



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS:

**“FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS AL ÉXITO DE
PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UN PARTO POR CESÁREA EN
EL HOSPITAL DE CHANCAY, 2015”**

PRESENTADO POR:

Bach. Obst. CAVERO MELENDEZ SILVIA PATRICIA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

HUACHO- PERÚ

2015

DEDICATORIA

A mi abuela, por estar presente en los momentos importantes de mi vida y brindarme sus sabios consejos, en memoria de dos grandes personas, que desde el cielo guían mi camino, a mi abuelo Silvio y mi hermana Aixa.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a DIOS, porque siempre está presente y haberme guiado durante toda mi formación profesional, a mis padres por darme la vida, por todas sus enseñanzas, y su apoyo constante; a mis hermanos, por ser parte importante de mi vida; un agradecimiento especial a mi asesora Lic. María Sánchez, por la dedicación y apoyo incondicional que ha brindado a este trabajo. Gracias por la confianza; a mis docentes universitarios, ginecólogos y obstetras del Hospital de Chancay, por brindarme sus conocimientos, enseñanzas y experiencias en el campo de la salud; conduciéndome al camino del éxito para el bienestar de mi comunidad y el desarrollo del país.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo, determinar los factores obstétricos asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015, por ser un estudio descriptivo, el presente trabajo de investigación no presentó hipótesis. Es un estudio de tipo observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo; el diseño de investigación utilizado fue el no experimental ya que no existe manipulación activa de las variables, transeccional y descriptivo. Para la medición de las variables se utilizó la técnica de la observación, teniendo como instrumento la ficha de recolección de datos, reestructurado en base a la historia clínica.

El procesamiento estadístico de los datos se realizó por medio de la aplicación del paquete estadístico SPSS en su versión 21. Se trabajó con una muestra de 92 gestantes con antecedente de una cesárea previa, que cumplieron con los criterios de inclusión; en esta investigación se encontró que los factores obstétricos asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en cuanto a los factores maternos relacionados con las características socio-demográficas y los antecedentes gineco-obstétricos, en el presente estudio son los siguientes: la edad, gestantes con edad de 20 a 34 años fue de 72,8%; el grado de instrucción, destacando el grado secundario con un 65,2%, y por último la paridad, siendo la mayoría multíparas con un 97,8%, teniendo en cuenta que cualquier parto vaginal previo, sea antes o después de la cesárea, mejora de manera significativa el pronóstico de un parto vaginal posterior exitoso. En cuanto a los factores fetales tenemos lo siguiente: De acuerdo a la valoración de la edad gestacional al momento del ingreso tenemos que el 80,4% presentó una edad gestacional a término (37-40 ss) y el 19,6% una edad gestacional en vías de prolongación, resaltando que la madurez fetal es importante para someter a una prueba de trabajo de parto y lograr así un parto vaginal exitoso. Teniendo en cuenta que se dio prueba de trabajo de parto, en el 77,2%, lo cual indica que el feto responde favorablemente ante la prueba de trabajo de parto, logrando así un parto vaginal exitoso en un 48,9% y por otra parte los fetos que no respondieron a esta prueba de trabajo de parto fue de 28,3%, culminando el parto por vía cesárea y principalmente por sufrimiento

fetal agudo. El porcentaje de éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en este estudio fue de 48,9%, teniendo así mismo que el 51,1% fue un fracaso de parto vaginal después de un parto por cesárea, siendo sometidas nuevamente a una cesárea. La prueba de trabajo de parto, se logró en el 77,2% de gestantes, en cuanto al manejo del trabajo de parto, el 56,5% tuvo un trabajo de parto espontáneo, el 14,1% tuvo un trabajo de parto conducido y el 6,6 un trabajo de parto inducido con oxitocina y según la evolución de trabajo de parto, el 53,2% de las pacientes llegaron en trabajo de parto fase activa, el 15,2 % en trabajo de parto fase latente y el 3,3% llegó en período expulsivo, en cuanto a la duración del trabajo de parto, menos de 14 horas, representa un 95,7% y un 4,3% de 14 a 20 horas. Las pacientes que no fueron sometidas a una prueba de trabajo de parto, representan el 22,8 %, por lo consiguiente no tuvieron ningún tipo de manejo de trabajo de parto, el 12% de las pacientes llegaron en pródromos de trabajo de parto y el 16,3% en no labor de trabajo de parto. Teniendo así el fracaso del parto vaginal y que nuevamente las pacientes fueron sometidas a una cesárea, con un 51,1%. Se concluye así que las cesáreas no fueron innecesarias, la indicación de ésta fue por causas justificables como: sufrimiento fetal agudo, trabajo de parto disfuncional, preeclampsia severa, alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, oligohidramnios severo, entre otras complicaciones maternas y/o fetales.

Palabras claves: Factores obstétricos, éxito de parto vaginal, cesárea anterior.

ABSTRACT

This research work was aimed, determine the obstetric factors associated with the success of vaginal birth after a caesarean birth in the Hospital de Chancay, 2015 period, being a descriptive study, this research work not presented hypothesis. It is an observational, cross-sectional, retrospective and descriptive study; the research design used was the pilot not because there is no active manipulation of the variables, transseccional and descriptive. For the measurement of the variables is used observation technique, taking as an instrument the data collection tab, restructured on the basis of the clinical history.

Statistical data processing was carried out through the application of the statistical package SPSS version 21. We worked with a sample of 92 pregnant women with a history of a previous cesarean, which met the inclusion criteria; in this research it was found that obstetric factors associated with the success of vaginal birth after cesarean on maternal factors related to the socio-demographic characteristics and gynecologic history, in the present study are the following: age, pregnant women with 20 to 34 years old was 72.8%; the degree of instruction, highlighting secondary grade with 65.2%, and finally the parity, the multiparous majority with a 97.8%, taking into account that any previous vaginal birth, either before or after the caesarean section, significantly improves the prognosis for a successful subsequent vaginal birth. As for fetal factors we have: According to the assessment of gestational age at entry we have 80.4% presented a gestational age at term (37-40 ss) and 19.6% a gestational age developing extension, highlighting that fetal maturity is important to submit to a test of labor and thus achieve a successful vaginal delivery. Taking into account that was proof of labor, 77.2%, which indicates that the fetus responds favorably to test work, thus achieving a successful vaginal delivery by 48.9% and moreover fetuses who did not respond to this test of labor was 28.3%, culminating birth via caesarean and mainly for acute fetal distress. The success rate of vaginal birth after a caesarean birth in this study was 48.9%, considering also that 51.1% was a failure of vaginal birth after a caesarean birth, being subjected again to a cesarean. Labour test, was

achieved in 77.2% of pregnant women, in terms of labour management, 56.5% had a job of spontaneous birth, 14.1% had led labor and 6.6 labor induced with oxytocin and according to the evolution of labor, 53.2% of the patients came in work of childbirth active phase 3.3% and 15.2% in childbirth latent stage work came in second stage, the duration of labour, less than 14 hours, represents a 95.7% and 4.3% of 14 to 20 hours. Patients who were not undergoing a test of labor, accounting for 22.8%, therefore did not have any kind of labour management, 12% of the patients arrived in prodromos of labor and 16.3% in no work of labor. So the failure of vaginal birth and again patients were subjected to a cesarean, with 51.1%. It is concluded that Cesareans were not unnecessary, the indication of this was justifiable causes such as: acute fetal distress, dysfunctional labour, severe pre-eclampsia, alterations in fetal heart rate, severe oligohydramnios, among other maternal or fetal complications.

Keywords: obstetric factors, successful vaginal delivery, previous cesarean.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| DEDICATORIA..... | ii |
| AGRADECIMIENTOS | iii |
| RESUMEN | iv |
| ABSTRACT | vi |
| INTRODUCCIÓN | x |
| CAPÍTULO I | 1 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 1 |
| 1.1. Descripción de la realidad problemática..... | 1 |
| 1.2. Delimitación de la investigación | 4 |
| 1.2.1. Delimitación temporal | 4 |
| 1.2.2. Delimitación geográfica..... | 4 |
| 1.2.3. Delimitación social | 4 |
| 1.3. Formulación de problema | 4 |
| 1.3.1. Problema Principal..... | 4 |
| 1.3.2. Problemas Secundarios..... | 4 |
| 1.4. Objetivos de la investigación | 5 |
| 1.4.1. Objetivo General..... | 5 |
| 1.4.2. Objetivos Específicos..... | 5 |
| 1.5. Hipótesis de la investigación | 5 |
| 1.5.1. Hipótesis Principal | 5 |
| 1.6. Justificación de la investigación | 6 |
| CAPÍTULO II | 7 |
| MARCO TEÓRICO | 7 |
| 2.1. Antecedentes de la investigación | 7 |
| 2.1.1. Antecedentes Internacionales..... | 7 |
| 2.1.2. Antecedentes Nacionales | 12 |
| 2.2. Bases teóricas | 16 |
| 2.2.1. Parto vaginal después de Cesárea Anterior | 16 |
| 2.2.2. Factores asociados a Éxito de Parto vaginal después de una Cesárea..... | 39 |

| | |
|--|----|
| 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS | 43 |
| CAPÍTULO III | 46 |
| METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 46 |
| 3.1. Tipo de investigación | 46 |
| 3.2. Diseño de la investigación | 47 |
| 3.3. Población y muestra de la investigación | 47 |
| 3.4. Variables, dimensiones e indicadores | 48 |
| 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 52 |
| 3.6. Procedimientos | 53 |
| CAPÍTULO IV..... | 55 |
| RESULTADOS..... | 55 |
| 4.1. Resultados..... | 55 |
| 4.2. Discusión de los resultados | 73 |
| CONCLUSIONES | 79 |
| RECOMENDACIONES | 82 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 84 |
| REFERENCIAS ELECTRÓNICAS..... | 88 |
| Anexo N°1: Matriz de Consistencia..... | 89 |
| Anexo N°2: Ficha de Recolección de Datos | 92 |
| ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS | 96 |

INTRODUCCIÓN

La obstetricia moderna, tiene aspectos controversiales, pero ninguno ha sido tan controvertido como el tratamiento de la mujer que ha tenido antes una cesárea. Por muchas décadas, casi todos consideraron que un útero cicatrizado era una contraindicación para el parto vaginal por temor al desgarro uterino. Cragin hizo su famoso pronunciamiento, citado muy a menudo y que ahora parece exagerado: "Una vez cesárea, siempre cesárea".

Según la Organización Mundial de la Salud, la tasa de cesárea ideal es alrededor de 10-15%. Y sin embargo son muchos los países que superan esas cifras, incluyendo España, que tiene una tasa muy superior de un 21%, según datos del último informe de 2013 de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Considerándose un problema de salud pública tanto a nivel internacional como nacional. En un esfuerzo por contrarrestar la tasa creciente de cesáreas, el American College of Obstetricians and Gynecologists (1988) recomendó aconsejar a la mayoría de las mujeres que tenía una cesárea previa con incisión transversa baja que intentara el trabajo de parto en un embarazo subsiguiente. En consecuencia, la frecuencia de partos vaginales después de cesáreas, denominados a menudo VBAC (vaginal birth after cesarean) se incrementó en grado notable.

El parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa, es una parte importante del esfuerzo para reducir el número de partos por cesárea, y así evitar cesáreas innecesarias. La tasa esperada para parto después de cesárea es del 75% al 82% con una relativamente baja tasa de complicaciones (0.8%), incluyendo una tasa de mortalidad perinatal relacionada con ruptura uterina del 0.024%. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, establece como valor adecuado o indicador de calidad asistencial, una tasa superior al 40% de partos vaginales en mujeres con cesárea previa.

En algunas revisiones se ha sugerido que las tasas de éxito de parto vaginal varían de acuerdo con la indicación de la cesárea inicial y de otras variables, mejorando con el test de Bishop favorable, inicio de parto espontáneo, presentación podálica como indicación de la cesárea anterior, parto vaginal previo, parto vaginal tras la cesárea anterior, edad materna, entre otros factores obstétricos que están asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea.

Este trabajo de investigación permitió determinar los factores obstétricos asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, periodo 2015.

La tesis para un mejor entendimiento, está estructurada en los siguientes capítulos, en el capítulo I, trata sobre el planteamiento del problema que comprende la descripción de la realidad problemática, delimitaciones de la investigación, formulación del problema, así como también objetivos y justificación de la investigación, la hipótesis no se toma en cuenta ya que es un trabajo descriptivo. El capítulo II, corresponde al marco teórico, que comprende los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos. El capítulo III, se desarrolla netamente en la metodología de la investigación, lo que se incluye es el tipo y diseño de la investigación, población y muestra de la investigación, así como también las variables, dimensiones e indicadores, técnicas e instrumentos de la recolección de datos y el procedimientos de estos. En el capítulo IV, se presentan todos los resultados que se obtuvieron gracias a todos los criterios diseñados, desde el recojo de datos de la muestra de estudio con los instrumentos de la investigación, previamente validados, hasta el procesamiento estadístico de los datos, la construcción de tablas de frecuencia, el análisis descriptivo y gráficos, además se desarrolla la discusión de los resultados, el cual permitirá arribar la formulación de conclusiones y recomendaciones; finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos que corresponden a la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Una de las principales controversias en la obstetricia es el manejo de una paciente con antecedente de cesárea anterior en una nueva gestación. El parto vaginal después de cesárea (VBAC, por sus siglas en inglés) ha sido un tema polémico en obstetricia por más de 30 años. Las recomendaciones respecto a una prueba de trabajo de parto post cesárea (TOLAC, por sus siglas en inglés) se basan principalmente en la experiencia y estudios de observación, más que en evidencia científica rigurosa. El dramático aumento en las tasas de cesárea en años recientes ha intensificado la atención sobre el VBAC. Algunos problemas contemporáneos ejercen en el parto vaginal después de un parto por cesárea, un efecto importante, incluyendo elementos financieros y médico legales disuasivos para la prueba de trabajo de parto post-cesárea, las solicitudes de cesárea electiva por parte de las mujeres, y los lineamientos cambiantes de sociedades profesionales¹

El parto vaginal en pacientes con cesárea anterior es una condición ampliamente debatida, presentando controversias en su manejo como

¹ **James R. Scott, MD.** Parto Vaginal Después de Cesárea: Un Planteamiento de Sentido Común. *Obstet Gynecol* 2011; 118:342–50.

es la vía de terminación del embarazo y sus ventajas tanto para la madre como para el feto. Pese al descenso en las tasas de parto después de una cesárea, se han dedicado esfuerzos al estudio de esta alternativa, que buscan describir poblaciones con mayores riesgos de complicaciones, lo cual permita determinar en qué casos es una opción segura. Actualmente se presenta el parto vaginal en pacientes con cesárea anterior, como una alternativa segura que no presenta un incremento en la morbilidad materno-fetal y debe adoptarse siempre y cuando no existan contraindicaciones para el mismo. El principal argumento que se tenía para contraindicar esta conducta en las pacientes con cesárea previa, lo constituía el temor a la ruptura uterina; sin embargo los estudios epidemiológicos revelan que este riesgo no es mayor a los beneficios que puedan obtenerse con un parto por vía vaginal.²

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), se ha considerado que la tasa “ideal” de cesáreas se encuentra entre el 10% y el 15%. Nuevos estudios revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando dicha tasa se acerca al 10%, pero no hay pruebas de que las tasas de mortalidad mejoren cuando se supera esa cifra del 10%.³

Según la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), a nivel internacional, siendo en EEUU: Luego de las recomendaciones de la misma, se elevó la tasa de parto vaginal en cesareada anterior 1 vez, del 3.5% (1980) al 28% (1996). Posteriormente, con la aparición de reportes de ruptura uterina relacionados al parto vaginal en cesareada anterior 1 vez (PVCA1v) y

² Barber E, Lundsberg L, Belanger K, Pettker C, Funai E, Illuzzi J. Indications contributing to the Increasing Cesarean Delivery Rate. *Obstet Gynecol* 2011;118: 29-38.

