup>3</sup>

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

Las altas tasas de incidencia de cesárea actualmente son consideradas como un problema de salud pública tanto a nivel mundial como nacional y por qué no decirlo también regional y local.

No obstante a que la práctica de cesárea en sus inicios no fue considerada como una intervención quirúrgica segura, siendo realizada en casos excepcionales, sin embargo a partir de 1950 donde se publica un estudio de más de 1000 cesáreas sin una sola muerte materna lo que causó un revuelo dentro del campo de obstetricia, pues a partir de esa fecha se incrementó grandemente la práctica de cesáreas y en algunas partes como Estados Unidos se elevó de 2% a 28% para el año 1990, entre 1970 y 2007 y en la actualidad según la OMS es de (31.8 %).<sup>4</sup> Este incremento es consecuencia de distintos factores relacionados con la práctica clínica, entre los que han destacado el empleo de monitorización fetal electrónica continua y el descenso de los partos vaginales en presentaciones de nalgas y de los partos con fórceps. En España el número de partos por cesárea en los últimos años es muy alto, con un promedio superior al 25%<sup>3</sup>, incidencia que varía en función del hospital al que hagamos referencia. De este modo, se registró una incidencia del 24.5% (7-57.2%) en los hospitales no docentes y con menos de 1000 partos/año (Nivel I); seguido de una incidencia del 21.9% (12.2-29%) en los hospitales docentes con más de 1000 partos/año (Nivel III), y una tasa menor de un 20.4% (17.5-39%) en los hospitales no docentes con un nivel de asistencia de más de 1000 partos al año.<sup>2</sup>

En nuestro país según INEI 2014 en su encuesta de salud familiar de una muestra de 24 800 mujeres en edad fértil el 28.6% (7092) mujeres tanto de zona rural y urbana sus partos fueron cesáreas.<sup>2</sup> El problema actual es que muchos Obstetras y Gineco-Obstetras temen someter a la paciente con cesárea previa al estrés uterino y perinatal de un parto vaginal, por el riesgo de una ruptura uterina o asfixia neonatal con los riesgos que acompañan a la cesárea repetida planificada<sup>5</sup>, en algunas instituciones de salud a nivel mundial se ha tomado la conducta de someter a estas pacientes al trabajo de parto normal con resultados exitosos, de tal manera que en cuanto a dilatación con respecto al tiempo siguen las tendencias de las curvas normales de Friedman.

Con el presente trabajo de investigación se pretende contribuir a desarrollar mejor las intervenciones del personal de salud para determinar criterios que favorezcan la aplicación de parto por vía vaginal en gestantes con cesáreas anteriores y la duración de este trabajo de parto.

## **1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

- 1.2.1. Delimitación Espacial: La presente investigación se realizó en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital Santa María del Socorro de Ica.
- 1.2.2. Delimitación Temporal: Para el presente trabajo se obtuvo datos de enero a diciembre del 2015.
- 1.2.3. Delimitación Social: La investigación se realizó en las historias clínicas de las pacientes quienes tuvieron cesárea anterior y que presentaron parto vaginal en su embarazo siguiente.
- 1.2.4. Delimitación Conceptual: El presente trabajo de investigación es de la especialidad de ciencias de la salud, se estudió los factores que intervienen en un parto por vía vaginal en cesareadas anteriores y las complicaciones del trabajo de parto.

### **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuáles son los factores que favorecen la atención de un parto vaginal en cesareadas anteriores en pacientes atendidas en el hospital Santa María del Socorro Ica - 2015?

#### **1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS**

- ¿De qué manera la edad de la paciente es un factor que favorece un parto vaginal en cesareadas anteriores en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015?
- ¿De qué manera la paridad, el periodo intergenésico y el antecedente de parto vaginal son factores que favorece un parto vaginal en cesareadas anteriores en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015?
- ¿Cuáles son las complicaciones del trabajo de parto en pacientes cesareadas anteriores sometidas a un parto por vía vaginal en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015?

### **1.4. OBJETIVOS**

#### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores que favorecen la atención de un parto vaginal en cesareadas anteriores en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015.

#### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar si la edad de la paciente es un factor que favorece un parto vaginal en cesareadas anteriores en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015?
- Conocer de qué manera la paridad, el periodo intergenésico y el antecedente de parto vaginal son factores que favorece un parto vaginal en cesareadas anteriores en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015?

- Identificar las complicaciones del trabajo de parto en pacientes cesareadas anteriores sometidas a un parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015?

## 1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.5.1. HIPÓTESIS

El presente trabajo no requiere hipótesis por ser un trabajo de investigación descriptiva.

### 1.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE
Factores que favorecen parto vaginal en cesárea anterior	Criterios facilitadores para que se produzca el parto vaginal luego de una cesárea	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Período intergenésico</li> <li>- Edad</li> <li>- Paridad.</li> <li>- Antecedente de parto vaginal</li> </ul>	Ficha de recolección de datos
Parto vaginal	Expulsión del producto de la concepción a través de la vía	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>	

## 1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

### 1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación tipo observacional, de corte transversal porque se recoge la información en un momento de tiempo determinado haciendo un corte en el tiempo, retrospectivo porque los datos se recolectaron en tiempo pasado utilizando las historias clínicas.

### **1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Es una investigación de diseño no experimental, en vista de que no se manipulan deliberadamente la variable de estudio, descriptiva porque describe la variable o fenómeno estudiado sin presentar correlaciones o realizar un análisis de la misma.

### **1.6.3. METODO:**

La investigación corresponde al método deductivo, documental pues se basa en un tipo de pensamiento que va desde lo general a lo específico; tratando de explicar por qué se produce el parto vaginal en cesareadas anteriores; para lo cual se utilizaran las historias clínicas de las pacientes que cumplen con los requisitos necesarios para el desarrollo de la investigación en estudio, recolectadas del registro de partos del centro obstétrico.

## **1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1. POBLACIÓN**

La población estuvo conformada por todas las gestantes que acudieron para atención de parto en el Hospital “Santa María del Socorro” de Ica durante el año 2015, con antecedente de una cesárea, haciendo un total de 247 gestantes

### **1.7.2. MUESTRA**

La determinación de la muestra fue a través del muestreo no probabilístico censal, pues se estudió a cada uno de los elementos que componen la población (historias clínicas de las pacientes con cesárea anterior), realizándose lo que se denomina un censo, es decir el estudio de todos los elementos que componen la población; teniendo en cuenta los siguientes criterios:

#### **Criterios de inclusión**

- Embarazos únicos, a término.
- Antecedente de una cesárea segmentaria transversa baja.
- Pelvis Ginecoide.
- Inicio de trabajo de parto espontáneo.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes sin cesárea anterior.
- Pacientes con antecedente de cesárea corporal.
- Con antecedente de cirugía uterina o rotura uterina previa.
- Pacientes con patología obstétrica concomitante que impiden un parto vaginal.

## **1.8. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **1.8.1. TÉCNICA**

Para obtener información se realizó una ficha de recolección de datos donde se consignaron las variables en estudio, previo permiso de la jefatura de estadística del hospital a fin de poder acceder a las historias clínicas de donde se obtuvieron los datos correspondientes, los resultados obtenidos se tabularon y graficaron mediante el uso del programa Excel 2010.

El análisis estadístico se realizó utilizando el análisis estadístico de chi cuadrado.

### **1.8.2. INSTRUMENTOS**

- Historias clínicas.
- Ficha de recolección de datos.
- Libro de registro de partos del Centro Obstétrico.
- Información del "Sistema Informático Perinatal" (SIP)

## **1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

El parto entraña una serie de riesgos y situaciones patológicas, en algunas oportunidades imprevistas, en otras por malas decisiones en cuanto a la decisión de decidir el parto por vía vaginal o por cesárea, este último que incluso puede llegar a complicarse la vida de la gestante y del producto, motivo por el cual amerita realizar una investigación que indique cual es la mejor vía para terminar un embarazo en cesareadas anteriores.

La atención del parto en pacientes con antecedente de cesárea es una situación que se presenta con relativa frecuencia especialmente en la duda que tiene el personal de salud en atender el parto por vía vaginal o por medio de una cesárea lo cual justifica el presente estudio. El diseño de investigación planteado, permitirá obtener información importante así como determinará la eficacia de los métodos aplicados lo que permitirá tomar medidas inmediatas en relación al problema de investigación.