³ OMS Y HRP. Declaración de la OMS sobre tasas de Cesárea. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS. 2015. 15 (02):1-8.

demandas legales, es que ha ocurrido un dramático retroceso llegando al 8.5% en el 2007. En países europeos aún se mantiene alto, como el caso de Inglaterra con una tasa del 33% de parto vaginal en cesareada anterior 1 vez.

En el Perú La frecuencia es variable. En general se observa que la tendencia actual es baja, luego de haber alcanzado tasas importantes. En Lima según Ramírez J. en el Hospital San Bartolomé, en su estudio del 2000 a 2007, el 39% de las pacientes con antecedente de una cesárea previa terminaron su gestación por vía vaginal, siendo el porcentaje de chance vaginal exitoso 55%.⁴El mismo fenómeno se observa en el Hospital Cayetano Heredia donde Sáenz C. y Col, encontró una disminución del 50% de tasa de parto vaginal en cesárea anterior 1 vez, en la última década.⁵

La tasa actual en el Hospital San Bartolomé, de enero a junio 2013 es de solo 16.9%. Asimismo en el Hospital de Chancay, para el año 2012 se registró un total de 333 cesáreas que representa el 30.80 %; para el año 2013 se registraron un total de 323 cesáreas, que representa el 28.97 %; para el año 2014 se registraron un total de 319 cesáreas, que representa el 26.41 %; lo que se interpreta una disminución de la tasa de cesáreas a lo largo de los 3 últimos años, debido que se da como alternativa segura al parto vaginal después de un parto con cesárea.

⁴ **Ramírez J.** Parto vaginal Vs. Cesárea iterativa en cesareada anterior una vez. Experiencia del Hospital San Bartolomé, Simposio internacional, Febrero 2006.

⁵ **Sáenz C.** Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones materno-neonatales. Rev. Per. Gineco- Obst 2010; 56:232-237.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación temporal

Gestantes atendidas en el período comprendido entre abril del 2014 a marzo del 2015.

1.2.2. Delimitación geográfica

La investigación se realizó en el Hospital de Chancay, en el área de Gineco- obstetricia.

1.2.3. Delimitación social

El estudio se realizó con las historias clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital de Chancay en el período abril del 2014 a marzo del 2015.

1.3. Formulación de problema

1.3.1. Problema Principal

¿Cuáles son los factores obstétricos asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015?

1.3.2. Problemas Secundarios

1. ¿Cuáles son los factores maternos que están asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015?

2. ¿Cuáles son los factores fetales que están asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015?

3. ¿Cuál es el porcentaje de éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar los factores obstétricos asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Determinar y relacionar los factores maternos que están asociados al éxito de un parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015.
2. Determinar los factores fetales asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015.
3. Determinar el porcentaje de éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015.

1.5. Hipótesis de la investigación

1.5.1. Hipótesis Principal

Por ser un estudio descriptivo no requiere de hipótesis.

1.6. Justificación de la investigación

Debido a las altas incidencias de cesáreas, y una baja incidencia en parto vaginal en una mujer con antecedente de cesárea anterior, son considerados problemas de salud pública tanto a nivel internacional como nacional. Sin embargo, no debe considerarse un solo criterio de cesárea, por lo que se debe realizar una valoración obstétrica integral, para así determinar de una manera objetiva la conducta a seguir.

Aspecto Teórico: Se observa un notable incremento del número de cesáreas realizadas en relación a los partos vaginales a nivel mundial, identificándose en muchos casos la cesárea anterior como uno de los principales criterios para realizar esta cirugía. Por lo consiguiente es muy necesario que se determine los factores que se relacionan con el éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea.

Aspecto Práctico: Esta investigación busca contribuir a desarrollar mejor las intervenciones oportunas en el equipo de salud, teniendo una buena óptica en los factores obstétricos asociados así como en los factores maternos y factores fetales para el éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea. Pero para poder lograr esto es necesario la participación mutua tanto del personal de salud, la comunidad y del individuo en la atención primaria de salud. Teniendo muy en cuenta a este grupo de pacientes y los procedimientos que se realizan, la atención y beneficios que se les brinda para mejorar su vida tanto personal, familiar y social.

Aspecto Metodológico: El aporte de la presente investigación pretende construir un criterio más amplio de fundamentos y estrategias que ayuden a mejorar el manejo oportuno y adecuado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

- 1) **Cuero Vidal Olga Lucía, Clavijo Prado Carlos Andrés. Parto Vaginal Después de una Cesárea Previa, Hospital San Juan de Dios. Colombia 2008.**⁶ En su trabajo de investigación su objetivo fue determinar la incidencia de parto vaginal después de una cesárea previa y evaluar la capacidad predictiva del puntaje predictor de parto vaginal descrito por Flamm en 1997. Siendo un estudio de cohorte retrospectivo de mujeres con antecedente de cesárea y embarazo de al menos 37 semanas, que consultaron al Hospital San Juan de Dios de Cali (HSJD) entre mayo 30 de 2007 y mayo 30 de 2008. Se calculó la tasa de parto vaginal y se evaluó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) y las razones de verosimilitud positiva (RVP) y negativa (RVN) del puntaje predictor de parto vaginal después de una cesárea cuando los valores de estos son de 4 o más y de 8 o más. Teniendo como resultados: La proporción de parto vaginal en este grupo fue del 20,3%. El 36% de las gestantes con

⁶ **Cuero Vidal Olga Lucía, Clavijo Prado Carlos Andrés.** Parto Vaginal Después de una Cesárea Previa, Hospital San Juan de Dios. Cali. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Colombia 2011, 62(2):148-154.

puntajes entre 4 y 7 tuvieron parto vaginal y el 83% de las gestantes con 8 o más puntos. Con un punto de corte ≥ 4 puntos la sensibilidad fue de 85,7%, la especificidad 69,1%, VPP 41,3% y VPN 95%, RVP 2,8 y RVN 0,2. Si el punto de corte fue ≥ 8 la sensibilidad fue de 83,3%, la especificidad 82,6%, VPP 17,9% y VPN 99,1%, RVP 4,8 y RVN 0,2. Concluyendo así que la frecuencia de parto vaginal posterior a cesárea es del 20%. Las gestantes con puntajes menores de 4 tuvieron una baja probabilidad de tener un parto vaginal.

- 2) **Tessmer Tuck Jennifer A, El-Nashar Sherif A, R. Racek Christine Adrienne M. Lohse. Abimbola O. Famuyide. Myra J. Wick. Predicting Vaginal Birth after Cesarean. Iowa, 2010.**⁷ En su investigación, su objetivo fue desarrollar un modelo para predecir el parto vaginal después de un parto por cesárea (VBAC) y comparar la precisión de este modelo a la exactitud con un modelo ampliamente utilizado. Se recogieron datos demográficos y clínicos. Asociaciones de estas características con un parto vaginal después de un parto por cesárea se evaluaron con univariante y multivariante de regresión logística. Críticamente se compararon la exactitud del modelo resultante a un modelo ampliamente utilizado previamente publicado para predecir un parto vaginal después de una cesárea (VBAC). Teniendo como resultado, un total de 2.635 partos con cesárea previa por lo menos, trabajo de parto en cesárea anterior (TOLAC) fue intentado en 599 (22,7%) y resultó en 456 partos vaginales después de una cesárea (VBAC), lo que representa 76.0% y 143 cesáreas a repetir (24,0%). El éxito de parto vaginal en cesárea anterior (PVDC) fue independientemente asociado con la edad < 30 años,

⁷ **Tessmer Tuck Jennifer A, El-Nashar Sherif A, R. Racek Christine Adrienne M. Lohse. Abimbola O. Famuyide. Myra J. Wick. Predicting Vaginal Birth after Cesarean. Gynecologic and Obstetric Investigation, Iowa, USA. 2014;77:121–126.**

índice de masa corporal < 30, parto vaginal previo, previo parto vaginal después de una cesárea y ausencia de una indicación recurrente para cesárea. Este modelo proporciona un rango de probabilidad de éxito de parto vaginal en cesárea anterior (38 – 98%) con un área bajo el receptor de la curva característica de 0.723. Concluyendo así que este estudio proporciona un modelo simple y preciso que puede ser utilizado para guiar las decisiones relacionadas con trabajo de parto en cesárea anterior.

3) Vásquez Cuesta, Diego Marcelo, Mejía Chicaiza, Jorge Victoriano. Prevalencia y factores predictores de parto vaginal post cesárea, centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2011.⁸ Su objetivo fue determinar la prevalencia y factores predictores del parto vaginal post cesárea en las embarazadas que acuden al departamento de Gineco- obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso. Material y métodos: Estudio de tipo transversal en pacientes embarazadas con cesárea anterior entre los 19 y 35 años ingresados en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en período comprendido de Diciembre de 2010 a Mayo de 2011, obteniéndose una muestra de 346 pacientes con antecedentes de una cesárea. Resultados: El 47.4% tuvieron parto vaginal y 52.6% se ejecutó nuevamente la cesárea. La principal indicación de cesárea iterativa en el embarazo actual fue por negación de la paciente a continuar con prueba de trabajo de parto (43.4%). El estado nutricional normal aumenta la probabilidad de éxito de parto normal luego de una cesárea anterior. Al poseer al menos 1 parto vaginal previo aumenta la probabilidad en 1.94 veces

⁸ **Vásquez Cuesta, Diego Marcelo, Mejía Chicaiza, Jorge Victoriano.** Prevalencia y factores predictores de parto vaginal post cesárea, centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2011. [Tesis de Maestría].Universidad de Cuenca. Ecuador 2011.

de tener con éxito un parto vaginal luego de una cesárea anterior. Concluyendo así que el parto vaginal en paciente con cesárea anterior se considera seguro y a menudo exitoso en grupos seleccionados de mujeres, con menor morbimortalidad que la cesárea electiva repetida.

- 4) **Julia Romero Pacheco. Determinación de los factores favorables para un parto vaginal post cesárea en primigestas juveniles de 15 a 20 años en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel. De septiembre de 2012 a febrero del 2013. Guayaquil-Ecuador. 2013⁹.** En su investigación su objetivo fue: Demostrar que primigestas juveniles de 15 a 20 años con antecedentes de cesárea previa que cuentan con factores de pronóstico favorable pueden ser sometidas a un trabajo de parto y parto vaginal, el cual nos permita disminuir los índices de cesáreas innecesarias además de los riesgos del procedimiento mismo en estas mujeres mejorando las condiciones y hábitos de salud. Materiales y métodos: tipo de investigación descriptiva, diseño de la investigación longitudinal, retrospectivo, no experimental. Universo: adolescentes embarazadas de 15 a 20 años que tuvieron un parto vaginal atendidas en el servicio de Obstetricia. En un total de 500 pacientes. Muestra: representada por 20 pacientes adolescentes de 15 a 20 años de edad con antecedentes de cesárea previa que fueron atendidas en el servicio de Obstetricia, durante la culminación de su embarazo. Técnicas e instrumentos: la observación y la elaboración de un formulario para la recolección de datos. Mediante historias clínicas del departamento de estadística. Resultados: según el grupo etario

⁹ **Julia Romero Pacheco.** Determinación de los factores favorables para un parto vaginal post cesárea en primigestas juveniles de 15 a 20 años en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel. De septiembre de 2012 a febrero del 2013. [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Guayaquil. 2013.

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 T/P fueron conducidos y el 15% fueron espontáneos. El 100% de las pacientes terminaron con una buena evolución del trabajo de parto y parto. El 15 % presento 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.

- 5) **Senturk MB, Cakmak Y, Atac H, Budak MS. Factores asociados con el éxito parto vaginal después de cesárea y de los resultados en área rural de Anatolia.2014.**¹⁰ El objetivo es evaluar factores asociados con el éxito de parto vaginal después de cesárea y así comparar los resultados maternos y perinatales entre parto vaginal después de cesárea y cesárea intraparto en pacientes que ingresaron al hospital durante la fase activa de trabajo de parto. Se realizó una evaluación retrospectiva de los resultados de 127 pacientes. La cesárea fue realizada en 57 pacientes; 70 trató de prueba de trabajo de parto. Se investigaron los factores asociados con el éxito de parto vaginal después de cesárea. Resultados maternos y neonatales fueron comparados entre los grupos. Parto vaginal después de cesárea era acertado en el 55% de los casos. Avanzado con la dilatación cervical, borramiento, gravidez, paridad y parto previo fueron factores asociados con parto vaginal exitoso. El grupo de parto vaginal tuvo más

¹⁰ **Senturk MB, Cakmak Y, Atac H, Budak MS.** Factores asociados con el éxito parto vaginal después de cesárea y de los resultados en área rural de Anatolia.2014.Revista Int J Womens Health. Estambul. Turquía 2015 Jul 10;7:693-697.

complicaciones ($P < 0,01$), pero estos eran menor. El índice de la transfusión de sangre y la prevalencia de cambios en el nivel de hemoglobina fueron similares en ambos grupos ($P < 0.05$).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

- 1) **Santisteban Aquino Judá Eriko, Sánchez Pérez María Del Carmen, Leyva Minaya Lourdes. Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe, 2004-2008.**¹¹ En su investigación, su objetivo fue determinar los factores obstétricos asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea en el Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe. Teniendo como resultado que el éxito del parto vaginal fue 86.5%, de los cuales el 69.7% fueron por partos espontáneos y 14.6% partos estimulados con Oxitocina. Destacan como factor obstétrico significativo el control prenatal que es 76.4%; Así mismo fue un éxito el parto en aquellas madres cuyos neonatos pesaron entre 2,501 gr. y 4,000 gr. con Apgar normal 68.5%, siendo la edad materna promedio de 27.3 años, instrucción secundaria 60.7%, siendo amas de casa el 79.7%, con relación estable 95.5%, cuya edad gestacional a término fue 84.2%. El fracaso del parto vaginal fue 13.5%, los factores obstétricos asociados fueron: Sufrimiento fetal agudo, presentación podálica, distocia de la dinámica uterina e hipertensión inducida por la gestación. En conclusión: El éxito del parto vaginal posterior a una cesárea depende del control prenatal que abarque más de 5 controles y tendrá influencia en el peso y Apgar del neonato.

¹¹ **Santisteban Aquino Judá Eriko, Sánchez Pérez María Del Carmen, Leyva Minaya Lourdes.** Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe; 2004-2008. Facultad de ciencias Médicas. Universidad Nacional de Ancash “Santiago Antúnez de Mayolo”, 2008.

2) **Ramírez Morey José Miguel. Complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa. Instituto Nacional Materno Perinatal - 2007.**¹² En su investigación tiene como objetivo: Determinar el riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima – Perú, durante el período comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2007. Siendo un estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal, de tipo casos y controles. Se comparó mujeres con cesárea previa y parto vaginal (casos) con mujeres con cesárea previa y cesárea electiva a repetición (controles). Teniendo como resultados: Existió diferencia estadística significativa ($p < 0,001$) entre la edad de las pacientes con cesárea previa y parto vaginal (29,3 +/- 6,5 años) y aquellas con cesárea electiva a repetición (31,8 +/- 6,4 años). La multiparidad ($p = 0,018$) y la gran multiparidad ($p = 0,001$) tuvieron asociación estadística significativa con la presencia de complicaciones obstétricas, mientras que la primiparidad ($p < 0,001$) con la presencia de complicaciones perinatales. El 12,6% ($n = 35$) de las pacientes estudiadas presentó complicaciones obstétricas y el 5,4% ($n = 15$) complicaciones perinatales, siendo el trauma perineal la complicación obstétrica más frecuente; y la asfixia perinatal y la muerte neonatal las principales complicaciones perinatales. El riesgo de complicaciones obstétricas (OR 20,5; IC 95%: 2,96 – 42,23) y de complicaciones perinatales (OR 2,59; IC 95%: 1,30 – 7,15) aumentó significativamente con el parto vaginal. Las pacientes con cesárea previa y parto vaginal tuvieron 2,59 veces más asfixia perinatal (OR 2,59; IC 95%: 1,30 – 7,15) y 3,12 veces más muerte perinatal (OR 3,12; IC 95%: 1,28 – 6,18) que aquellas pacientes con cesárea previa y

¹² **Ramírez Morey José Miguel.** Complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa. Instituto Nacional Materno Perinatal -2007. [Tesis Post Grado]. Lima: Facultad de Medicina Humana. Universidad Mayor de San Marcos; 2009.

cesárea electiva a repetición. Concluyendo así que el parto vaginal en pacientes con cesárea previa presentó mayor riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales.

3) **Vargas Juscamaita Anny Tatiana, Lévalo Castro José Antonio, Lazo Porras María de los Ángeles. Parto Vaginal Después de una Cesárea, Aplicando un Puntaje al Momento del Ingreso en un Hospital, 2010-2011.**¹³ En su investigación, su objetivo fue determinar si los puntajes de Flamm y Grobman son útiles para predecir el éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se revisó las historias clínicas de las gestantes a término con cesárea anterior que ingresaron en trabajo de parto en forma espontánea por el servicio de emergencia durante el periodo de enero 2010 a diciembre 2011. Se recolectó datos demográficos y obstétricos del ingreso, se aplicó los puntajes de Flamm y Grobman. Teniendo como resultados: Durante el periodo de estudio, 398 gestantes con antecedente de cesárea anterior y trabajo de parto espontáneo ROC, la cual fue 0,79 (IC95% 0,74 a 0,82) para la escala de Flamm y 0,74 (IC95% 0,70 a 0,79) para la escala de Grobman, con diferencia estadística ($p = 0,03$). En la comparación de ambos puntajes, el de Flamm fue mejor predictor. Concluyendo que ambos puntajes demostraron ser útiles para predecir el éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior, siendo el de Flamm mejor predictor.

¹³ **Vargas Juscamaita Anny Tatiana, Lévalo Castro José Antonio, Lazo Porras María de los Ángeles.** Parto Vaginal Después de una Cesárea, Aplicando un Puntaje al Momento del Ingreso en un Hospital, 2010-2011. Revista peruana de ginecología y obstetricia. Lima 2013; 59: 261-266.

4) **Ramírez Gutiérrez Raulins Kurt. Factores asociados a la selección de la vía del parto en cesareadas anteriores. Lima 2013.** ¹⁴ En su tesis, tuvo como objetivo principal: Determinar los factores asociados al parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea previa en el Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo de 2010-2013. La muestra estuvo constituida por 539 gestantes con antecedente de cesárea previa que acudieron al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, en el período antes mencionado. Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, elaborada para los fines de la investigación se ordenaron y procesaron, valiéndonos del programa SPSS 21.0 para Windows 2007. Teniendo como resultados: En cuanto al motivo de cesárea del primer embarazo encontramos una mayor frecuencia de feto en podálico en un 23.4% de los casos, así como feto en transverso (11.8%); parto disfuncional (11.3%); y preeclampsia severa en un 9.5% de los casos. En relación al sexo del recién nacido del parto cesárea encontramos una mayor frecuencia de neonatos del sexo masculino en un 50.5%; y en un segundo parto se encuentra una mayor frecuencia de neonatos del sexo femenino en un 54.5% de los casos. En el segundo parto observamos una mayor frecuencia de partos vaginales en un 85.2% de los casos. En relación a las complicaciones del segundo embarazo encontramos una mayor frecuencia de corioamnionitis en un 5.8% de los casos. Concluyendo así que la vía del parto después de una cesárea no estuvo condicionada por el motivo de la cesárea previa, más si por enfermedad médica u obstétrica del segundo embarazo (área bajo la curva<0.05).La vía vaginal en pacientes con cesárea

¹⁴ **Ramírez Gutiérrez Raulins Kurt.** Factores asociados a la selección de la vía del parto en cesareadas anteriores. Lima 2014. [Tesis Post Grado].Lima: Facultad de Medicina Humana. Universidad Mayor de San Marcos;2014.

previa se comportó con menor número de complicaciones para la madre y el feto.

2.2. Bases teóricas

El parto vaginal después de cesárea (VBAC, por sus siglas en inglés) ha sido un tema polémico en obstetricia por más de 30 años. Las recomendaciones respecto a una prueba de trabajo de parto post cesárea (TOLAC, por sus siglas en inglés) se basan principalmente en la experiencia y estudios de observación, más que en evidencia científica rigurosa. El dramático aumento en las tasas de cesárea en años recientes ha intensificado la atención sobre el VBAC. Algunos problemas contemporáneos ejercen en el VBAC un efecto importante, incluyendo elementos financieros y médico legales disuasivos para la prueba de trabajo de parto post-cesárea, las solicitudes de cesárea electiva por parte de las mujeres, y los lineamientos cambiantes de sociedades profesionales.¹⁵

2.2.1. Parto vaginal después de Cesárea Anterior

Según la American College of Obstetricians and Gynecologists, define al parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa, de las siglas en inglés “Vaginal Birth after cesarean”, es una parte importante del esfuerzo para reducir el número de partos por cesárea. La tasa esperada para parto después de cesárea es del 75% al 82% con una relativamente baja tasa de complicaciones (0.8%), incluyendo una tasa de mortalidad perinatal relacionada con ruptura uterina del 0.024%. Por lo tanto no es una contraindicación absoluta para parto vaginal, una cesárea anterior, si la paciente tiene un adecuado control prenatal

¹⁵ **Scott James R, MD.** Parto Vaginal Después de Cesárea: Un Planteamiento de Sentido Común © 2011 The American College of Obstetricians and Gynecologists (Obstet Gynecol 2011;118:342–50).

y tanto la madre como el feto, se encuentran en buenas condiciones, y de no repetirse la indicación de la cesárea anterior, el parto puede culminar por vía vaginal, sin ningún tipo de complicaciones, con un manejo adecuado y monitorización del feto y la madre durante la prueba de trabajo de parto.

Según el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG), las mujeres con una cesárea previa de segmento inferior deberían tener la posibilidad de discutir la opción del parto vaginal después de cesárea. Debería llevarse a cabo en una sala de parto adecuadamente equipada y con el personal necesario con atención y monitoreo continuo durante el parto, y recursos disponibles para un parto inmediato por cesárea y resucitación neonatal avanzada.

Según la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC), el parto vaginal después de cesárea (VBAC); debería ofrecerse a mujeres con una cesárea previa con incisión transversal inferior. En cuanto a las instalaciones y personal, el hospital, donde una cesárea oportuna esté disponible; debe considerarse adecuado un marco de tiempo aproximado de 30 minutos para una laparotomía de urgencia.

Según la Academia Americana de Médicos de familia (AAFP), el parto vaginal después de cesárea debería ofrecerse a mujeres con un parto previo por cesárea con incisión transversal inferior. No debería restringirse sólo a aquellos lugares con equipos quirúrgicos disponibles presentes a lo largo del trabajo de parto porque no hay evidencia de que estos recursos adicionales den como consecuencia un mejor resultado.

Según la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención a la Salud (AHRQ), el parto vaginal después de cesárea es una opción razonable para la mayoría de las mujeres con una cesárea anterior.

Las recomendaciones del American College of Obstetricians and Gynecologists, para seleccionar las candidatas para el VBAC, son las siguientes:

- Una cesárea segmentaria previa.
- Pelvis clínicamente adecuada.
- Ninguna otra cicatriz uterina, anomalías o ruptura previa.
- Médico disponible de inmediato a lo largo de todo el trabajo de parto, capaz de monitorear el trabajo de parto y de realizar una cesárea de emergencia.
- Disponibilidad de anestesia y personal para una cesárea de emergencia.

Además de lo anterior hay que tener en cuenta que el progreso del trabajo de parto es evaluado por el partograma y se debe actuar acorde a los resultados del mismo, puesto que la incidencia de ruptura uterina es mayor cuando se ha pasado en tiempo la línea de acción según la curva de Friedman, esto puede llevar a un aceptable pero poco incremento de las tasas de cesárea pero con beneficios notorios como la disminución de la incidencia de ruptura uterina y la morbilidad materno fetal.

El monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal es de las medidas más importantes debido a que los cambios de la misma pueden ser el signo más precoz de inminencia de rotura uterina (78%).

El parto vaginal en cesareada anterior 1 vez (PVCA1v)

Es el nacimiento de un feto por vía vaginal en una gestante múltipara, con el antecedente de haberse realizado solo una cesárea, durante alguna gestación previa. Toda gestante que culmina su gestación a través de una operación cesárea es catalogada como cesareada anterior y es de alto riesgo obstétrico para sus siguientes gestaciones.

A. Chance vaginal en pacientes con cesárea anterior 1 vez:

1. Permitir un trabajo de parto bajo monitoreo clínico en el parto vaginal en cesareada anterior 1 vez (PCA1v). De acuerdo al caso, se puede utilizar oxitocina, tanto para la inducción, así como para la estimulación del trabajo de parto.

2. En casos de patologías médicas u obstétricas que requieran la interrupción del embarazo antes de las 40 semanas, siempre que no existan contraindicaciones para la vía vaginal, se deben considerar las condiciones cervicales:
 - > Con buenas condiciones cervicales (Bishop mayor a 7): Se puede plantear la rotura artificial de membranas y el uso de oxitocina como inductores del trabajo de parto. Reevaluar los cambios cervicales en 4 – 6 horas. Si no hay progresión del trabajo de parto, se indicará cesárea.

- > Con malas condiciones cervicales (Bishop 7 o menos): programar cesárea electiva.

Tabla 1: Requisitos para Chance Vaginal

| Requisitos para Chance Vaginal |
|--|
| Una sola cesárea previa |
| Causa de cesárea anterior no se repita |
| Incisión Transversal Segmentaria Baja |
| Feto único en cefálico |
| Pelvis adecuada |
| Ponderado fetal menor a 4000 gr. |
| Intervalo intergenésico de más de 18 meses |

B. Prueba Trabajo de parto después de una cesárea (TOLAC):

Hoy en día, se sabe que muchas mujeres pueden someterse a una prueba de trabajo de parto después de una cesárea. Después de hacer una prueba de trabajo de parto después de una cesárea con resultado positivo, muchas mujeres pueden culminar su parto por vía vaginal.

La prueba de trabajo de parto, no es adecuada para todas las mujeres. Es importante entender los riesgos y beneficios antes de decidir hacer una prueba de trabajo de parto después de una cesárea y por consecuente un parto vaginal después de una cesárea.

La selección de las mujeres elegibles para una prueba de trabajo de parto es muy difícil. De hecho, las reseñas realizadas por Hashima (2004) y Guise (2004) et al. les

llevaron a la conclusión de que hay pocos datos de buena calidad que orienten esta decisión clínica. Sin embargo, desde luego cuanto menor sea el número de factores de riesgo de complicación, tanto mayor será la posibilidad de éxito (Gregory et al., 2008).

Entre las mujeres que se someten a este tipo de prueba, un 60 a 80% lo logra y su parto es por vía vaginal. No obstante, si surgen problemas durante dicha prueba, el bebé podría tener que nacer de emergencia mediante un parto por cesárea. El parto por cesárea de emergencia después de una prueba de trabajo de parto después de una cesárea, conlleva más riesgos que un parto por cesárea programado, tal como un mayor riesgo de infección. La menor incidencia de riesgo ocurre después de que se logra tener un parto vaginal después de una cesárea.

Hay muchos motivos por los cuales se deben considerar una prueba de trabajo de parto. En comparación con un parto por cesárea programado, el parto vaginal después de una cesárea posterior a una prueba de trabajo de parto con resultado positivo está asociado con los siguientes beneficios:

- No implica cirugía abdominal
- Período más breve de recuperación
- Menor riesgo de infección
- Menor pérdida de sangre

En un análisis secundario reciente del estudio de la Maternal-Fetal Medicine Units Network, Grobman et al. (2007) idearon un nomograma que facilita el pronóstico de una prueba de trabajo de parto satisfactoria. Estos investigadores también utilizaron esta herramienta para pronosticar el riesgo inherente a la morbilidad materna con parto vaginal después de una cesárea, (Grobman et al., 2009). El modelo se aplica sólo a las mujeres con cesárea previa que se hallan a término. En un estudio semejante, Srinivas et al. (2007) llegaron a la conclusión de que el empleo de sólo seis variables (edad y raza de la madre, edad gestacional, tipo de trabajo de parto, indicación previa para cesárea y antecedente de parto vaginal) no permitía pronosticar en forma confiable un parto vaginal después de una cesárea satisfactorio. En un tercer estudio. Macones et al. (2006) trataron de crear un modelo clínico para pronosticar el desgarro uterino. Incorporaron muchos factores prenatales y durante el parto y llegaron a la conclusión de que el desgarro no era previsible con ninguna de las características clínicas individuales o múltiples. Los investigadores de la Maternal-Fetal Medicine Units Network llegaron a una conclusión similar (Grobman et al., 2008).¹⁶

Tanto la prueba de trabajo de parto como tener varios partos por cesárea planeados y repetidos conllevan ciertos riesgos. Ambos pueden causar infecciones, lesiones, pérdida de sangre y otras complicaciones. Siendo en este caso, el riesgo más preocupante es la posible ruptura (desgarro) de la cicatriz de la cesárea en el útero o del útero propiamente dicho.

¹⁶ Cunningham Gary F. , Leveno Kenneth J. , Bloom Steven L.,Hauth John C, Rouse Dwight J. Spong Catherine. Williams Obstetricia.23ªEdición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011.

C. Contraindicaciones para parto vaginal con cesárea previa¹⁷

Solamente 15.6% de las pacientes con cesárea previa tienen contraindicaciones relativas o absolutas para realizar trabajo de parto y parto por vía vaginal. Son absolutos aquellos casos de cesárea corporal clásica o cesárea en "T" invertida, así mismo como una dehiscencia de una cicatriz uterina previa que requirió reparo de la misma, esto se hace incluso para las "ventanas" de cualquier tipo. Contraindicaciones relativas como dos o más cesáreas previas, cicatriz uterina de tipo desconocido, embarazos gemelares o macrosomía fetal diagnosticada previamente por exámenes ultrasonográficos. Dos o más cesáreas previas se presenta solo en el 2.3% de la población obstétrica, debido tal vez a que en un procedimiento quirúrgico inicial es probable que la paciente acepte la ligadura tubárica como método definitivo de planificación. El tener dos cesáreas previas puede no considerarse como una contraindicación y puede ser una alternativa razonable para determinado grupo de pacientes, con tasas de éxito similares a las pacientes con una sola cesárea previa (75.3%), otros no la recomiendan encontrando 3 veces más frecuencia de ruptura uterina.

En estudios realizados con fetos macrosómicos son controvertidos y la presencia de un feto con un peso ecográfico estimado mayor de 4.000 gramos no aumenta la morbi-mortalidad perinatal, en pacientes con cesárea previa se observa en ciertos trabajos una disminución en la tasa de partos vaginales en fetos macrosómicos (43% vs. 58%) aunque otros autores no reportan diferencias en el resultado

¹⁷ **Scott James R, MD.** Parto Vaginal Después de Cesárea: Un Planteamiento de Sentido Común. The American College of Obstetricians and Gynecologists (Obstet Gynecol 2011;118:342–50) www.greenjournal.org.

del embarazo con pesos estimados fetales de más de 4.000 g (73%) vs. menos de 4.000 g (76%).