El conocimiento de los criterios para decidir el parto por vía vaginal en cesareadas anteriores es primordial para proponer alcances y propuestas y afirmar la adopción de esta vía por ser la más conveniente de los resultados de la presente investigación se beneficia la paciente y las instituciones de salud debido a que el costo de su estancia hospitalaria y otros será menor.

Esta investigación se realizará para conocer los factores que favorecen el parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea, de esa manera evitar las intervenciones quirúrgicas innecesarias para bajar el porcentaje de cesáreas que se han incrementado en el hospital Santa María del Socorro.

Es importante porque permite comparar los criterios de un parto por vía vaginal en gestantes que hayan tenido una cesárea anterior como antecedente obteniendo una media del tiempo de duración del trabajo de parto; los resultados que se obtengan servirán como base documentaria a otras investigaciones futuras. Asimismo contribuirá con la disminución de morbilidad materno perinatal, ya que fue uno de los principales objetivos del milenio en la salud.



## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1. INTERNACIONALES

- **Janser M, “Manejo de la paciente con una Cesárea anterior, en el Hospital Nacional Escuela de Honduras – 2010.**

Las pacientes con cesárea anterior el 54.4 % tuvieron parto vaginal y el 45.6 % acabó en cesárea iterativa, las pacientes que tuvieron cesárea presentaron dehiscencia en 1.6 % de histerorrafia, 3.2 % sangrado postparto, las que tuvieron parto por vía vaginal las complicaciones fueron menores entre las cuales se destaca desgarro perineal en un 5,6 % y sangrado postparto 3.6 %.<sup>6</sup>

- **Sánchez R. y Col.: “Parto Vaginal en pacientes con antecedentes de una Cesárea Previa en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro – 2009 - México**

El mayor número de partos por cesárea se presentó en el grupo etario de 20-35 años con un porcentaje de 53.4% y por vía vaginal 46.6 %, también concluyeron que para someterla a trabajo de parto la paciente previamente debe de estar mínimo con 4 cm de dilatación para obtener mayor éxito por la vía vaginal, con respecto al uso de oxitocina concluyeron que este oxiótico no está contraindicado especialmente en gestantes con una sola cesárea siempre y cuando se vigile estrictamente la evolución del trabajo de parto vaginal.<sup>7</sup>

- **Rodríguez E, y Col. : “Vía de Parto tras Cesárea Anterior: factores asociados en el Hospital Central – 2010 - Austria**

La cesárea previa influye de forma decisiva en la probabilidad de tener un parto normal. Por otro lado la vía vaginal no conlleva más complicaciones para la madre o para el feto.<sup>8</sup>

▪ **Sandeliz E, y Col.: “Parto Fisiológico en Pacientes con Cesárea Previa en el Hospital Gineco - Obstétrico Mariana Grajales - 2009 - Cuba**

El mayor número de pacientes se encontraban entre 20 y 25 años de edad, que hubo un predominio de pacientes con parto por cesárea en segundo embarazo (62.9%) y con parto fisiológico (37.1%) en el segundo embarazo, predominó el peso adecuado de 3000-3999 gramos (42.9%) y que las complicaciones fueron más frecuentes en las pacientes que presentaron parto por cesárea (37%) y resultó en un 20% para las que tuvieron parto fisiológico.<sup>9</sup>

▪ **Romero J.: “Determinación de los Factores Favorables para un Parto Vaginal post cesárea en Primigesta juveniles de 15 – 20 años en el hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel Guayaquil – 2012 - Ecuador.**

El grupo etario el 60% corresponde entre los 19 a 20 años, el 40% entre los 17 a 18 años. El periodo intergenésico corresponde en un 60% más de 2 años y en un 40% entre 1 a 2 años. El 85% de los trabajos de partos fueron conducidos y el 15% fueron espontáneos. El 100% de las pacientes terminaron con una buena evolución del trabajo de parto. El 15 % presentó complicaciones el cual fueron resueltas, el 90% de los neonatos presentaron un Apgar mayor a 7 y el 10% entre 4 a 6, el 90% de los recién nacido no presentaron ninguna complicación mientras que el 10% si presentaron siendo resueltas rápidamente. Es decir que en un 90 % el beneficio de un parto post cesárea constituye en beneficios tanto maternos como neonatales.<sup>10</sup>

### 2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

▪ **Misajel J, y col.: “Parto Vaginal en Cesareada anterior” en el Hospital Uldarico Rocca F. Es salud Villa El Salvador – 2011 – Lima**

El parto vaginal fue 54.7 % (163 pacientes) con cesárea previa, el 63.2 % tenía entre 26 y 35 años de edad. El periodo intergenésico desde la cesárea previa y el parto vaginal menor a 2 años fue en 8,6 %(14 pacientes); el parto eutócico se dio en 90.8 %(148 pacientes). Se estimuló con oxitocina el trabajo de parto en 14,7 %(24 pacientes).el peso promedio de los recién nacidos fue de 3406 g y el 4.9% fueron 8 macrosomicos. El 99.4% de los recién nacidos tuvo Apgar  $\geq 7$  a los 5 minutos. No hubo caso de Rotura uterina. El parto vaginal en cesareada anterior en grupo seleccionado de mujeres, se considera seguro y con altas probabilidades de éxito y mínimos riesgos, por lo tanto es una alternativa aceptable para evitar una cesárea electiva en pacientes con cesárea previa.<sup>11</sup>

▪ **Pérez M.:“Parto Vaginal en la Cesareada Anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé 2012 - Lima**

Los casos se analizaron en tres grupos de acuerdo a la culminación de parto: 460 parto vaginal, 231 cesárea intra parto (durante trabajo de parto) y 177 cesárea electiva. En la población de estudio el grupo etario predominante fue de 20 a 34 años con 79.0%; el 100% fueron gestantes a término, sólo 61.1% tenían control prenatal adecuado (mayor o igual a 5); 408 gestantes (47.0%) del total culminaron en cesárea; de 691 gestantes que intentaron parto vaginal 460 (66.77%) fueron exitosos; las complicaciones presentes fueron endometritis, infección de herida operatoria, ITU, fiebre puerperal, transfusión sanguínea, éstas dos últimas sin causa definida, las gestantes que se sometieron a cesárea electiva tuvieron 6.78% de complicaciones en comparación con el 5.35% de gestantes que intentaron parto vaginal, pero en conjunto no hubo diferencia significativa (p:0.07). No hubo ningún caso de Rotura uterina, muerte materna o neonatal. Oxitocina fue usada en 161 pacientes (18.54%), se usó fórceps en 03 gestantes (0.34%), vacuum extractor en 02 gestantes (0.23%). Existió mayor frecuencia de asfisia

moderada a severa en el grupo de cesárea electiva con 1.13%(02 neonatos) en comparación con el grupo de chance vaginal con 0.87%(06 neonatos) estadísticamente no significativa (p: 0.6).<sup>3</sup>

### 2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

- **Gastelu D.: “Incidencia y Factores Socio demográficos y Médicos de las Cesáreas en el Hospital de Apoyo San José de Chincha 2013 - Región Ica**

Resultado: en el estudio realizado la incidencia de partos por cesárea las principales causas fueron: el 22.1% fue por Incompatibilidad Cefalopélvica, 19.1% por inercia uterina, 10.6% por placenta previa, 9.4% por desprendimiento prematuro de la placenta, 9.4% sufrimiento fetal agudo.9.4% cesárea previa, 5.3% por preclampsia, 2.1% por distocia cervical, 1.1% por cáncer y finalmente el 11.5% por otros factores.<sup>12</sup>

## 2.2. BASES TEÓRICAS

### 2.2.1. PARTO <sup>13</sup>

El parto, también llamado nacimiento, es la expulsión de un feto y sus anexos con una edad gestacional mayor o igual a 22 semanas y un peso mayor a 500gr.