La sobredistensión uterina ocasionada por un embarazo gemelar o un polihidramnios puede no estar asociada a un mayor índice de rupturas uterinas. Presentaciones en podálica y embarazos gemelares puede no ser considerada como contraindicación absoluta y puede ofrecerse parto vaginal sin riesgo, sin embargo otros argumentan que al realizar la manipulación para lograr extraer el feto en podálica, puede llegar a convertir un pequeño defecto uterino o una ventana en una ruptura uterina completa, pero faltan más datos al respecto. La localización de la placenta no se sabe si pueda influenciar en el desarrollo de ruptura uterina cuando se encuentra implantada sobre la cicatriz uterina, trabajos pertinentes consideran que tal caso se pueda asociar a ruptura del útero y a pérdidas hemáticas mayores, pero no hay datos concluyentes actualmente. No se encontraron estudios donde el antecedente de una infección intra-amniótica o el desarrollo de una endometritis post cesárea puedan influir de manera adversa la tasa de complicaciones maternas al ofrecer trabajo de parto en los embarazos siguientes.

Cuando se trata de una cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja el permitir un trabajo de parto es una alternativa más segura que una cesárea automática subsiguiente y toda paciente con este tipo de incisiones uterinas previas deben considerarse aptas para un parto por vía vaginal, pues el riesgo de ruptura uterina es muy bajo y no está asociado con serias complicaciones.

Tabla 2: Contraindicaciones para Parto Vaginal después de una Cesárea

| CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS | CONTRAINDICACIONES RELATIVAS | EVIDENCIA LIMITADA |
|--|--|---|
| Incisión uterina clásica previa | Dos o más cesáreas segmentarias previas | Embarazo múltiple |
| Incisión uterina segmentaria en T, J y vertical baja | Inducción de trabajo de parto con cuello inmaduro, | Antecedente de cesárea con cicatriz desconocida |
| Una cesárea previa antes de las 32 semanas | Dosis elevadas de oxitocina | |
| Cirugía uterina previa con ingreso a la cavidad | Periodo intergenésico menor de 18 meses | |
| Antecedente de rotura uterina, laceración cervical extensa | Edad materna mayor de 40 años | |
| Desproporción céfalo-pélvica obvia (macrosomía, pelvis estrecha) | Antecedente de histerorráfia en un solo plano | |
| | Antecedente de endometritis puerperal | |
| | Polihidramnios | |
| | Presentación podálica | |

D. Controversia: Cesárea Iterativa o Chance Vaginal

1. Dos posiciones bien marcadas: Unos propugnan la vía vaginal y otros prefieren una cesárea iterativa. En ambos casos existen estudios que avalan sus respectivas posiciones.

2. El análisis clínico individualizado, de acuerdo a cada caso en particular, debe ser realizado por el médico

tratante, quien en base a las evidencias científicas tanto de la vía vaginal como de la cesárea iterativa y siempre manteniendo un enfoque ético, deberá brindar la información necesaria a su paciente, quien tomará la decisión final.

3. El consentimiento informado que debe firmar la paciente, para cualquiera de las dos vías del parto, debe ser luego de contar una información completa, objetiva y veraz.

a) A favor del chance vaginal: Son mayores las complicaciones y riesgos que acompañan a la cesárea.

- Ramírez J. reporta que la Histerectomía Obstétrica, aunque de baja incidencia (0.45/1000), sigue siendo una situación crítica y mutilante para mujeres jóvenes, con una alta morbilidad materna. Se presenta preferentemente en pacientes con parto por cesárea.¹⁸
- En el caso de la elección de la vía vaginal después de una cesárea, este procedimiento resulta exitoso hasta en 60 a 80% según Miller y col., favoreciendo además con hospitalizaciones maternas cortas, menor pérdida sanguínea, menos infecciones y eventos tromboembólicos.

b) A favor de la cesárea iterativa

La rotura uterina es la complicación más temida en la prueba de trabajo de parto vaginal, que ocurre en menos de 1% y depende del tipo de incisión previa, uso oxitocina, monitoreo

¹⁸ **Ramírez J.** Histerectomía Obstétrica en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Lima, enero 2003 – diciembre 2007 Tema Libre XVII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología 2009.

clínico del trabajo de parto e intervalo intergenésico. La rotura uterina aunque rara es catastrófica por su alta morbi-mortalidad materno-fetal. Casi siempre se producen como consecuencia de alguna falla al momento de evaluar a la gestante y decidir la chance vaginal, un deficiente monitoreo de la dinámica uterina o una inadecuada atención del expulsivo.

El momento crítico es cuando la gestante está en periodo expulsivo, con la máxima distensión del segmento uterino y hacen su aparición los pujos maternos. Recordar que la maniobra de Kristeller está contraindicada en estos casos.

c) Cesárea iterativa o chance vaginal¹⁹

Aunque hay una tendencia actual a dar cada vez menos chance vaginal a las pacientes con antecedente de cesárea; el parto vaginal en cesareada anterior 1 vez, ante la medicina basada en evidencia, es "una opción razonable" para la mayor parte de mujeres con el antecedente de una sola cesárea transversa baja y sin otras contraindicaciones a un nacimiento vaginal según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Una correcta elección de la paciente con cesárea previa que será candidata al chance vaginal, basada en la identificación de probables contraindicaciones para minimizar los riesgos, contar con médicos y obstetras expertos que monitoricen permanentemente el trabajo de parto y de sala de operaciones disponible para realizar una cesárea inmediata en caso se necesite, será primordial para obtener los mejores resultados materno-perinatales.

¹⁹ **Agency for Healthcare Research and Quality.** Evidence Report/Technology Assessment Number 191. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010.

E. Parto vaginal en cesareada anterior 1 vez y Ética médica²⁰

- Los médicos tienen el deber profesional de abstenerse de realizar lo que pueda perjudicar a sus pacientes.
- También les cabe la obligación ética ante la sociedad de adjudicar juiciosamente los recursos sanitarios a métodos y tratamientos para los que existan claras pruebas de que son netamente beneficiosos para la salud.
- Los médicos no están obligados a realizar intervenciones que no conlleven ventajas desde el punto de vista médico.
- El médico no debe ceder a los temores de la paciente y peor aún estimularlos.
- El principal temor de las pacientes es al dolor del parto, para lo cual la solución ética no es someter a la paciente a una nueva cesárea, existiendo otras alternativas con menores riesgos y complicaciones, como la analgesia del parto.
- En una ética de mínimos y máximos, considerando como mínimos, aquellos principios que no pueden ser vulnerados y obligan a todos a cumplirlos versus los principios de máximos, que son objetivamente buenos e idealmente practicables cuando se pueda, no se puede hacer un bien a costa de un acto malo.
- La cesárea injustificada es maleficente y no la justifica el querer hacer un bien por respetar los deseos de la paciente.
- En estudios recientes hay una fuerte línea editorial que desperfila los riesgos de la cesárea. Estos artículos provienen de países con tasas de natalidad muy bajas y no ven mayor problema en resolver liberalmente los partos por cesárea, cuando las expectativas de paridad de la mujer son de solo uno o máximo dos hijos.

²⁰ **The Information Centre for Health and Social Care**, Maternity Statistics, England: 2009–2010. Statistical Bulletin 2010. Available at: www.ic.nhs.uk.

F. Manejo de paciente cesareada anterior²¹

1. Control prenatal

- ✓ Se realizará con la frecuencia habitual hasta las 40 semanas.
- ✓ Minuciosa anamnesis en torno a la indicación de la cesárea anterior y la semana en que se realizó la cesárea.
- ✓ Si no se obtiene reporte operatorio en cesárea previa, por los datos de la historia clínica, puede presumirse el tipo de cicatriz uterina y decidir o descartar el chance vaginal.
- ✓ Se realiza la consejería de parto vaginal a la paciente, explicando riesgos y beneficios de cesárea electiva versus chance vaginal.
- ✓ Si cumple con los requisitos de chance vaginal se esperará inicio espontáneo de trabajo de parto, hasta las 40 semanas.
- ✓ Al decidir que se permitirá el chance vaginal deben cumplirse con condiciones hospitalarias.
- ✓ Existen factores reconocidos que aumentan y otros que disminuyen, la probabilidad del éxito del chance vaginal que deben tenerse en consideración conjuntamente con los riesgos y beneficios del chance vaginal para decidir la vía de culminación del embarazo
- ✓ Se confirmará pelvimetría clínica a las 37 semanas para descartar desproporción céfalo pélvica.
- ✓ Si la pelvimetría es anormal, se programará cesárea electiva a las 38 -39 semanas.

²¹ **American College of Obstetricians and Gynecologists.** Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington, D.C. American College of Obstetricians and Gynecologists 2010. Practice Bulletin, Vol 116:455-458.

2. **Preparto**

Se dará prueba de parto vaginal a todas las pacientes con cesárea anterior que cumplan los siguientes requisitos:

- Proporcionalidad feto-pelvica
- Ponderado fetal \leq a 4000 gr.
- Tipo de incisión anterior segmentaria o transversa baja.
- Pelvis clínicamente adecuada
- Ninguna otra cicatriz o desgarro pélvico.

3. **Conducción del trabajo de parto.**

- Hospitalización desde el inicio del Trabajo de parto.
- Debe ser conducido por médico Gineco-obstetra con experiencia.
- Vía endovenosa permeable (catéter N°16 ó 18).
- Paciente permanece en monitorización continua de latidos cardiacos fetales (LCF) y la dinámica uterina.
- Rotura artificial de membranas y analgesia de parto a juicio individualizado en fase activa del trabajo de parto.
- **Uso de oxitocina:** Siempre con bomba de infusión para evitar sobredosis. Su uso deberá ser de manera prudente para evitar la taquisistolia y la hiperdinamia uterina que desencadenará una hiperestimulación uterina que se relaciona con mayor posibilidad de rotura uterina. Idealmente mantener una dinámica uterina de 3 a 4 contracciones en 10 minutos. En ningún caso avanzar a 5 ó más contracciones en 10 minutos.
- **En caso de inducción:** No sobrepasar 20 mUI de oxitocina /min. Si no hay dilatación cervical en 4 - 6 horas, considerar el caso como inducción fallida y culminar la gestación por vía alta. Las reevaluaciones deben llevarse a cabo a intervalos no mayores de 2 horas para controlar progresión del parto.

- Está contraindicado el uso de misoprostol para la maduración cervical por estar demostrado que existe un riesgo elevado de rotura uterina (2.5%).
- La alternativa al misoprostol para la maduración cervical previa a la inducción de parto es el Método de Krause (balón de sonda Foley con globo de 30 cc., colocado por detrás del orificio cervical interno, por un máximo de 12 horas).

4. Atención de parto

- Debe ser atendido por médico Gineco-obstetra con experiencia para reconocer señales de rotura uterina. Recordar que el momento crítico de las pacientes con cesárea previa es el periodo expulsivo, al darse la distensión máxima del segmento uterino.
- Durante el periodo expulsivo se debe evitar el pujo materno prolongado y/o la compresión abdominal del fondo uterino (Maniobra de Kristeller).
- Se puede utilizar fórceps de salida durante el expulsivo, si éste no es rápido y expedito.

Complicaciones maternas del parto vaginal con cesárea previa²²

Desde mucho tiempo la complicación más temida por los obstetras al ofrecer parto vaginal con cesárea previa es la ruptura uterina. Las definiciones de los diferentes tipos de ruptura uterina a saber son: Dehiscencia que corresponde a una "ventana", la solución de continuidad uterina no compromete el peritoneo y no hay vaciamiento de su contenido. Ruptura incompleta: Abertura

²² **American College of Obstetricians and Gynecologists.** Predicting cesarean section and uterine rupture among women attempting vaginal birth after prior cesarean 2013.Vol 122:570-572.

de la cicatriz con expulsión del contenido uterino sin compromiso del peritoneo.

El principal factor de riesgo de una u otra forma de desgarro es la cesárea previa. En un análisis de todos los casos de desgarro uterino en Nueva Escocia entre 1988 y 1997, Kieser y Baskett (2002) informaron que 92% ocurría en mujeres con cesárea previa.

Rotura uterina y cesárea previa²³: La rotura uterina es la principal complicación del parto vaginal en una gestante con cesárea previa, cuyo riesgo es variable, de acuerdo al tipo de cicatriz uterina:

- Cicatriz clásica: 4 - 12%
- Incisión den T: 4 - 9%
- Segmentaria vertical: 1 - 12%
- Segmentaria transversa: 0.1 - 1.1%

Ninguna muerte materna debido a la ruptura uterina ha sido reportada en el meta-análisis de Guise y col. La mortalidad perinatal ocurre en aproximadamente el 6 % de mujeres con ruptura uterina, lo que se traduce a un índice de mortalidad fetal intraparto de 20/100,000, y un riesgo de muerte perinatal en gestantes a término aproximadamente del 0 % al 2.8 % en mujeres que se sometieron a PVCA1v. El riesgo total de ruptura uterina durante un parto vaginal en cesareada anterior 1 vez, es

²³ Guise J-M, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall M, Fu R, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Evidence Reports/Technology Assessments No. 191. (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-I.) AHRQ Publication No. 10-E003, Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; March 2010.

del 0.7%, que se da cuando el antecedente es de una cesárea segmentaria transversa baja, incluyendo a los casos en los cuales se utilizó oxitocina para iniciar o estimular el trabajo de parto. El riesgo más bajo de rotura uterina al dar chance vaginal se da cuando ocurre trabajo de parto espontáneo, con el 0.4 %.

El riesgo de rotura uterina disminuye al 0.26% cuando se decide por realizar una cesárea electiva iterativa .Una extensa revisión indica que la ruptura uterina ocurre en aproximadamente 470/100,000 (0.47 %,) de mujeres que intentaron un parto vaginal después de una cesárea y en 26/100,000 (0.026 %), de mujeres que tuvieron cesárea iterativa electiva (RR 18:1).²⁴

El riesgo de rotura uterina es mayor al 1% .²⁵

- ⊙ Antecedente de 2 o más cesáreas previas
- ⊙ Rotura uterina previa
- ⊙ Inducción de trabajo de parto con cuello inmaduro
- ⊙ Dosis elevadas de oxitocina
- ⊙ Periodo intergenésico menor de 18 meses
- ⊙ Edad materna mayor de 40 años
- ⊙ Macrosomía fetal
- ⊙ Antecedente de histerorrafía en un solo plano
- ⊙ Antecedente de endometritis puerperal

²⁴ **Agency for Healthcare Research and Quality.** Evidence Report/Technology Assessment Number 191. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010

²⁵ Preparing for clinical emergencies in obstetrics and gynecology. Committee Opinion No. 487. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2011;117:1032–4.

Clasificación de rotura uterina²⁶

El desgarro uterino puede clasificarse en:

1. **Rotura uterina completa:** Es cuando todas las capas de la pared uterina se separan. Siendo la causa de altas tasas de morbilidad y mortalidad más altas.
2. **Rotura uterina incompleta:** Es cuando se separa el musculo uterino pero el peritoneo visceral queda intacto. Conociéndose también como dehiscencia uterina.

Diagnóstico de rotura uterina

- **Alteración de la dinámica uterina:** La aparición de incoordinación en la dinámica uterina con tendencia a la taquisistolia, o bien, alteración en el tono uterino, deben hacer sospechar el diagnóstico y la hemorragia externa es habitualmente escasa.
- **Alteración de la FCF:** El hallazgo más frecuente es presencia de repetidas desaceleraciones, cada vez más severas y duraderas. También se informan prolongadas bradicardias. Por ello la importancia de monitorizar la frecuencia cardíaca fetal en todas las pacientes con cesárea anterior sometidas a prueba de parto vaginal. En mujeres con una cesárea previa en quien se está desarrollando un chance vaginal, la presencia de tales alteraciones en el trazado del monitoreo fetal electrónico, la ruptura uterina debe ser siempre considerada como una verdadera posibilidad.
- El dolor sobre la cicatriz previa uterina es un pobre predictor de ruptura uterina.

²⁶ Cuningham Gary, Leveno Kenneth, Bloom Steven, Hault John, Dwight Rouse, Spong Catherine. Williams Obstetricia 23^o Edición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores. 2011.

- La anestesia epidural por lo general no enmascara la ruptura y es una excelente opción para el control del dolor en pacientes con chance vaginal, sobretodo en quienes el dolor de las contracciones puede ser el origen de una cesárea innecesaria.
- Dolor a nivel de cicatriz generalmente es por adherencias que traccionan y elevan la vejiga.
- Es de relevancia la aparición de un dolor brusco en el hipogastrio que alcanza su máxima intensidad en el acmé de la contracción, irradiado al hombro. El dolor puede ser atenuado por la anestesia peridural, por lo cual la atención debe ser puesta ante la aparición de un dolor de ubicación e irradiación atípicas.

Tabla 3: Complicaciones maternas en pacientes con antecedente de una cesárea segmentaria previa según vía de culminación.²⁷

| Complicaciones maternas | Cesárea Electiva Iterativa | Parto Vaginal |
|--|-----------------------------------|----------------------|
| Rotura uterina | 1/200-250 | 1/111-140 |
| Complicaciones intraoperatorias | 1/166 | 1/250 |
| Histerectomía | 0-1/250 | 1/500 |
| Transfusión sanguínea | 1/71 | 1/140 |
| Tromboembolismo venoso | 1/1000 | 4/10,000 |
| Endometritis | 1/47 | 1/34 |
| Muerte | 1/2,500-5,000 | 1/5000 |

Complicaciones fetales del parto vaginal con cesárea previa²⁸

²⁷ **Macones GA, Peipert J, Nelson DB, et al.** Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. Am J Obstet Gynecol 2009; 193(5):1656–1662

No hay diferencias entre ambos grupos de pacientes, aquellas con parto vaginal o cesáreo en los resultados perinatales en cuanto a puntajes de Apgar al minuto y a los cinco minutos y al pH del cordón umbilical. El Apgar al minuto fue mayor de 8 en el 97% de las pacientes con parto y cesárea previa. Miller en un estudio a 10 años en el que incluye 17.322 pacientes con cesárea previa de las que el 73% se les ofreció prueba de trabajo de parto con una tasa de éxito de 82% solo observó una incidencia de 0.7% en rupturas uterinas y solo 3 casos de muerte fetal atribuible a la ruptura uterina (0.24%)

Tabla 4: Complicaciones perinatales en pacientes con antecedente de una cesárea segmentaria previa según vía de culminación.

| Complicaciones perinatales | Cesárea Iterativa Electiva | Parto Vaginal |
|--|-----------------------------------|----------------------|
| Óbito fetal | 1/1000 | 2 – 4/1000 |
| Disminución de pH en cordón umbilical | - | 1.5/1000 |
| Muerte neonatal | 5/10,000 | 8/10,000 |
| Muerte perinatal | 1/10,000 | 13/10,000 |
| Complicaciones respiratorias | 1-5/100 | 0.1-1.8/100 |
| Hiperbilirrubinemia | 5.8/100 | 2.2/100 |
| Encefalopatía Hipóxico Isquémica | 1/10,000 | 5-8/10,000 |

Beneficios del parto vaginal después de un parto por cesárea.

a) Beneficios maternos

A corto plazo:

Alto grado de evidencia:

²⁸ **BELIZAN JM. (2010).** Rates and implications of cesarean sections in Latin America: Ecological study. *BMJ*; 319: 1397-400.

- ✓ Baja mortalidad materna comparada con cesárea electiva.

Grado moderado de evidencia:

- ✓ Riesgo de histerectomía es similar: evidencia limitada sugiere que el riesgo aumenta con inducción, embarazos de alto riesgo y número de cesáreas previas.
- ✓ Riesgo de transfusión sanguínea no diferencias significativas.

Bajo grado de evidencia:

- ✓ Hospitalizaciones más cortas, menor riesgo de TVP.
- ✓ Infección: evidencia insuficiente

A largo plazo:

Moderado grado de evidencia:

- ✓ Posición anormal de placenta aumenta con el número de cesáreas.
- ✓ Disminuye placenta previa, placenta acreta, increta y percreta.

b) Beneficios fetales

- ✓ Mortalidad perinatal (20 ss a 28 días): labor del parto es de 130 x 100 000 contra cesárea electiva 50 por 100 000.
- ✓ Mortalidad neonatal (28 días): 110 por 100 000 el labor del parto contra 50 por 100 000 en cesárea electiva.

- ✓ Mortalidad fetal (20 ss a más): 50 a 130 por 100 000 en labor del parto contra 40 por 100 000 en cesárea lectiva, debido a que rara vez es después de las 40ss.
- ✓ Encefalopatía hipóxica: evidencia insuficiente.
- ✓ Secuelas respiratorias: evidencia insuficiente.

Tabla 5: Comparación de riesgos y beneficios del parto vaginal vs. Cesárea

| AUMENTA CON LA CESÁREA | DISMINUYE CON LA CESÁREA | NO HAY DIFERENCIAS |
|--|---------------------------------|----------------------------|
| Dolor abdominal | Dolor perineal | Incontinencia fecal |
| Injuria vesical | Incontinencia urinaria | Injuria del tracto genital |
| Injuria ureteral | Prolapso genital | Dolor de espalda |
| Riesgo de histerectomía | | Dispareunia |
| Necesidad de otra cirugía | | Depresión puerperal |
| Ingreso a UCI materna | | Muerte perinatal |
| Enfermedad Tromboembólica | | Hemorragia intracraneal |
| Reingreso a hospitalización | | Injuria del plexo braquial |
| Prolongación de internamiento | | Parálisis cerebral |
| Placenta previa | | |
| Acretismo placentario | | |
| Endometritis | | |
| Infección de sitio operatorio | | |
| Atonía uterina | | |
| Muerte fetal ante-parto en futuros embarazos | | |
| Riesgo de infertilidad a posteriori | | |
| Muerte materna | | |
| Morbilidad respiratoria neonatal | | |
| Necesidad de transfusiones | | |

2.2.2. Factores asociados a Éxito de Parto vaginal después de una Cesárea²⁹

a. Socio- Demográficos maternos:

- Raza: Hispana y afroamericana menores niveles de éxito que las de raza blanca no hispanas.
- Obesidad: IMC menor a 30 más probabilidad de éxito.
- Edad materna: > de 40 años, mayor probabilidad de falla.
- Educación: Menor nivel educativo mayor tasa de falla.
- Rural.
- Solteras.

b. Indicación de la cesárea previa:

- Niveles de éxito en aquellas mujeres cuya indicación de cesárea no se repite son similares a aquellas mujeres nulíparas con parto vaginal.
- Cesárea por podálico se asocia a las tasas más altas de éxito con niveles de 89%.
- Cesárea por DCP o trabajo de parto disfuncional se asocia a niveles de éxito de un 50-67%.

c. Parto vaginal previo:

- El mayor predictor de éxito.
- Cualquier parto vaginal previo, sea antes o después de una cesárea, mejora de manera significativa el pronóstico de un parto vaginal posterior con un trabajo de parto

²⁹ **National Institutes of Health Consensus 2010.** Vaginal Birth after previous cesarean delivery Practice Bulletin vol 116 N2 2010 ACOG. Gabbe Cesarean delivery 2012.

espontáneo o provocado (Grinstead y Grobman, 2004; Hendler et al., 2004; Mercer et al., 2008).

- Estudios: 87% de éxito contra 61%.
- Caughey et al: Éxito del 93% con parto vaginal en cesareada anterior comparado con un 85% en aquellas que no lo han tenido.
- Mercer et al: Tasa de éxito aumenta de 87.6% con 1 parto vaginal previo a 90% con 2 partos vaginales previos.
- El parto vaginal previo también disminuye el riesgo de desgarro uterino subsiguiente y otras morbilidades (Cahill et al., 2006; Zelop et al., 2000). De hecho, el factor pronóstico más favorable es el parto vaginal previo. El American College of Obstetricians and Gynecologists(2004) ha asumido la postura de que en el caso de las mujeres con dos cesáreas previas e incisión transversa baja, sólo las que tuvieron un parto vaginal previo deben considerarse elegibles para una prueba de trabajo de parto espontáneo.

d. Peso fetal:

- Peso fetal aumentado se asocia a bajas tasas de probabilidad de éxito.
- Peso mayor a 4000 grs y cesárea por distocia se asocia a mayores tasas fallas.
- El 60-70% de éxito en mujeres que intentan parto vaginal con fetos macrosómicos.
- Evidencia limitada sugiere que aumenta el riesgo de rotura uterina.

e. Periodo intergenésico³⁰

El riesgo de desgarro uterino se incrementaría si una cicatriz de histerotomía no tuviese suficiente tiempo para cicatrizar. Los estudios de imágenes por resonancia magnética de la cicatrización del miometrio señalan que la involución uterina completa y el restablecimiento de la anatomía puede necesitar por lo menos seis meses (Diele et al., 1997). Para explorar más este aspecto, Shipp et al. (2001) analizaron la relación entre el intervalo entre los partos y la rotura uterina en 2 409 mujeres en quienes se había realizado antes una cesárea. Se presentó desgarro uterino en 29 mujeres (1.4%). Los intervalos de 18 meses o menos entre los partos se acompañaron de un incremento de tres veces del riesgo de desgarro sintomático durante una prueba posterior de trabajo de parto en comparación con los intervalos de más de 18 meses. De igual modo, Stamilio et al. (2007) observaron un incremento del riesgo de desgarro uterino de tres tantos en las mujeres con un intervalo intergestacional de menos de seis meses en comparación con uno de seis meses o más. Sin embargo, los intervalos intergestacionales de seis a 18 meses no incrementaron en grado significativo el riesgo de desgarro uterino o de morbilidad materna.

f. Características del cérvix:

- Flamm et al: La tasa éxito de parto vaginal, con dilatación cervical mayor de 4cm es de 86 %, siendo la tasa de éxito que desciende a un 67% con dilatación menor a 4cm.
- Inducción del parto mayor posibilidad de repetir la cesárea comparada con aquellas que la inician espontáneamente (NICHD 67.4% vs 80.5%).

³⁰ Cunningham Gary F. , Leveno Kenneth J. , Bloom Steven L.,Hauth John C, Rouse Dwight J. Spong Catherine. Williams Obstetricia. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011.

g. Tipo de incisión previa:

- Incisión desconocida: tasas de éxito similares con aquellas con incisiones transversas bajas documentadas.
- Estudios sobre rotura uterina no han demostrado asociación significativa.
- Puede resultar del hecho de que la mayoría de cesáreas son transversas bajas y se pueden inferir de la indicación de la cesárea previa.
- No está contraindicado a menos que exista fuerte sospecha de una incisión clásica.
- Incisión vertical baja: tasas similares de éxito con incisiones transversas bajas. No existe evidencia consistente para incremento de rotura uterina.

Tabla 6: Tipo de incisión y relación con rotura uterina

| Tipo de incisión | Rotura uterina |
|-------------------------|-----------------------|
| Transversa baja | 0.5 a 1% |
| Vertical baja | 0.8- 1.1% |
| Clásica o en T | 4-9% |

h. Gestación mayor de 40ss:

- Disminuye el éxito si embarazo más allá de las 40ss.
- Algunos estudios demuestran que incrementa el riesgo de rotura uterina.
- Edad gestacional no debe imposibilitar el trabajo de parto vaginal.

i. **Más de una cesárea previa:**

- Más de una cesárea existe menor probabilidad de éxito de parto vaginal.
- Caughey et al: El 75% con una cesárea y 62% con 2 cesáreas.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a. **Cesárea:** Es la intervención quirúrgica por la que se realiza la extracción de un feto a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina. Y parto por cesárea se define como el nacimiento de un feto a través de incisiones en la pared abdominal.
- b. **Conducción de trabajo de parto:** Estimulación del útero durante el trabajo de parto para aumentar la frecuencia, la duración y la intensidad de las contracciones hasta obtener un trabajo de parto adecuado.
- c. **Control prenatal:** Conjunto de actividades, procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.
- d. **Edad gestacional:** Tiempo de amenorrea, se define como el tiempo transcurrido entre la fecha de última regla y un momento dado del embarazo. Se expresa en semanas.
- e. **Edad materna:** Se refiere a la edad cronológica que tiene la gestante desde su nacimiento hasta el momento del embarazo actual.
- f. **Estado civil:** Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.
- g. **Éxito de parto vaginal después de un parto por Cesárea:** El parto vaginal después de una cesárea anterior, se debe dar bajo ciertas condiciones previas y durante el trabajo de parto, para lograr un parto exitoso y convirtiéndose en una estrategia para

disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal y así reducir la tasa de cesáreas.

- h. **Factores Obstétricos:** Los factores obstétricos, son un conjunto de características, consideradas para el manejo de una paciente en un embarazo actual. Los factores obstétricos condicionan o predisponen a un embarazo de alto riesgo, siendo factores maternos y fetales y relacionándose con factores sociales y económicos.
- i. **Gestación:** La gestación o embarazo, es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. El embarazo se inicia en el momento, de la anidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo inicia cuando termina la implantación.
- j. **Grado de instrucción:** Conjunto de conocimientos adquiridos por una persona y que les permite ir elevando su nivel de educación.
- k. **Gran múltipara:** Mujer que ha tenido 6 o más partos.
- l. **Inducción de trabajo de parto:** Estimulación del útero para iniciar el trabajo de parto.
- m. **Múltipara:** Mujer que ha tenido dos o más partos.
- n. **Paridad:** Número total de partos con finalización del alumbramiento, siendo por cualquier vía (vaginal o cesárea), más allá de la semana 20, o con un recién nacido de peso mayor a 500 gramos.
- o. **Parto vaginal:** Entendemos por parto la expulsión del feto y sus anexos a través de la vagina. Se considera parto normal al que ha transcurrido dentro de unos límites de duración y evolución, que se consideran fisiológicos. El parto marca el fin de la gestación.
- p. **Parto vaginal en cesareada anterior 1 vez:** Es el nacimiento de un feto por vía vaginal en una gestante múltipara, con el antecedente de habersele realizado solo una cesárea, durante alguna gestación previa.

- q. **Periodo intergenésico:** Es el tiempo que transcurre desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente.
- r. **Procedencia:** Lugar de origen.
- s. **Prueba de trabajo de parto:** Es el procedimiento obstétrico mediante el cual se somete a una paciente bajo requisitos establecidos que tiene por objetivo conseguir una evolución favorable del trabajo de parto, mediante adecuada vigilancia y monitorización materna fetal.
- t. **Ruptura uterina:** Pérdida de la solución de continuidad de las paredes uterinas, la cual puede ser parcial o total y constituye una catástrofe obstétrica.
- u. **Trabajo de parto:** Conjunto de mecanismos, que se caracterizan principalmente por presencia de dinámica uterina.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal.

Es **observacional**, porque se realizó el estudio mediante los datos de la Historia Clínica de las gestantes con antecedente de cesárea previa.

Es **descriptivo**, porque en este nivel se realiza un ordenamiento de los resultados de las observaciones sobre fenómenos o situaciones dadas.

Es **transversal**, porque se evalúan las variables simultáneamente, haciendo un corte en el tiempo. En la muestra extraída de la población se encuentra tanto los predictores con los desenlaces.

Es **retrospectivo**, porque en esta parte de lo investigado indaga sobre los hechos ocurridos antes del estudio, puesto que se revisaron

las historias clínicas de las gestantes con antecedente de cesárea anterior.