**Parto normal o eutócico:** Es el que evoluciona con todos sus parámetros dentro de los límites fisiológicos.

**Parto distócico:** Es el que presenta alguna alteración de su evolución.

**Parto pre término o prematuro:** es el que acontece cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.

**Parto de término:** es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.

**Parto pos término:** es el que acontece cuando el embarazo se prolonga y alcanza las 42 semanas o más.

## **SIGNOS PRODOMICOS E INICIO DE TRABAJO DE TRABAJO <sup>14\</sup>**

Se llama Pródromos a la fase previa al inicio del trabajo de parto, puede durar días u horas, comienza con la aparición progresiva de un conjunto de síntomas y signos que le servirán a la madre para darse cuenta que se aproxima el momento del parto, aunque no siempre en forma inmediata. Estos signos y síntomas se anuncian unos días u horas antes, no todas las embarazadas perciben que están pasando por la etapa del preparto, por tanto, comienzan directamente con las contracciones rítmicas características del trabajo de parto. Durante este periodo se produce un incremento progresivo de la frecuencia e intensidad de las contracciones, se expulsa a veces el tapón mucoso y se incrementan las molestias a nivel de la pelvis.<sup>14</sup>

Se habla de inicio de trabajo de parto cuando se conjugan varias situaciones como son las contracciones uterinas regulares 2-3 cada 10 minutos mayor de 25 mmhg y una duración de mayor o igual de 30 segundos., el borramiento (o acortamiento de la longitud del cérvix) y la dilatación del cuello uterino.

## **PERIODOS DEL PARTO**

### **1. Periodo de Dilatación<sup>15</sup>**

Abarca desde el inicio del trabajo de parto, comienza con las primeras contracciones perceptibles caracterizadas por frecuencia, intensidad, duración y ritmo suficientes y termina con la dilatación completa del cuello uterino (10cm).

Se subdivide en dos fases:

Fase latente: desde el inicio hasta alcanzar una dilatación de 4 cm

Fase activa: hasta la dilación completa 10 cm.

### **2. Periodo Expulsivo**

Se inicia con el término de la dilatación completa exactamente 10 cm y termina con la expulsión del producto. Es el paso del feto a través del canal del parto, desde el útero hasta el exterior, con la ayuda de los esfuerzos del

pujo el cual se le debe de enseñar con anticipación. En esta etapa la paciente debe mantenerse en posición obstétrica para ser evaluada. En esta etapa debe cumplir los tiempos de mecanismo del parto, en cual al generarse una alteración en algunos de los tiempos se evaluara y se tomara las medidas necesarias.<sup>13</sup>

### **3. Periodo de Alumbramiento**

Comienza en el nacimiento del producto de la concepción hasta la expulsión total de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos. El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta, cuanto más se exterioriza el cordón, más avanza la placenta hacia fuera de la cavidad uterina. Ese movimiento natural del cordón umbilical proporcional al descenso de la placenta se conoce con el nombre de signo de Ahlfeld. El desprendimiento de la placenta ocurre en dos posibles mecanismos. El primero el desprendimiento ocurre en el centro de la unión útero-placentaria, mecanismo conocido como mecanismo de Baudelocque-Schultze y por lo general son cerca del 95% de los casos. Menos frecuente es cuando la placenta se desgarran inicialmente de los lados de la unión útero-placentaria, conocido como el mecanismo de Baudelocque-Duncan. Las contracciones uterinas continúan durante el descenso de la placenta, las cuales ayudan a comprimir los vasos terminales del miometrio que pierden su utilidad después del parto, proceso que se conoce en obstetricia como las ligaduras vivas de Pinard.<sup>13</sup>

En la actualidad como prevención hemorrágica en todos establecimientos de salud se practica el alumbramiento dirigido, en el cual se considera los siguientes pasos:

1. Verificar que no haya otro feto.
2. Administración de oxitocina 5 UI vía intramuscular antes de que transcurra el minuto después del nacimiento del bebé, luego se realizara

3. Maniobra de Brandt Andrews y Tracción controlada del cordón umbilical.
4. Revisar placenta.
5. Realizar Masajes uterinos después de la expulsión de la placenta.

Para muchos autores el parto termina en el alumbramiento, pero otros consideran un cuarto periodo que sería el de recuperación inmediata y que finaliza dos horas después del alumbramiento. En este período denominado post parto, la madre y el niño deben estar juntos para favorecer el inicio de la lactancia, la seguridad del niño y su apego. En este sentido, se emplea el concepto "alojamiento conjunto" para designar la permanencia del bebé en el mismo ambiente que su progenitora, mientras se encuentran en el lugar del parto.<sup>16</sup>

## **MECANISMO DEL PARTO** <sup>13</sup>

### **1er. Tiempo: Acomodación al estrecho superior**

Este tiempo difiere notablemente según las distintas presentaciones que tienen a encajarse.

Para cumplir el primer tiempo la presentación tiene que disminuir su volumen, lo que en las presentaciones maleables (nalgas) se logra gracias a la compresión del polo fetal. Cuando el polo es menos maleable (cabeza), se consigue, en parte, por efecto del modelado la cabeza reducirá sus diámetros por movimientos de flexión o deflexión, para sustituir por diámetros menores al diámetro que se presenta al estrecho superior.

### **2do. Tiempo: Descenso y encajamiento**

Corresponde al momento en que la circunferencia máxima de la presentación franquea el estrecho superior para así lograr la penetración progresiva en el canal pelviano.

Los diámetros de la pelvis ósea por debajo del estrecho superior son sensiblemente iguales. Luego para descender la cabeza no necesita cambiar de orientación ni de actitud.

### **3er. Tiempo: Rotación interna de la presentación**

La cabeza del feto rota y la sutura sagital se coloca en dirección anteroposterior, para colocarse, en directa, ya púbica o sacra, en general, en occipitopúbica. Durante el encajamiento, la cabeza suele permanecer en el mismo cuadrante en que descendió, ya que los diámetros de la excavación son casi iguales (12 cm) descenso que se da por simple progresión.

La cabeza hasta entonces en su mecanismo a través del desfiladero pélvico, ha realizado tres movimientos:

1. Ha descendido (encajamiento): es decir, que por su progreso penetra profundamente cambiando de altura.
2. Se ha reducido cambiando de actitud
3. Ha cambiado de variedad de posición, efectuándose un movimiento de rotación

Estos tres movimientos que ejecuta la cabeza son posibles dada la forma circular y la amplitud de la excavación. Realizando movimientos simultáneos.

Así mismo durante este tiempo, también se cumple el primer tiempo de acomodación de los hombros al estrecho superior.

### **4to. Tiempo: Desprendimiento**

En este momento es necesario saber bien si lo que se encuentra hacia adelante es la fontanela anterior o la posterior, ya que el desprendimiento es distinto en una OP, que en un OS, el no saber diferenciarlo puede traer consecuencias para el periné.

En este periodo la cabeza del feto llega a su máxima flexión, por ese motivo se debe luchar entre proteger la cabeza y el periné. A causa de la retropulsión progresiva del cóccix la región retro anal se distiende.

La cabeza va realizando movimientos de vaivén, avanzando con la contracción y el pujo, así mismo la dilatación del anillo vulvar con cada pujo permite que se vaya descubriendo cada vez mayor el polo fetal.



### **5to. Tiempo: Rotación externa de la presentación y acomodación de los hombros al estrecho inferior**

En este tiempo la cabeza del feto que se encuentra fuera de la vulva, rota mirando hacia el muslo del lado opuesto de la posición fetal, por eso a esta rotación recibe el nombre de Restitución.

### **6to. Tiempo: Desprendimiento de hombros**

La cabeza, colocada en transversa, desciende por la acción de su peso. Aparece bajo el pubis el hombro anterior y se desprende hasta el deltoides, luego, por flexión hacia arriba, se desprende el hombro posterior. La cabeza cae de nuevo y se completa el desprendimiento del hombro anterior. El resto del feto sale rápidamente, casi sin un mecanismo determinado.

## **ANOMALÍAS EN EL MECANISMO DEL PARTO <sup>13</sup>**

- a) En el primer tiempo la flexión puede ser insuficiente, lo que ocurre con frecuencia en las variedades posteriores, el diámetro occipitofrontal de 12 cm y con un perímetro de 34 cm, se ofrece entonces, retardando el encajamiento. Por lo contrario, a veces la presentación está en hiperflexión, esta sustitución de diámetro es necesaria en las pelvis viciadas o cuando el feto es muy grande.
- b) En el Segundo tiempo puede hacerse en asinclitismo ya sea anterior o posterior.
- c) En el tercer tiempo: puede haber exceso, insuficiencia o perversión de la rotación. Cuando hay exceso, el occipital no solo llega a la sínfisis, sino que pasa al lado opuesto.
- d) Cuarto tiempo: consiste precisamente en el desprendimiento de occipitosacra.
- e) Quinto tiempo: la rotación de los hombros puede ser nula, insuficiente o excesiva. Lo que hace que se presente dificultad en el desprendimiento de hombros.

## **2.2.2. PRECAUCIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESÁREA ANTERIOR <sup>17</sup>**

### **a) Primer periodo del parto (dilatación):**

- Estar debidamente preparados para realizar una cesárea de urgencia en un lapso menor de 30 minutos.
- Vigilancia estrecha del trabajo de parto y monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) por medios clínicos: estetoscopio de Pinard o equipo Doppler, o preferentemente con medios electrónicos si se cuenta con este recurso.
- Analgesia - anestesia a criterio del médico tratante.
- El uso de oxitocina para la conducción, se decidirá únicamente en el segundo o tercer niveles de atención.

### **b) Segundo periodo del parto (expulsivo):**

Se recomienda tener en cuenta los siguientes puntos:

- Dilatación completa (10 cm)
- Feto en variedad de posición cefálica o de vertex.
- Ponderado fetal adecuado.
- Desproporción cefalopelvica
- Distocia cervicales o de contracción.
- Diámetros de la pelvis correctamente evaluados.

Teniendo en cuenta todos estos factores que encuentren los límites normales se somete a la paciente a un trabajo de parto normal.

En caso de un expulsivo prolongado donde se considera más de 2 horas en nulíparas, más de 1 hora en multíparas. se procederá a realizar la cesárea ya que puede poner en riesgo el binomio materno – fetal. Según la guía práctica clínica de Vasco España utilizan el manejo del fórceps, si se cuenta con médicos especializados.<sup>18</sup>

**c) Tercer periodo del parto (alumbramiento):** <sup>17</sup>

- Vigilancia estrecha del alumbramiento.
- Revisión sistemática y cuidadosa de la cavidad uterina incluyendo la histerorrafia previa.

**d) Suspensión del trabajo de parto:**

La prueba de trabajo de parto deberá suspenderse bajo las siguientes circunstancias:

- Sospecha de dehiscencia de histerorrafia.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Falta de progresión del trabajo de parto.

**2.2.3. EVALUACIÓN DE LOS FACTORES PARA PARTO VAGINAL EN CESAREADAS ANTERIORES** <sup>19</sup>

- a) Número De Cesáreas Previas:** Se debe seleccionar a pacientes con sólo una cicatriz previa.
- b) Características de la operación anterior:** Motivo de la cesárea previa: Es necesario que no se repita la causa que originó la cesárea anterior.
- c) Se evaluará** el tipo de cesárea según su antecedente obstétrico, su tipo de indicación (urgente o electiva), según técnica quirúrgica (corporal o clásica, segmento corporal, segmento arciforme o transversal)
- d) Existencia de operaciones uterinas previas:** La existencia de cirugías uterinas posterior a la cesárea actúan modificando el medio intrauterino. Miomectomías, legrados múltiples, fibromas, endometriosis.

**2.2.4. CONTRAINDICACIONES PARA PERMITIR EL PARTO VAGINAL EN MUJERES CON CESÁREA PREVIA**

- Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento arciforme
- Antecedentes de cesárea previa tipo segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas
- Antecedente de cesárea previa reciente (menor a 1 año)
- Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia
- Pelvis no útil clínicamente

- En embarazos pre término y pos término, gemelares o con productos macrosómicos, se valorará cuidadosamente el caso.<sup>17</sup>

### **2.2.5. CESAREA**

La cesárea ha sido incorporada a la práctica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran incrementar el riesgo de muerte para la madre y/o feto. En los últimos años se ha observado que se ha ido incrementando los partos por vía alta, a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberación a la que ha sido conducida.

El porcentaje de cesáreas en el mundo está aumentando, especialmente en los países en vías de desarrollado, en la última década. Chile: 40%, Brasil 80%, China: 22-25 %, India: 20-47 %, Países Árabes: 5-15 %, Malasia: 16 %. En el Perú, 20% de nacimiento en MINSA son por cesárea, siendo la causa más frecuente el hecho de haberse sometido a cesárea en el parto anterior.<sup>10</sup>

En el Instituto Nacional Materno Perinatal, según la oficina de estadística e informática, la tasa de cesárea fue 43,8% en el año 2006 y 46,6 % el 2010.

### **DEFINICION**

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.<sup>17</sup>

### **TIPOS DE CESÁREA <sup>17</sup>**

#### **1. Según antecedentes obstétricos de la paciente.**

- Primera: Es la que se realiza por primera vez.
- Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes De dos o más cesáreas.
- Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

#### **2. Según indicaciones**

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una

Complicación materna o fetal en etapa crítica.

- **Electiva:** Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

### 3. Según técnica quirúrgica.

- **Corporal o clásica:** La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pre término, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.
- **Segmento corporal: (Beck)** La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.
- **Segmento arciforme o transversal: (Kerr)** Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.<sup>17</sup>

## **BENEFICIOS Y RIESGOS DE UNA CESAREA <sup>20</sup>**

### **1. Beneficios Para La Madre:**

El mayor beneficio materno de la cesárea es la potencial protección del piso pelviano que reduce la incidencia de incontinencia de heces, flatos y orina y el prolapso de los órganos pelvianos. El riesgo de tener una cirugía por prolapso o incontinencia de orina es del 11.1 %. Otro potencial beneficio materno es evitar la cesárea de urgencia que aumenta la morbilidad, mejorando el vínculo entre madre e hijo.

### **2. Beneficios Para El Feto:**

Algunos resultados adversos neonatales podrían evitarse si se programaran las cesáreas a las 39 semanas de gestación. La tasa de muerte anteparto o intraparto desde la semana 39 es de 2 en 1000. Algunas de estas muertes podrían prevenirse al programar una cesárea. Hay una mayor transmisión de enfermedades como el HIV, la hepatitis B, la hepatitis C y el HPV en el parto vaginal.

Un trabajo de parto prolongado puede provocar un estado de hipoxia en el feto lo que podría afectar al recién nacido con parálisis cerebral y por ende tener secuelas neurológicas graves, por lo tanto una cesárea en esas circunstancias es favorable para el futuro del recién nacido.

La tasa de complicaciones fetales como, las fracturas y la alteración de nervios se reduce con la cesárea. Sin embargo, salvo en los casos de alto riesgo como los fetos macrosómicos de madres con o sin diabetes, esta complicación es muy rara.

### **3. Riesgos para la Madre:**

La muerte materna como consecuencia de una cesárea existe, pero es en cifras muy bajas, en relación a la morbilidad asociada a una cesárea ha disminuido a nivel mundial, esto porque hay avances en relación a la técnica utilizada y sobre todo por la existencia de antibióticos de amplio espectro.

Las mujeres con el antecedente de una cesárea tienen mayor riesgo de tener rotura uterina, placenta previa, placenta accreta, desprendimiento de placenta y

embarazo ectópico. Dado que la tasa de cesárea aumentó en los últimos 50 años, la frecuencia de placenta accreta se incrementó unas 10 veces. Así mismo seguido de las múltiples complicaciones que pueden suceder después de dicha intervención.

#### **4. Riesgos para el Feto:**

Existen problemas pulmonares neonatales por la cesárea realizada antes de las 39 semanas. El distrés respiratorio iatrogénico es del 0.4%. La hipotensión materna por la anestesia puede causar una acidosis respiratoria fetal transitoria.

### **INDICACIONES PARA REALIZAR UN CESÁREA <sup>17</sup>**

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: maternas, fetales o mixtas.

#### **1. Causas maternas**

##### **Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):**

- Estrechez pélvica.
- Pelvis asimétrica o deformada.
- Tumores óseos de la pelvis.

##### **Distocia de partes blandas:**

- Malformaciones congénitas.
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

##### **Otras causas:**

- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta)

- Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.

## **2. Causas fetales:**

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Cesárea posmortem

## **3. Causas mixtas:**

- Síndrome de desproporción cefalopélvica
- Pre eclampsia/eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isoinmunización materno-fetal.