3.2. Diseño de la investigación

No experimental, transeccional descriptivo.

3.3. Población y muestra de la investigación

3.3.1. Población

El universo poblacional estuvo conformado por 150 gestantes con antecedentes de cesárea previa que fueron atendidas en el servicio de emergencia de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, durante el período comprendido entre abril 2014 a marzo 2015.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 92 gestantes atendidas con antecedente de cesárea previa y que cumplieron con los criterios de inclusión, y que fueron obtenidas mediante la Historias Clínicas, durante período comprendido entre abril 2014 a marzo 2015, en el servicio de emergencia de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay.

Criterios de selección

Inclusión:

- Gestantes con antecedente de cesárea previa, de tipo segmentaria transversa baja.
- Gestantes con una cesárea previa.
- Gestantes con feto único.
- Presentación Cefálica

- Gestantes con atención prenatal.
- Gestaciones a término.
- Gestantes que padecieron otras patologías.

Exclusión:

- Gestantes con dos o más cesáreas previas.
- Gestaciones pretérmino.
- Presentación podálica.
- Macrosomía fetal con diagnóstico ecográfico previo.
- Anomalías congénitas uterinas o cualquier otra patología que cause obstrucción mecánica directa en la progresión del trabajo de parto.
- Gestantes con alguna alteración psicológica previa

3.4. Variables, dimensiones e indicadores

| VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | SUBINDICADORES |
|------------------------------|-----------------------------|--|--|
| Factores Obstétricos. | X1:Factores Maternos | Características Socio-demograficas. | Edad: <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 19 años • 20-34 años • ≥ 35 años. Estado Civil: <ul style="list-style-type: none"> • Soltera. • Conviviente. • Casada. • Divorciada. Ocupación: <ul style="list-style-type: none"> • Independiente. • Empleado. • Ama de casa. • Estudiante |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>Antecedentes Gineco-Obstétricos</p> <p>Características del embarazo actual</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Otros <p>Grado de instrucción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria. • Secundaria. • Superior no universitario. • Superior Universitario. <p>Procedencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chancay • Huaral • Transeúntes <p>Paridad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multípara • Gran multípara <p>Control prenatal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control prenatal mínimo. • Control prenatal tardío. <p>Periodo intergenésico</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18 meses a 2 años • > 2 años <p>Complicaciones intercurrentes y/o asociadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Infecciones del tracto urinario. • Diabetes |
|--|--|---|---|

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|
| | <p>X2: Factores Fetales.</p> | <p>Condiciones Fetales</p> <p>Resultados perinatales</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos hipertensivos del embarazo. • Ruptura prematura de membranas. • Ninguna. <p>Edad gestacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • A término • Vías de prolongación <p>Peso Fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor a 4000 gr. • Mayor a 4000 gr. <p>Presentación Fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefálica. • Podálica. <p>Riesgo Fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sufrimiento fetal Agudo. • Riesgo de muerte perinatal. |
| | | <p>Cesárea anterior</p> | <p>Indicación obstétrica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto disfuncional • Hemorragias de la Segunda mitad del embarazo. • Distocia de dinámica uterina. • Embarazo múltiple. • Ruptura prematura de membranas. |

| | | | |
|--|--|---------------------|--|
| <p>Éxito del parto vaginal después de un parto por cesárea.</p> | <p>Y1: Éxito del parto vaginal.</p> | <p>Parto</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Sufrimiento fetal agudo • Trastornos hipertensivos del embarazo. • Macrosomía fetal. • Distocias de presentación. • Distocia funicular. • Oligohidramnios. • Otros. <p>Prueba de Trabajo de parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Tipo de manejo del trabajo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto inducido. • Trabajo de parto conducido. • Trabajo de parto espontáneo. • Ninguno. <p>Evolución del trabajo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • No trabajo de parto. • Pródromos de Trabajo de parto. • Trabajo de parto: Fase latente • Trabajo de parto: Fase Activa. |
|--|--|---------------------|--|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Periodo expulsivo. <p>Duración del trabajo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 14 horas • De 14 a 20 horas • Más de 20 horas <p>Vía de culminación de embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vía vaginal • Vía Cesárea <p>Complicaciones intraparto y post parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |
|--|--|--|---|

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Previa coordinación con las autoridades del Hospital de Chancay a fin de poder realizar la investigación. Nos ubicamos en el departamento de Gineco- obstetricia, en el servicio de emergencia y centro obstétrico, en el horario de lunes a sábado de 08:00 a 19:00 hrs, hasta completar la información requerida, haciendo uso del libro de registro de atenciones de emergencia y libro de registro de partos; para después ingresar al área de archivo, para hacer uso de las historias clínicas, empleando la ficha de recolección de datos.

3.5.1. Técnicas

La técnica empleada para el acopio de datos fue la observación, lecturas, análisis de documentos y bibliografía.

3.5.2. Instrumento

Ficha De Recolección De Datos (Reestructurado en base a historias clínicas revisadas). Para la recolección de datos se elaboró un instrumento: Cuestionario estructurado con preguntas cerradas, el cual constará de las siguientes partes.

1. Factores Obstétricos

- Características socio-demográficos.
- Antecedentes gineco- obstétricos.
- Características del embarazo actual.
- Condiciones fetales
- Resultado Perinatal

2. Éxito de Parto vaginal después de un parto por cesárea.

- Cesárea anterior.
- Parto

3.6. Procedimientos

Se destinó en primer lugar a la recolección de información general, revisión rápida de estudios realizados, textos, publicaciones, revistas, libros, búsquedas por internet, visita a bibliotecas de instituciones relacionadas con el tema.

La información se recolectó directamente de los archivos (historias clínicas) de gestantes con antecedente de cesárea previa.

Para el análisis de los datos se usó el programa SPSS 21.0. Para confeccionar tablas de contingencia, ordenar la información y expresarla en gráficas.

Para el análisis de los datos se realizó lo siguiente:

- Ordenamiento de los datos
- Tabulación de los datos
- Presentación de cuadros y gráficos de acuerdo al nivel de medición.

La interpretación de los datos se realizó una vez que éstos fueron codificados, transferidos a una matriz y guardados en un archivo.

Se efectuó sobre la matriz de datos, utilizando un programa de computadora. Así, se realizó, en primer término, la interpretación de la estadística descriptiva de los datos para posteriormente efectuar relaciones entre algunas variables.

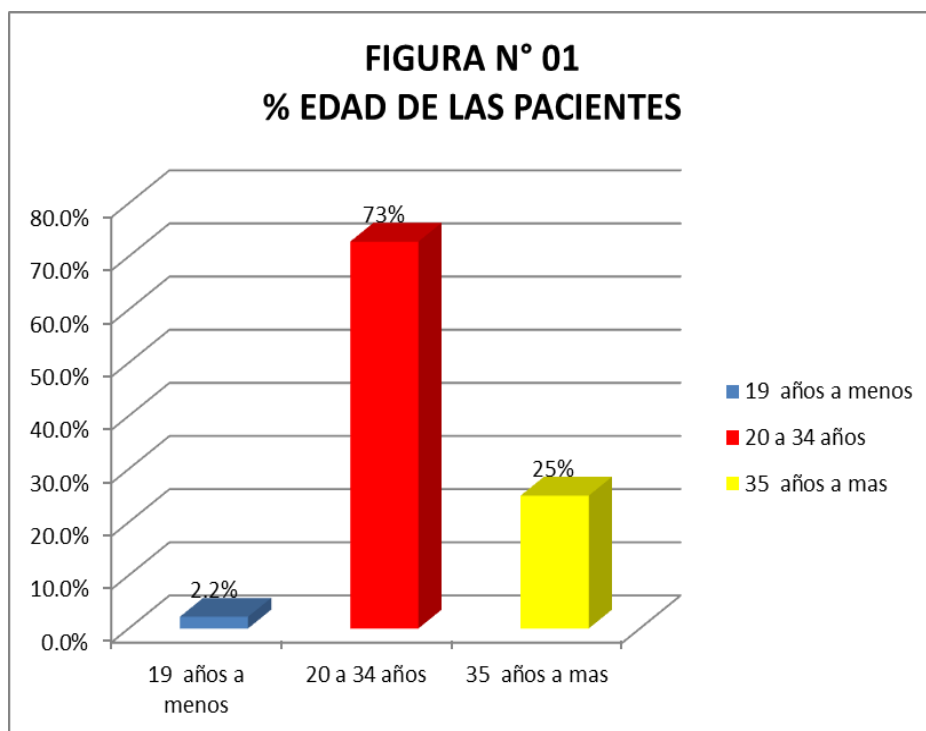
Para el análisis se empleó distribución de frecuencias, cuadros y figuras; específicamente las gráficas de barra.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla N° 01
Edad de las pacientes

| | Frecuencia | % |
|-----------------|------------|-------|
| 19 años a menos | 2 | 2,2 |
| 20 a 34 años | 67 | 72,8 |
| 35 años a mas | 23 | 25,0 |
| Total | 92 | 100,0 |



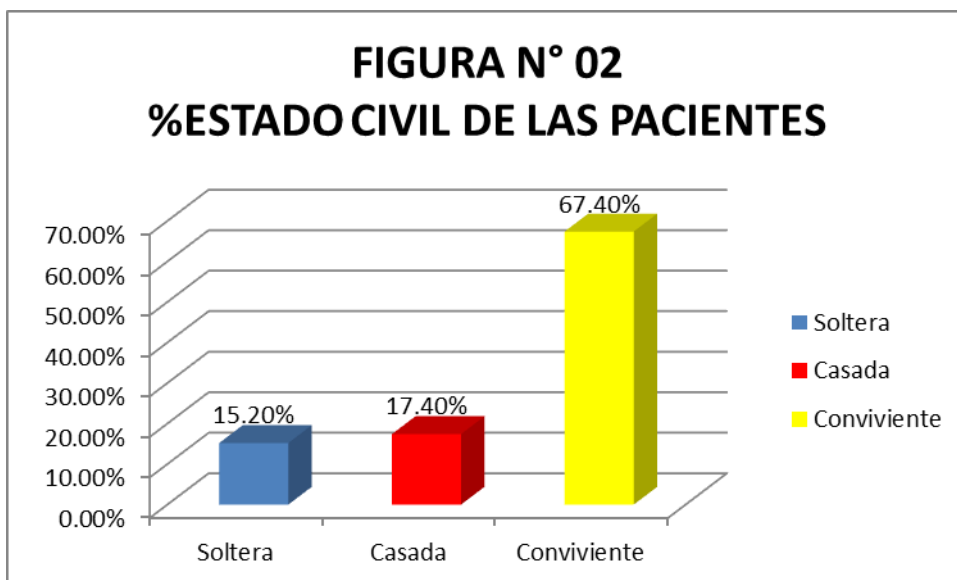
Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa, según la edad, menores de 19 años representan el 2,2%; con el 72,8 % de 20 a 34 años, mientras las pacientes de 35 años a más, representan el 25 %.

Tabla N° 02

Estado civil de las pacientes

| | Frecuencia | % |
|-------------|-------------------|----------|
| Soltera | 14 | 15,2 |
| Casada | 16 | 17,4 |
| Conviviente | 62 | 67,4 |
| Total | 92 | 100,0 |

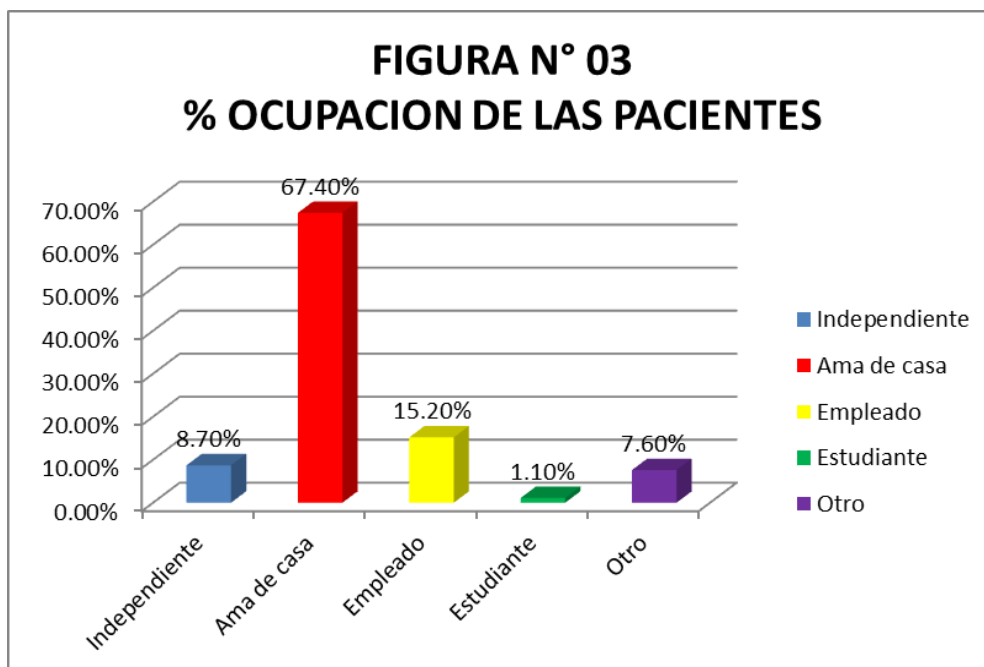


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa según el estado civil de las pacientes, quienes presentan mayor porcentaje son las convivientes con un 67,4%, en relación a las casadas con un 17,4% y las solteras que representan un 15,2%.

Tabla N° 03

| Ocupación de las pacientes | | |
|-----------------------------------|-------------------|----------|
| | Frecuencia | % |
| Independiente | 8 | 8,7 |
| Ama de casa | 62 | 67,4 |
| Empleado | 14 | 15,2 |
| Estudiante | 1 | 1,1 |
| Otros | 7 | 7,6 |
| Total | 92 | 100,0 |

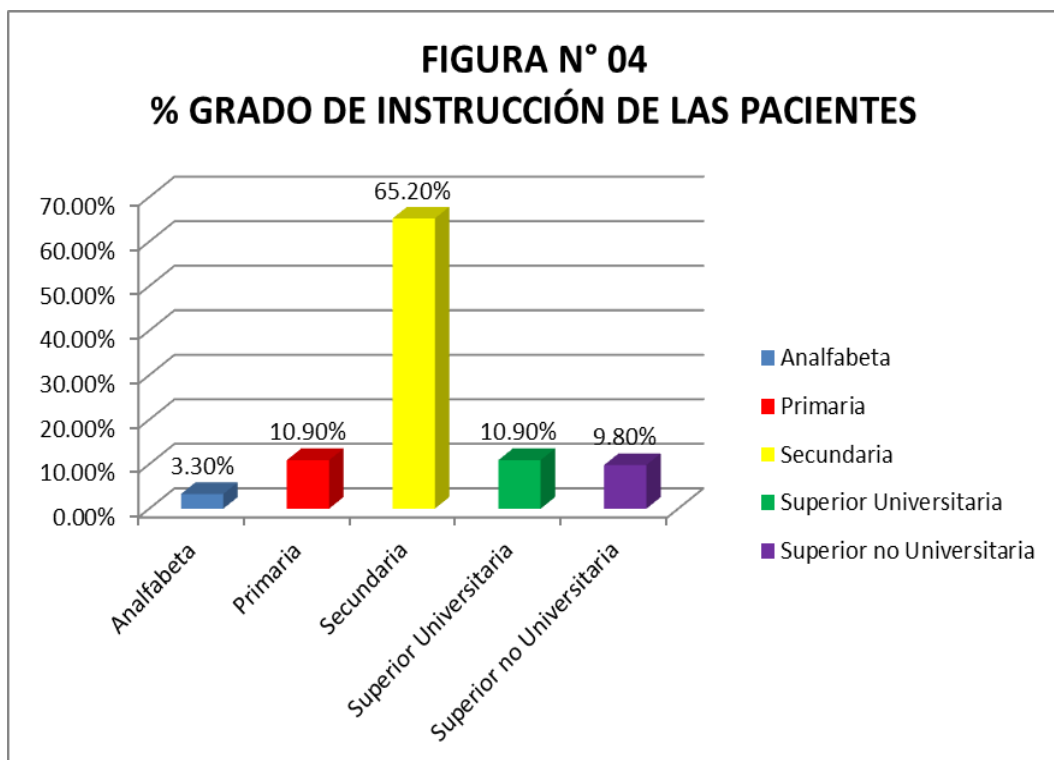


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa según ocupación, las pacientes son en su mayoría amas de casa, con un 67,4%; el 15,2% son empleados; el 8,7% son independientes; como estudiantes se desempeñan el 1,1% y el 7,6% se dedican a otras ocupaciones.