## **Los casos que se presenta con relativa frecuencia tenemos:**

- **Macrosomía fetal:** Se indica cesárea con peso fetal estimado superior a 4000 g.
- **Infección de transmisión sexual:** Se consideran cesárea electiva la presencia de lesión herpética genital activa intraparto, y gestantes con VIH.
- **Placenta de inserción baja:** Todas las gestantes con inserción de tejido placentario a menos de 2 cm de OCI serán consideradas como partos de riesgo y manejadas como tales.
- **Miomectomía previa** El antecedente de miomectomía previa con entrada en cavidad uterina será evaluado de forma individual, valorando fundamentalmente la longitud de la incisión, orientación y localización.

Las principales indicaciones de la operación cesárea son: <sup>17</sup>

- Incompatibilidad cefalopélvica



- Cesárea previa
- Sufrimiento fetal
- Parto múltiple
- Macrosomía fetal
- Dilatación estacionaria
- Presentación pélvica

### **1. DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA:<sup>17</sup>**

Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal. La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- Pelvis y feto normales con diámetros feto pélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.

### **2. CESÁREA PREVIA:<sup>17</sup>**

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito obstétrico, por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación. De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de permitir un parto vaginal a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones. Se decidirá permitir un parto vaginal en mujeres con cesárea previa, únicamente en establecimientos segundo o tercer nivel de atención con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

### **3. SUFRIMIENTO FETAL:<sup>17</sup>**

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso la muerte fetal. Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto Poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical). El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico. Puede presentarse antes o después del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoimmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa, que se traducen generalmente en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios. Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación.

#### **4. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:<sup>17</sup>**

Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hrs. antes del inicio del trabajo de parto.

La conducta obstétrica en estos casos depende del tiempo de evolución de la ruptura, sospecha o certeza de infección, edad gestacional y madurez fetal.

Ante la ausencia de infección el manejo es conservador e incluye monitoreo clínico materno fetal estricto, limitando la práctica de tactos vaginales, y la realización de exámenes de laboratorio para la detección oportuna de signos y síntomas de infección amniótica. Se requiere el uso

de antibioticoterapia profiláctica y el esquema de maduración pulmonar según sea el caso. Así mismo se valorará el uso de útero inhibidor.

La conducta obstétrica en los casos de ruptura prematura de membranas, es la siguiente:

- a) Menor de 26 semanas de gestación: interrupción del embarazo por vía vaginal con el consentimiento de la mujer.
- b) Entre 26 y 28 semanas de gestación la terminación es vía cesárea y la atención del neonato es por el especialista si no se cuenta con el equipo profesional especializado se debe referir a un nivel de mayor resolución.
- c) Entre 29 y 32 semanas de gestación: se realiza operación cesárea.
- d) Entre las semanas 33 y 36 de gestación: se valorarán las condiciones obstétricas y se resolverá el embarazo por la vía más favorable.
- e) De la semana 37 en adelante: sin trabajo de parto, con el feto en presentación cefálica, flexionada y sin sufrimiento fetal, se inducirá maduración cervical con prostaglandinas durante 12 hrs, con una inducto-conducción subsecuente del trabajo de parto con oxitocina. En caso de que no se cuente con prostaglandinas se mantendrá una actitud expectante durante 24 hrs. en espera del inicio espontáneo del trabajo de parto, de no suceder esto, se procederá a la inducción del trabajo de parto con oxitocina.

En cualquiera de los casos mencionados, ante la sospecha de infección resolver inmediatamente el embarazo, independientemente de la edad gestacional y del grado de madurez pulmonar fetal.

## **5. PRESENTACIÓN PÉLVICA:**<sup>17</sup>

La presentación pélvica ocurre en el 3-4 % del total de los embarazos. En la mayoría de las unidades obstétricas, esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea (excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo).

## **COMPLICACIONES**<sup>21</sup>

Es toda desviación del proceso de recuperación que se espera, después de una intervención quirúrgica.

Existe múltiples clasificación sobre complicaciones de una Cesárea para su estudio se analizara de la siguiente manera:

### 1. **COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS:**<sup>21</sup>

Estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos. Entre las complicaciones maternas se pueden identificar:

- Hipotonía o atonía uterina, hemorragia.
- Lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga.
- Trombo embolismo,
- Prolongación de la histerorrafia que pueda desgarrar o lacerar las arterias uterinas

Las complicaciones hemorrágicas transoperatorias se pueden deber en parte a procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular), pero la mayor parte de casos se debe a la presencia de patologías como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, coagulopatías, atonía uterina o retención placentaria.

No obstante este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica quirúrgica, el alumbramiento farmacológico y la utilización de agentes oxitócicos desde el alumbramiento hasta 2- 4 horas después de parto.

Las complicaciones fetales frecuentes son:

- Traumatismos
- Bronco aspiración
- Depresión respiratoria.

2. **LESIONES NERVIOSAS:** Las lesiones de nervios o compresión de los mismos por el instrumental son poco frecuentes durante la cesárea.

### 3. **COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS**

Se denomina a las que se presentan dentro de las primeras 24 horas después de la intervención quirúrgica.

#### **4. COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS**

Se considera hemorragia sanguínea a la pérdida de sangrado vaginal mayor de 500 cc en parto eutócico y pérdida mayor o igual a 1000 cc en cesárea. La que se origina después de las 24 hrs. del parto hasta la primera semana después del mismo corresponden al puerperio mediato, y cuando se producen más tarde se incluyen en el puerperio tardío.

Pueden estar causadas por:

- Inercia uterina (el útero no se contrae)
- Retención de restos placentarios, endometritis
- Desgarros del cuello del útero
- Miomas submucosos (tumores benignos, es decir no cancerosos, que se originan en la capa muscular del útero).

Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal.<sup>22</sup>

#### **5. COMPLICACIONES INFECCIOSAS<sup>21</sup>**

Son las más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea. Entre ellas las más frecuentes son las endometritis y la infección de la herida quirúrgica.

Otras más graves pero afortunadamente menos frecuentes son sepsis, peritonitis, abscesos pélvico, fascitis necrotizante, tromboflebitis séptica y peritonitis por Vernix Caseosa.

**Fiebre post quirúrgica:** Cuando una puérpera tiene fiebre de 38 grados o más, es porque tiene un proceso infeccioso, que puede estar localizado en la episiotomía o en la cicatriz de la cesárea. La fiebre también puede

producirla una infección en la mama (mastitis), en el útero (endometritis), en los miembros inferiores (tromboflebitis). Generalmente a las 48 hs. después del parto la mujer tiene un pico de fiebre, que no suele ser mayor de 38 grados y dura sólo 24 horas

**Infección de la herida operatoria:** Tiene una frecuencia del 6% de todos los partos acabados por cesárea. La frecuencia se reduce a un 2 % si aplicamos profilaxis antibiótica peri operatoria.

- Infección menor: si no hay alteraciones sistémicas, y si la complicación se resuelve solo con el drenaje o la aspiración del pus.<sup>17</sup>
- Infección mayor: es aquella que altera el estado general del paciente y retarda su alta.<sup>22</sup>

**Factores de riesgo:**<sup>21</sup>

- Cesárea urgente
- Corioamnionitis
- Obesidad
- Diabetes Mellitus
- Malnutrición
- Inmunosupresión
- Tiempo quirúrgico aumentado
- Perdida hemática intensa
- Exámenes vaginales repetidos.

## **6. COMPLICACIONES MATERNAS TARDÍAS:**<sup>21</sup>

- Ruptura uterina en embarazos subsecuentes
- Procesos adherencia les.

## **7. COMPLICACIONES NEONATALES POST CESAREA:**<sup>21</sup>

- Taquipnea transitoria del recién nacido
- Síndrome de adaptación pulmonar.

### **2.4. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS**

- **Cesárea de urgencia:** Es una intervención que surge a consecuencia de una patología aguda, grave de la madre o el feto, la cual produce riesgo vital materno fetal.<sup>23</sup>

- **Cesárea Iterativa:** Es la que se practica en una paciente con antecedente de dos o más cesáreas.<sup>17</sup>
- **Cesárea Previa:** Es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.<sup>19</sup>
- **Cesárea programada:** Es una intervención programada que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal.<sup>23</sup>
- **Cesárea:** Es el nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía) cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones materno-fetales.
- **Contacto piel a piel:** Colocación del neonato desnudo, cubierto con una manta caliente, en posición decúbito ventral sobre el torso de desnudo de la madre.<sup>16</sup>
- **Criterios que Indiquen parto vaginal:** Son aquellas indicaciones que favorecen la terminación de un parto por vía vaginal en gestantes con antecedentes de cesáreas anteriores. Teniendo en cuenta el riesgo y beneficio para el binomio madre- feto.
- **Dehiscencia:** Separación de las capas de una herida quirúrgica.<sup>24</sup>
- **Distocia:** Parto difícil prolongado, doloroso, debido a factores fetales, maternos y alteración de la dinámica uterina.<sup>23</sup>
- **Edad:** Se entiende por edad el tiempo cronológico transcurrido entre el nacimiento y el tiempo presente, que en general se mide en años, a partir de los primeros 12 meses de vida.
- **Efecto poseiro:** Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena. cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral.
- **Histerorrafia:** Sutura del útero.<sup>24</sup>
- **Inducción:** Inicio artificial de contracciones uterinas que conducen a incorporación, dilatación cervical y nacimiento de un producto por vía vaginal mayor de 22 semanas.
- **Inercia Úterina:** Disminución de las contracciones uterinas durante el parto.
- **Paridad:** Número de partos vaginales que tiene una mujer.<sup>13</sup>

- **Parto Vaginal Post Cesárea:** Es permitir un parto vaginal a la paciente que previamente ha sido sometida a una operación cesárea.<sup>11</sup>
- **Parto Vaginal:** Es la expulsión del producto de la cavidad uterina a través del canal del parto.
- **Periodo intergenésico:** Periodo comprendido entre la culminación del embarazo anterior e inicio del nuevo embarazo. También se lo define como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos.
- **Ruptura uterina:** pérdida de la solución de continuidad del musculo uterino, la cual puede ser parcial o total y constituye una catástrofe obstétrica.<sup>23</sup>
- **Trabajo De Parto:** Es un conjunto de fenómenos fisiológicos que tiene por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos.<sup>24</sup>

### **CAPÍTULO III**

#### **PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**



**“FACTORES QUE FAVORECEN EL PARTO VAGINAL EN CESAREADAS ANTERIORES, HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2015”**

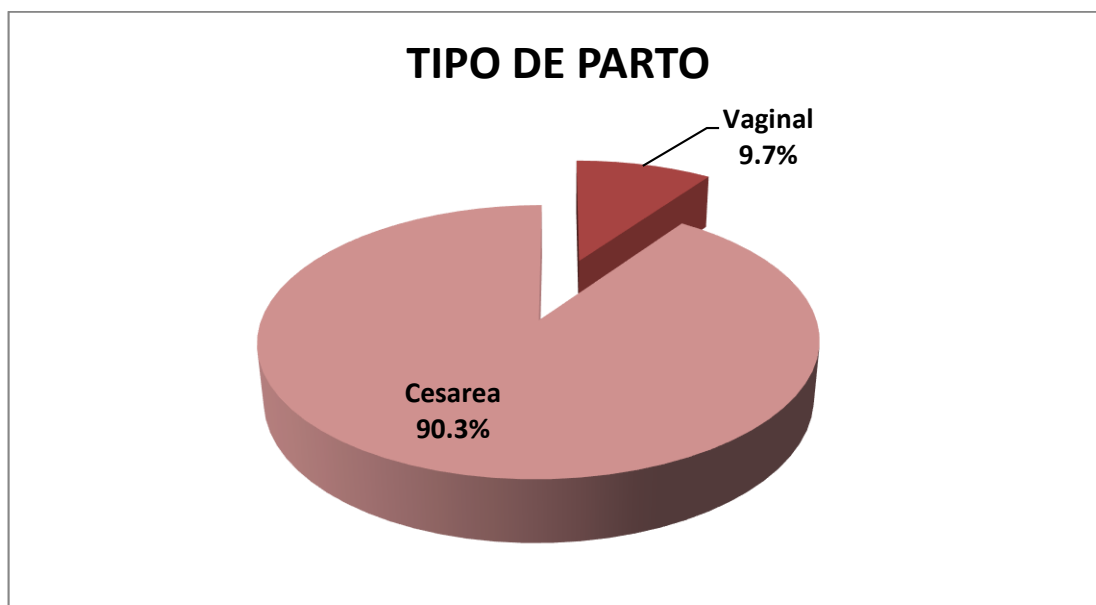
**CUADRO N° 01**

**EN RELACION A PARTOS VAGINALES**

<b>TIPO DE PARTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Cesárea	223	90.3
Vaginal post cesárea	24	9.7
<b>TOTAL</b>	<b>247</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos-Hospital Santa María del Socorro.

Se puede observar que del total de parto en pacientes cesareadas anteriores el 9.7% tuvo parto vaginal y el 90.3% su terminación fue por cesárea.



### “FACTORES QUE FAVORECEN EL PARTO VAGINAL EN CESAREADAS ANTERIORES, HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2015”

**Cuadro N° 02**  
**EN RELACION A LA EDAD**

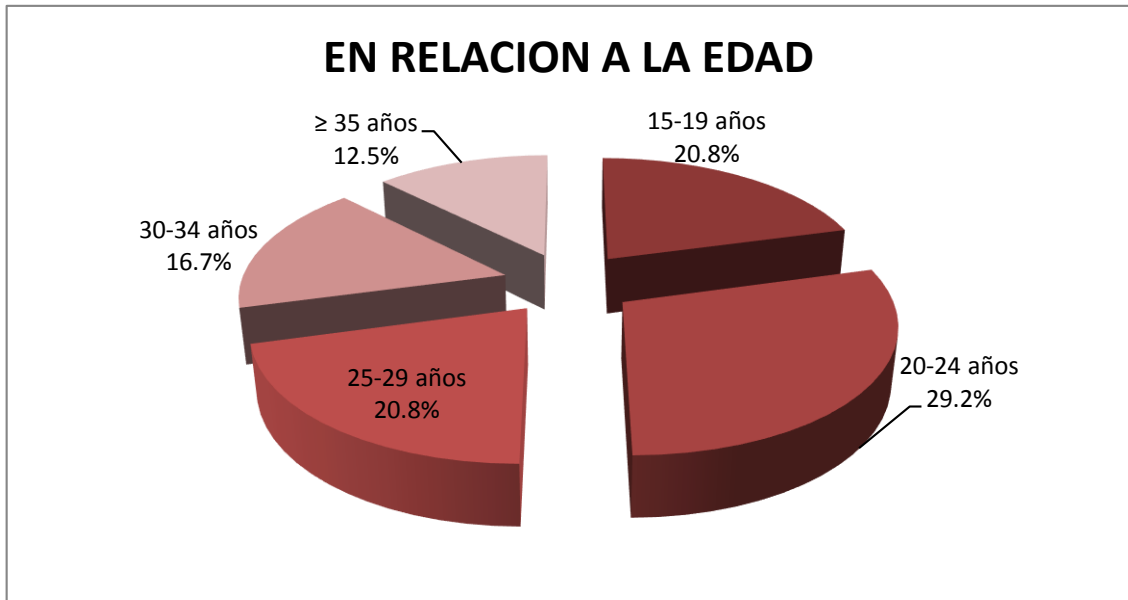
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 19 años	05	20.8
20 - 24 años	07	29.2
25 – 29 años	05	20.8
30 – 34 años	04	16.7
≥ 35 años	03	12.5
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos-Hospital santa María del Socorro.

Se observa que el 29.2% corresponden a parturientas entre 20 a 24 años, seguido del 20.8% entre 15 a 19 y 25 a 29 años, el 16.7% fueron pacientes entre las edades de 30 a 34 años y el 12.5% mayores o igual a 35 años.

Chi cuadrado a 4 grados de libertad= 14.860; Chi cuadrado calculado 77.22

Se concluye que existe relación significativa entre la edad y el parto vaginal en cesareadas anteriores.