Tabla N° 04

| Grado de Instrucción de las pacientes | | |
|--|-------------------|--------------|
| | Frecuencia | % |
| Analfabeta | 3 | 3,3 |
| Primaria | 10 | 10,9 |
| Secundaria | 60 | 65,2 |
| Superior Universitaria | 10 | 10,9 |
| Superior no Universitaria | 9 | 9,8 |
| Total | 92 | 100,0 |

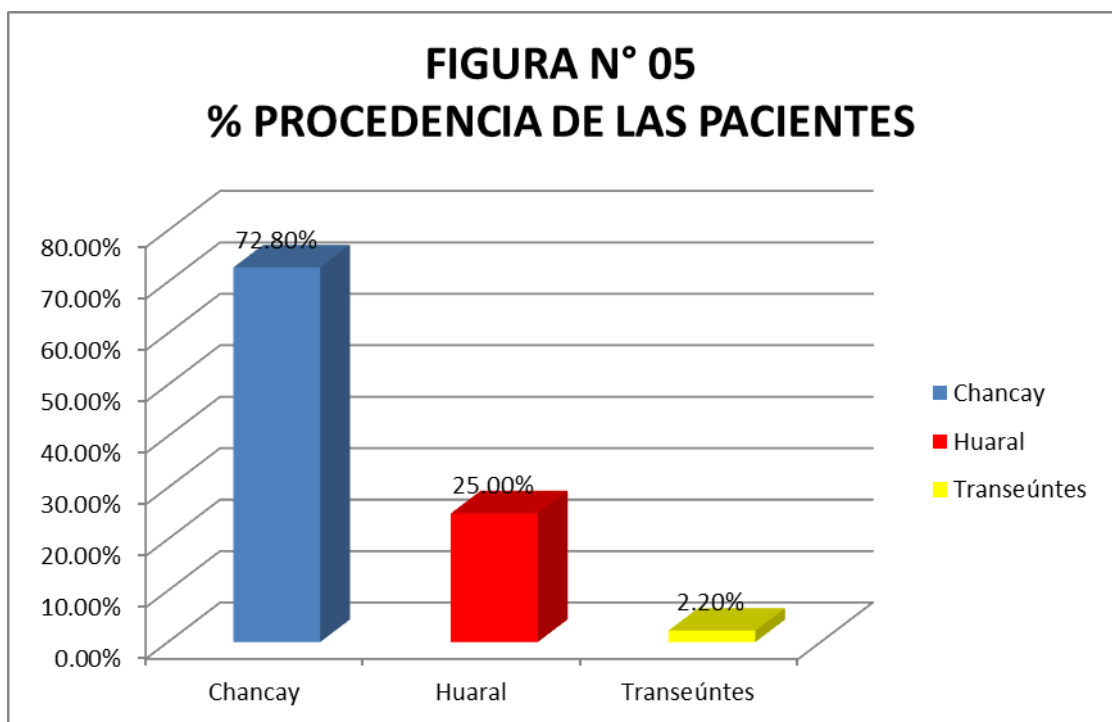


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa, según el grado de instrucción, con mayor porcentaje fue el nivel secundario con un 65,2 %, seguido del nivel primario con el 10,9%, a la vez el nivel superior universitario representa también un 10,9%; el nivel superior no universitario representa un 9,8% y las gestantes analfabetas representan un 3,3%.

Tabla N° 05

| Procedencia de la pacientes | | |
|------------------------------------|-------------------|----------|
| | Frecuencia | % |
| Chancay | 67 | 72,8 |
| Huaral | 23 | 25,0 |
| Transeúntes | 2 | 2,2 |
| Total | 92 | 100,0 |

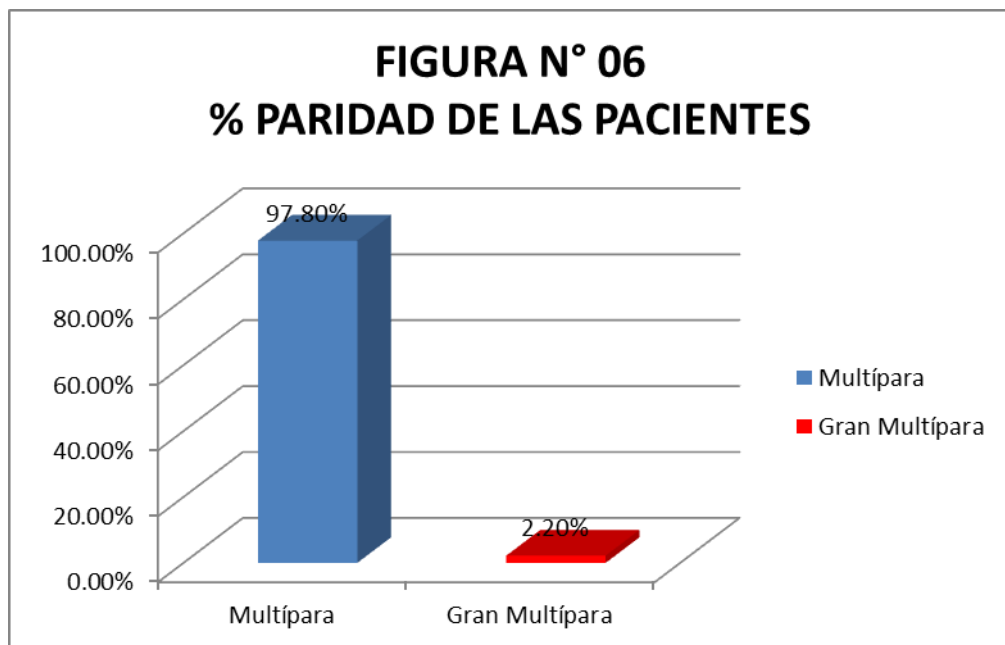


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa con respecto a la procedencia de las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedentes de cesárea previa, el 72,8% fueron procedentes de Chancay, el 25% representan a gestantes procedentes de Huaral y un 2,2 representa a pacientes transeúntes.

Tabla N° 6

| Paridad de las pacientes | | |
|--------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Múltipara | 90 | 97,8 |
| Gran Múltipara | 2 | 2,2 |
| Total | 92 | 100,0 |

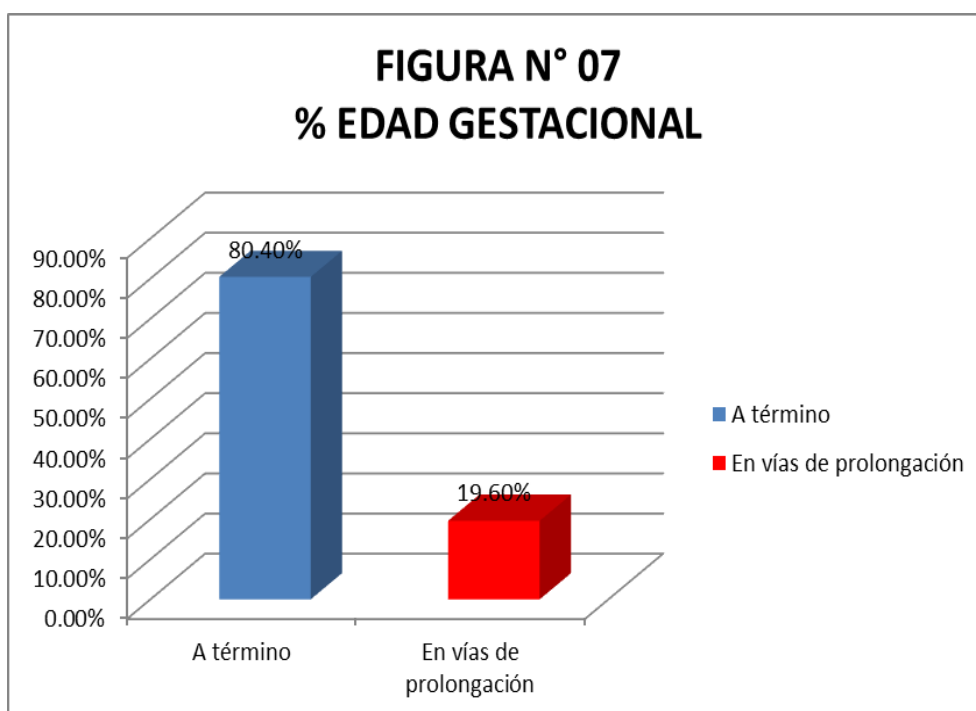


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se detalla que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea, según la paridad de la gestante, obteniendo así, que el 97,8% son gestantes multíparas; mientras que las grandes multíparas representan el 2,2%.

Tabla N° 07

| Edad Gestacional | | |
|-------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| A término | 74 | 80,4 |
| En vías de prolongación | 18 | 19,6 |
| Total | 92 | 100,0 |

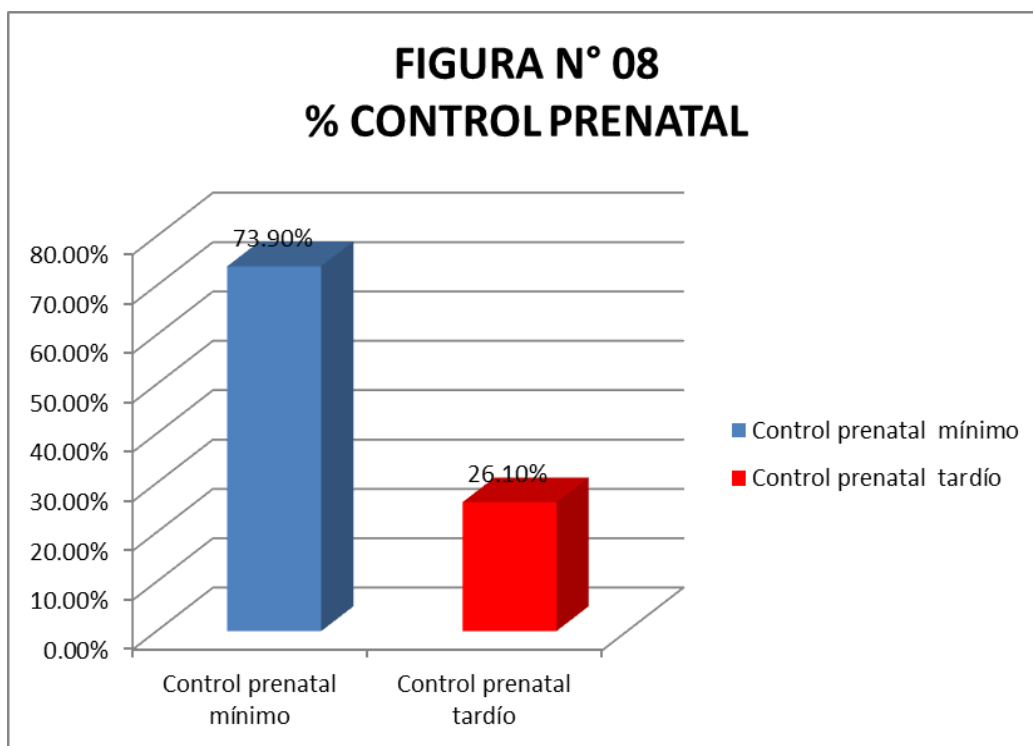


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa, en cuanto a la edad gestacional, los embarazos que fueron a término representan un 80,4%; así como también embarazos en vías de prolongación, que representan el 19,6%.

Tabla N° 08

| Control prenatal | | |
|-------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Control prenatal mínimo | 68 | 73,9 |
| Control prenatal tardío | 24 | 26,1 |
| Total | 92 | 100,0 |

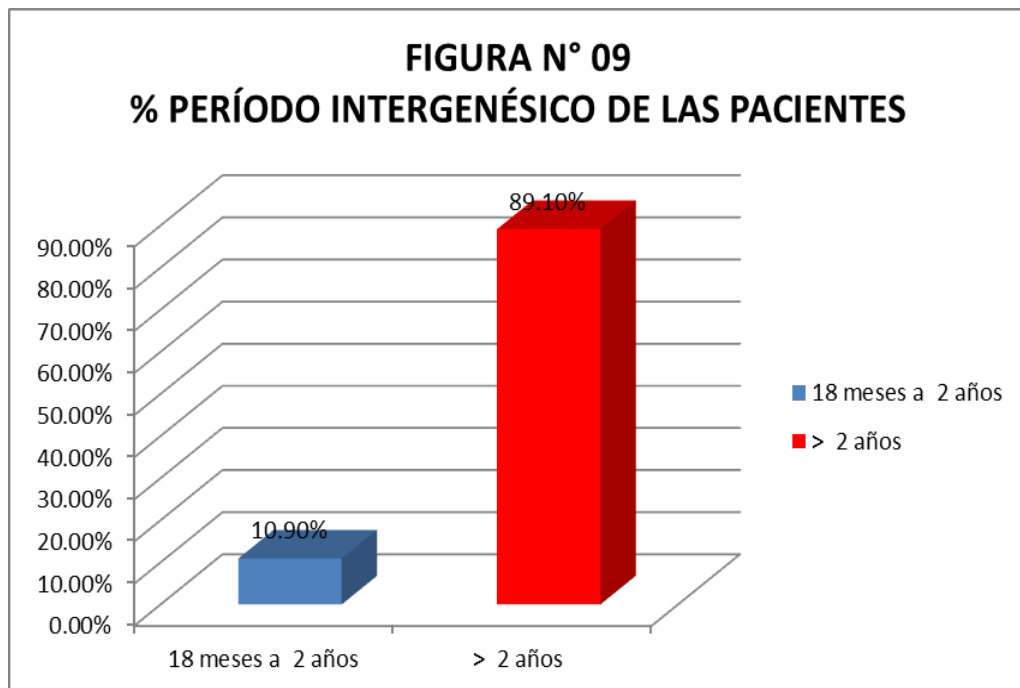


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa, aquellas que tuvieron un control prenatal mínimo, representan el 73,9%; mientras que el 26,1% fueron las gestantes que tuvieron un control prenatal tardío, no se presentaron gestantes sin control prenatal.