**“FACTORES QUE FAVORECEN EL PARTO VAGINAL EN CESAREADAS ANTERIORES, HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2015”**

**Cuadro N° 03**

**EN RELACION A LA PARIDAD**

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nulípara (cesareada anterior)	19	79.2
Múltiparas	04	16.6
Gran múltiparas	01	4.2
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos-Hospital Santa María del Socorro.

Del total de pacientes observamos que el 79.2% corresponde a pacientes nulíparas cesareadas anteriores, seguido del 16.6% de múltiparas y un mínimo porcentaje, 4.2% a grandes múltiparas.

Chi cuadrado a 2 grados de libertad= 10.597; Chi calculado= 39.78

**Conclusión:** Existe relación significativa entre la paridad y el parto vaginal en cesareadas anteriores, Hospital Santa María del socorro Ica 2015



**“FACTORES QUE FAVORECEN EL PARTO VAGINAL EN CESAREADAS ANTERIORES, HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2015”**

**Cuadro N° 04**

**EN RELACION AL PERIODO INTERGENESICO**

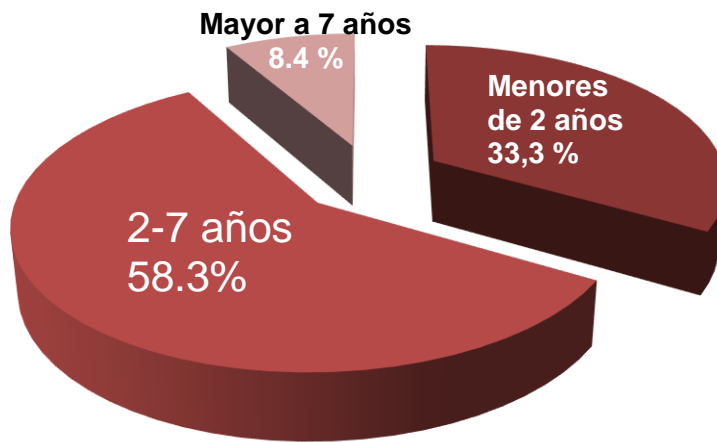
PERIODO INTERGENESICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de 2 años	08	33.3
2 – 7 años	14	58.3
Mayor de 7 años	02	8.4
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>

En relación al periodo intergenésico, el 58.3% tuvieron entre 2 a 7 años, el 33.3% menores de 2 años y el 8.4% fue mayor a 7 años.

Chi cuadrado a 2 grados de libertad= 10.597; Chi calculado= 32.14

**Conclusión:** Existe relación significativa entre el periodo intergenésico y el parto vaginal en cesareadas anteriores, Hospital Santa María del socorro Ica 2015

## EL RELACIÓN AL PERIODO INTERGENESICO



### “FACTORES QUE FAVORECEN EL PARTO VAGINAL EN CESAREADAS ANTERIORES, HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2015”

Cuadro N° 05

#### EN RELACION A ANTECEDENTE DE PARTO VAGINAL

ANTECEDENTE PARTO VAGINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	05	20.8
NO	19	79.2
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos-Hospital Santa María del Socorro.

Las pacientes que tuvieron antecedentes de parto vaginal constituyeron el 20.8% mientras que las pacientes sin antecedente de parto vaginal fueron el 79.2%.

Chi cuadrado a 1 grado de libertad= 7.879; Chi calculado= 16.08

**Conclusión:** Existe relación significativa entre el antecedente de parto vaginal y el parto vaginal actual en cesareadas anteriores, Hospital Santa María del socorro Ica 2015

#### EN RELACION A ANTECEDENTE DE PARTO VAGINAL

**“FACTORES QUE FAVORECEN EL PARTO VAGINAL EN CESAREADAS ANTERIORES, HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2015”**

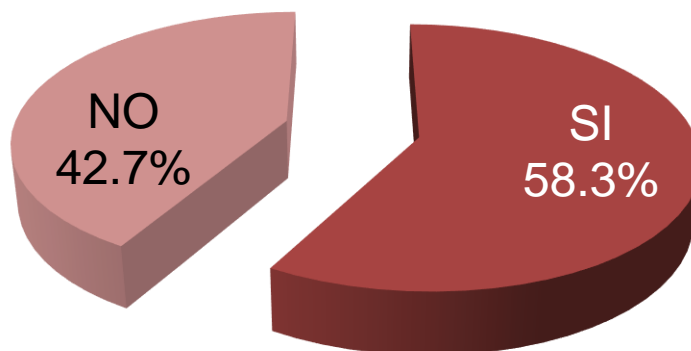
**Cuadro N°06  
EN RELACION A PRESENCIA DE COMPLICACIONES**

<b>COMPLICACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	14	58.3
NO	10	41.7
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos-Hospital Santa María del Socorro.

Las pacientes cesareadas anteriores a quienes se les sometió a parto vaginal, el 58.3% presentó complicaciones y el 41.7% no presentaron complicaciones.

### EN RELACION A PRESENCIA DE COMPLICACIONES



### “FACTORES QUE FAVORECEN EL PARTO VAGINAL EN CESAREADAS ANTERIORES, HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA 2015”

Cuadro N° 07

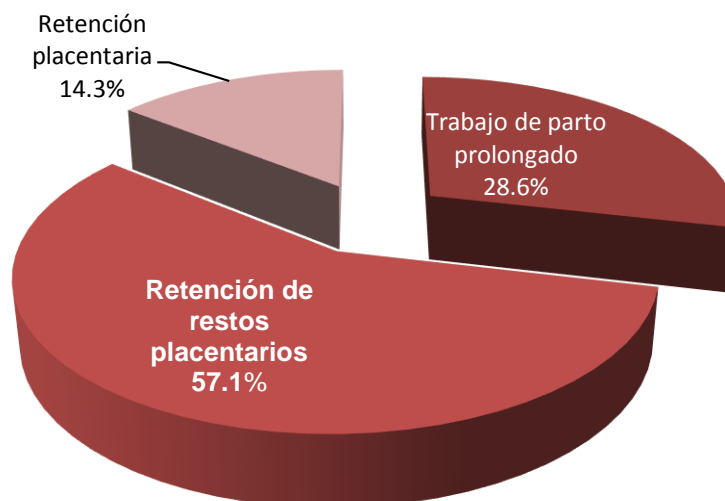
#### EN RELACION A TIPO DE COMPLICACION

TIPO DE COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
T de P prolongado	04	28.6
Retención de restos placentarios	08	57.1
Retención placentaria	02	14.3
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos-Hospital Santa María del Socorro.

El 57.1% de pacientes presentaron retención de restos placentarios, seguido del 28.6% con trabajo de parto prolongado y el 14.3% presentó retención placentaria.

## EN RELACION A TIPO DE COMPLICACION



## DISCUSIÓN

1. En nuestra investigación la primera conclusión al que arribamos es que las pacientes cesareadas anteriores, culminan sus partos en mayor porcentaje en cesárea en un 90.3%, diferenciándose con la investigación de Janser en el 2010 en que tuvieron que el mayor porcentaje culminó en parto vaginal de esta manera rechazamos la investigación; coincidiendo con el estudio de Sandeliz, 2009, por lo que aceptamos esta investigación.
2. Las edades de las cesareadas anteriores con parto vaginal oscilaron entre 20 a 24 años en un 29.2% lo que difiere con el estudio de Romero (2012) cuyas edades oscilaron entre 19 a 20 años, Sánchez entre 20 a 35 años rechazando dichos estudios; coincidiendo con el estudio de Sandeliz (2009) por lo que aceptamos esta investigación.
3. Las gestantes cesareadas anteriores con periodo intergenésico de 2 a 4 años que tuvieron parto vaginal fueron el 37.5% coincidiendo con el estudio de Romero (2012) por lo que se acepta dicha investigación.



4. En cuanto a las pacientes que tuvieron complicaciones, éstas fueron la retención de restos placentarios, trabajo de parto prolongado y la retención de placenta, no coincidiendo con el estudio de Pérez (2012) quien tuvo complicaciones como endometritis, infección de herida operatoria, infección del tracto urinario por tal motivo rechazamos esta investigación.

## **CONCLUSIONES:**

1. Las pacientes cesareadas anteriores, culminan sus partos en mayor porcentaje en cesárea.
2. Existe relación significativa entre la edad, la paridad, el antecedente de parto vaginal y el periodo intergenésico con el parto vaginal en cesareadas anteriores
3. Las edades de las cesareadas anteriores con parto vaginal oscilaron entre 20 a 24 años.
4. Las nulíparas son las pacientes que tuvieron parto vaginal en cesareadas anteriores.
5. El periodo intergenésico predominante el de 2 a 4 años en pacientes que tuvieron parto vaginal en cesareadas anteriores.
6. Pacientes que no tuvieron antecedente de parto vaginal en el embarazo actual concluyen en cesárea.
7. Los partos vaginales en cesareadas anteriores tienen mayores complicaciones, siendo estas la retención de restos placentarios, trabajo de parto prolongado y la retención de placenta.

## **RECOMENDACIONES:**

1. Evaluar en forma exhaustiva los factores de riesgo de las gestantes con antecedente de cesárea anterior.
2. Realizar actividades de promoción de la salud a fin de que la población reconozca los factores de riesgo de las cesareadas anteriores.
3. Realizar actividades preventivas promocionales a fin de que se concientice a la población de que las edades óptimas para el embarazo se encuentran entre los 20 a 29 años.
4. Realizar investigaciones sobre la paridad como factor de riesgo para cesáreas.
5. El personal de salud deberá concientizar a las usuarias para el uso de un método anticonceptivo en cesareadas y mantener el periodo intergenésico adecuado para el próximo embarazo.

6. Evaluar las indicaciones de cesáreas anteriores para tener la certeza de los factores que acontecieran dicho procedimiento y así poder tomar una decisión correcta.
7. Todo personal de salud involucrado en la atención materna deberá tener en cuenta las complicaciones que se presentan en los partos vaginales de cesareadas anteriores para evitar que éstas se produzcan, y estar preparados para la solución de los casos y evitar así un desenlace que comprometa la vida de la madre y/o del niño.

## ANEXOS

### Fuente Bibliográfica

1. Declaración de la OMS sobre las tasas de cesárea. 2014
2. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2009. Disponible en: [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe) [consulta: 24 de noviembre de 2011]
3. Pérez M, 2012 - “Parto Vaginal en la Cesareada Anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé – Lima
4. Gonzales - Cesáreas se disparan en estados unidos y la muerte de las madres en el parto-2010 <http://www.20minutos.es/noticia/649974/0/cesarea/revision/protocolos/>
5. Vargas A. y colaboradores. “Parto vaginal después de una cesárea aplicando un puntaje al momento del ingreso al hospital” – 2013 Perú.
6. Janser M, 2010 - “Manejo de la paciente con una Cesárea anterior, en el Hospital Nacional Escuela de Honduras.

7. Sánchez R, y Col., 2009 - "Parto Vaginal en pacientes con antecedentes de una Cesárea Previa en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro – México.
8. Rodríguez E, y Col. - 2010 - "Vía de Parto tras Cesárea Anterior: factores asociados en el Hospital Central – Austria.
9. Sandeliz E, y Col. – 2009 - "Parto Fisiológico en Pacientes con Cesárea Previa en el Hospital Gineco - Obstétrico Mariana Grajales – Cuba
10. Romero J, 2012 - "Determinación de los Factores Favorables para un Parto Vaginal post cesárea en Primigesta juveniles de 15 – 20 años en el hospital
11. Misajel J, y col. – 2011 - "Parto Vaginal en Cesareada anterior" en el Hospital Uldarico Rocca F. Es salud Villa El Salvador – Lima.
12. Gastelú D, 2013 - "Incidencia y Factores Socio demográficos y Médicos de las Cesáreas en el Hospital de Apoyo San José de Chincha Región Ica..
13. Schwartz R. y Cols.- 2008- Atención prenatal y del parto de bajo riesgo Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Uruguay.
14. Ministerio de Salud Hospital - Santa Rosa. Departamento de Gineco Obstetricia Guías de Práctica Clínica Médico Quirúrgica, Pág. 2008. PARTO VAGINAL.
15. Libro de Andrés Mongrut, Tratado de obstetricia, trabajo de parto pag.
16. Contacto piel a piel inmediata en sala de partos, DR. Dante Carbajal Villaverde UCI – NEONATAL, ESSALUD - HNERM – 2012. [http://es.slideshare.net/udmatronasceuta/contacto-precoz-piel-con-piel.](http://es.slideshare.net/udmatronasceuta/contacto-precoz-piel-con-piel)
17. Secretaria de Salud México, CESAREA SEGURA. Lineamiento Técnico. 2012
18. Guía de práctica clínica sobre la atención de parto normal – febrero 2011- vasco –España
19. Manual para la Práctica Clínica – Ministerio de Salud, Área de Ginecología y Obstetricia Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Septiembre de 2011.

20. Patiño D. y colaboradores. "PREVALENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA Y CORRELACIONAR EL DIAGNOSTICO CLINICO – QUIRURGICO" – 2010 Ecuador.
21. Pucha A. "FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO JULIO 2013 – JULIO 2014
22. William 2012
23. Guía Práctica De Atención Del Parto Por Cesárea – ECUADOR -2015 (DEFINICION DE TERMINOS BASICOS).
24. Diccionario médico – DORLAND - EDICION 28° - AÑO 2010.

## 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “FACTORES QUE FAVORECEN LA ATENCIÓN DE UN PARTO VAGINAL EN CESAREADAS ANTERIORES, HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – ICA 2015”

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	FUENTE
<p><b>Problema Principal:</b> ¿Cuáles son los factores que favorecen la atención de un parto vaginal en cesareadas anteriores en pacientes atendidas en el hospital Santa María del Socorro Ica - 2015?</p> <p><b>Problemas Secundarios:</b> ¿De qué manera la edad de la paciente es un factor que favorece un parto vaginal en cesareadas anteriores en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015?</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar los factores que favorecen la atención de un parto vaginal en cesareadas anteriores en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b> Determinar si la edad de la paciente es un factor que favorece un parto vaginal en cesareadas anteriores en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015?</p>	<p><b>Hipótesis Principal:</b> El presente trabajo no requiere hipótesis por ser un trabajo de investigación descriptiva.</p>	<p><b>Variable Dependiente:</b> Factores favorecen el parto vaginal en cesareadas anteriores</p>	<p>- Edad</p> <p>- Paridad</p> <p>- Período intergenésico</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>≤ 19 años 20 – 34 años ≥ 35 años</p> <p>-Nulípara -Multípara -Gran multípara</p> <p>Adecuado Corto Largo</p>	<p>Historia clínica</p>

<p>¿De qué manera la paridad, el periodo intergenésico y el antecedente de parto vaginal son factores que favorece un parto vaginal en cesareadas anteriores en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones del trabajo de parto en pacientes cesareadas anteriores sometidas a un parto por vía vaginal en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015?</p>	<p>Conocer de qué manera la paridad, el periodo intergenésico y el antecedente de parto vaginal son factores que favorece un parto vaginal en cesareadas anteriores en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015?</p> <p>Identificar las complicaciones del trabajo de parto en pacientes cesareadas anteriores sometidas a un parto vaginal en el Hospital Santa María del Socorro Ica - 2015?</p>		<p><b>Variable Independiente</b></p> <p>Parto Vaginal</p>	<p>- Antecedente de parto vaginal.</p> <p>Si No</p>	<p>Si No</p>	
--	---	--	---	---	------------------	--



### 3.- FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

#### “FACTORES QUE FAVORECEN LA ATENCIÓN DE UN PARTO VAGINAL EN CESAREADAS ANTERIORES, HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – ICA 2015”

Ficha N° \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Paridad: nulípara \_\_\_\_\_ Multípara \_\_\_\_\_ Gran multípara \_\_\_\_\_

Periodo intergenésico: Menor de 2 años \_\_\_\_\_ 2 a 4 años \_\_\_\_\_ > de 4 años

Tipo de cesárea anterior: Segmentaria: \_\_\_\_\_ Corporal \_\_\_\_\_

Presentación: Cefálica: \_\_\_\_\_ podálica: \_\_\_\_\_

Situación: longitudinal: \_\_\_\_\_ Transversa: \_\_\_\_\_

Parto vaginal: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

#### **Complicaciones del parto:**

- Descenso detenido de la presentación: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

-Trabajo de parto prolongado: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

-Retención de restos placentarios: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

-Retención placentaria: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_