Tabla N° 09

| Periodo intergenésico | | |
|-----------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| 18 meses a 2 años | 10 | 10,9 |
| >2 años | 82 | 89,1 |
| Total | 92 | 100,0 |

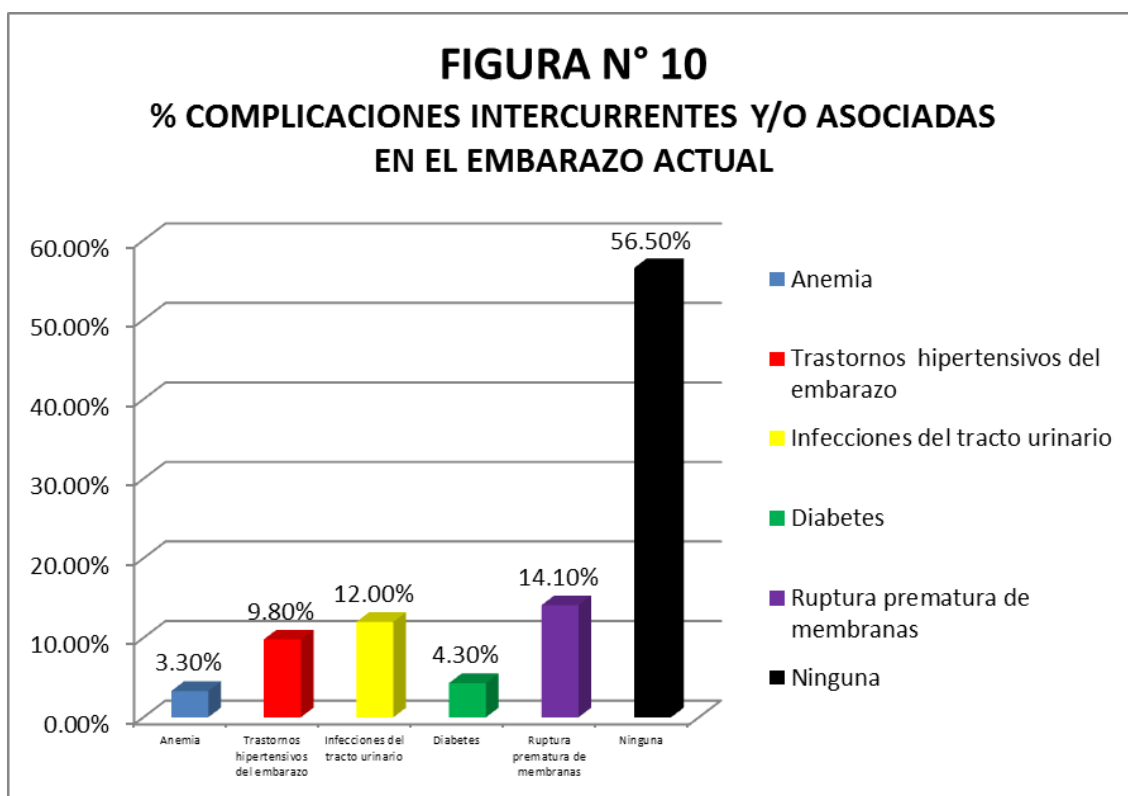


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa, según el periodo intergenésico, el período más notorio en su mayoría es de > 2 años con un 89,1%; teniendo también que el período de 18 meses a 2 años, representa un 10,9%

Tabla N° 10

| Complicaciones intercurrentes y/o asociadas del embarazo actual | | |
|--|-------------------|--------------|
| | Frecuencia | % |
| Anemia | 3 | 3,3 |
| Trastornos hipertensivos del embarazo | 9 | 9,8 |
| Infecciones del tracto urinario | 11 | 12,0 |
| Diabetes | 4 | 4,3 |
| Ruptura prematura de membranas | 13 | 14,1 |
| Ninguna | 52 | 56,5 |
| Total | 92 | 100,0 |



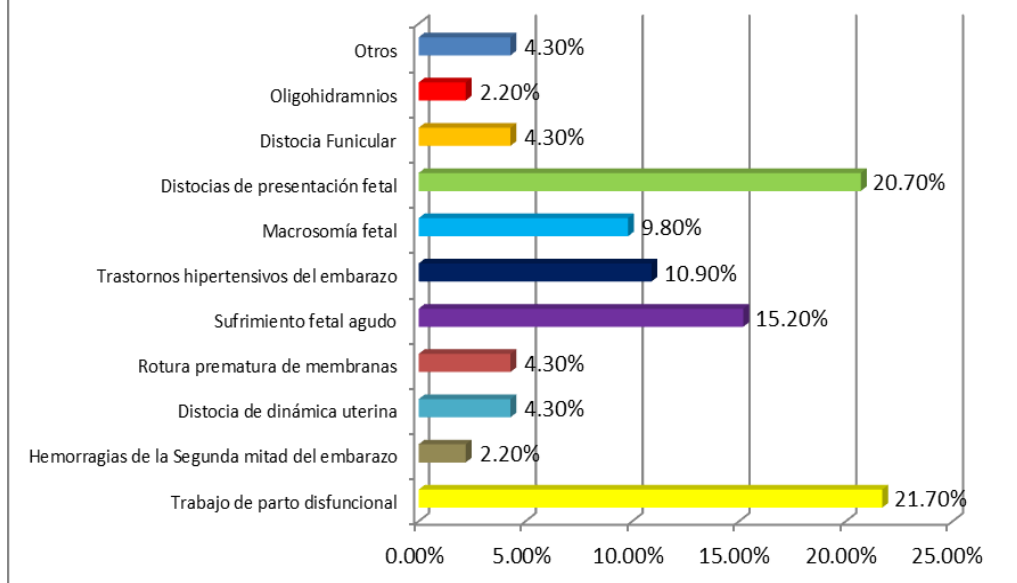
Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa, que presentaron complicaciones intercurrentes y/o asociadas en el embarazo actual; en su mayoría no se presentó alguna complicación, lo que representa un 56,5%, la complicación más notoria fue la ruptura prematura de membranas con un 14,1%, las infecciones de tracto urinario con un 12%, así también los trastornos hipertensivos del embarazo representan un 9,8%, diabetes con un 4,3% y finalmente la anemia con un 3,3%.

Tabla N° 11

| Indicación Obstétrica de Cesárea anterior | | |
|--|-------------------|--------------|
| | Frecuencia | % |
| Trabajo de parto disfuncional | 20 | 21,7 |
| Hemorragias de la Segunda mitad del embarazo | 2 | 2,2 |
| Distocia de dinámica uterina | 4 | 4,3 |
| Rotura prematura de membranas | 4 | 4,3 |
| Sufrimiento fetal agudo | 14 | 15,2 |
| Trastornos hipertensivos del embarazo | 10 | 10,9 |
| Macrosomía fetal | 9 | 9,8 |
| Distocias de presentación fetal | 19 | 20,7 |
| Distocia Funicular | 4 | 4,3 |
| Oligohidramnios | 2 | 2,2 |
| Otros | 4 | 4,3 |
| Total | 92 | 100,0 |

FIGURA N° 11
% INDICACIÓN OBSTÉTRICA DE LA CÉSAREA
ANTERIOR

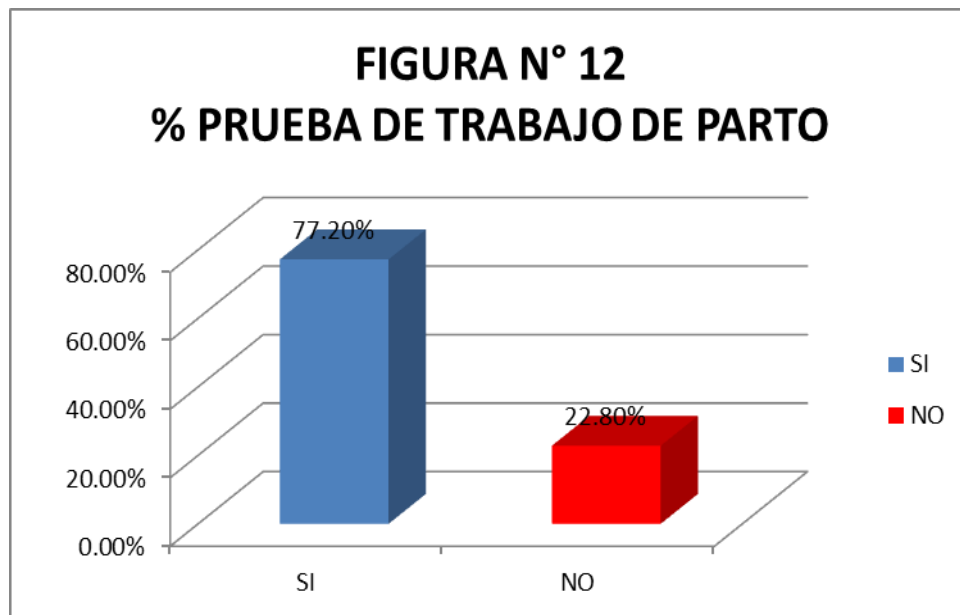


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa, según la indicación obstétrica de la cesárea anterior, en su mayoría la indicación más notoria fue el trabajo de parto disfuncional, que representa el 21,7%, las distocias de presentación fetal que representan el 20,7%; el sufrimiento fetal agudo que representa el 15,2%; los trastornos hipertensivos del embarazo representa el 10,9%; con un 9,8% fue a causa de macrosomía fetal, con un 4,3% tenemos a distocias de dinámica uterina, al igual que la ruptura prematura de membranas con un 4.3%, distocia funicular con un 4,3% y otras causas no específicas con un 4,3%; con un 2,2% tenemos a hemorragias de la segunda mitad del embarazo, de la misma manera que oligohidramnios con un 2,2%.

Tabla N° 12

| Prueba de trabajo de parto | | |
|----------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Si | 71 | 77,2 |
| No | 21 | 22,8 |
| Total | 92 | 100,0 |

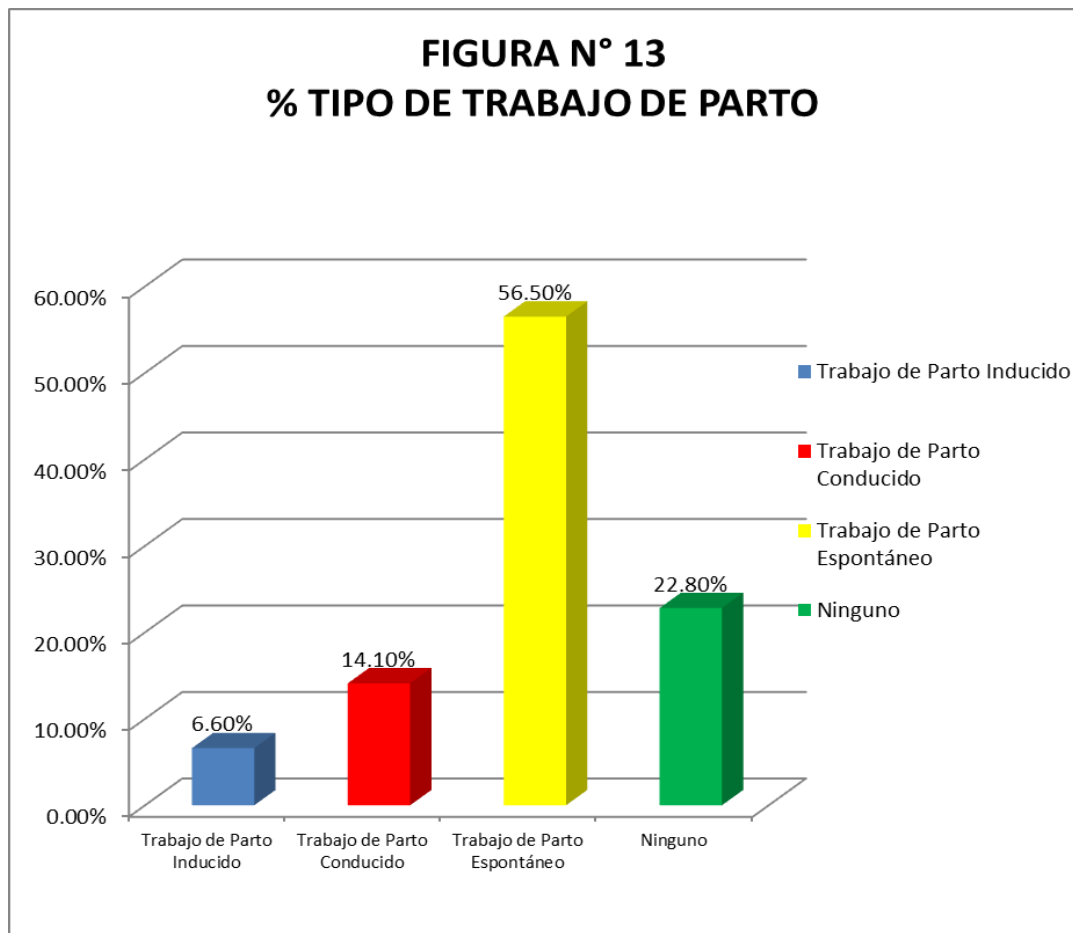


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa, que si pasaron por una prueba de trabajo de parto representan el 77,2% y con el 22,8% las gestantes que no pasaron por una prueba de trabajo de parto. Teniendo en cuenta que se cumplieron con los requisitos establecidos para la selección de candidatas para una prueba de trabajo de parto.

Tabla N° 13

| Tipo de trabajo de parto | | |
|-----------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Trabajo de parto inducido | 6 | 6,6 |
| Trabajo de parto conducido | 13 | 14,1 |
| Trabajo de parto espontaneo | 52 | 56,5 |
| Ninguno | 21 | 22,8 |
| Total | 92 | 100,0 |

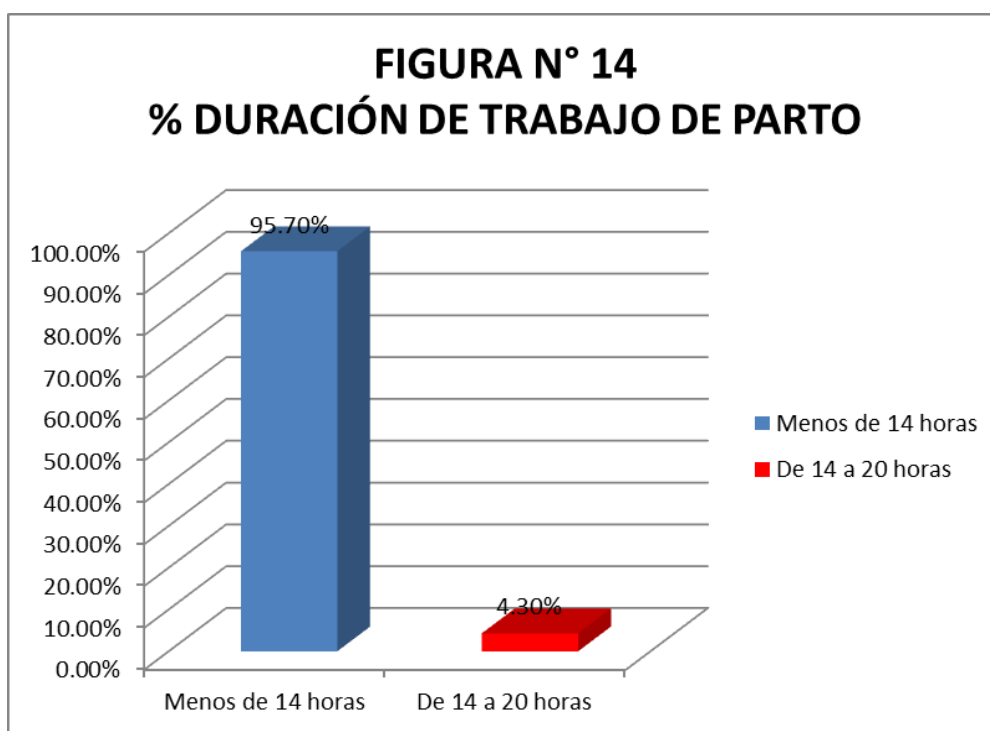


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa, según el tipo de manejo del trabajo de parto; el trabajo de parto espontáneo representa un 56,5%, trabajo de parto conducido con un 14,1%, el 6,6% representa el trabajo de parto inducido con oxitocina y ninguno de estos con un 22,8%, que representa en parte el fracaso del parto vaginal después de un parto por cesárea.

Tabla N° 14

| Duración de trabajo de parto | | |
|------------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Menos de 14 horas | 88 | 95,7 |
| De 14 a 20 horas | 4 | 4,3 |
| Total | 92 | 100,0 |

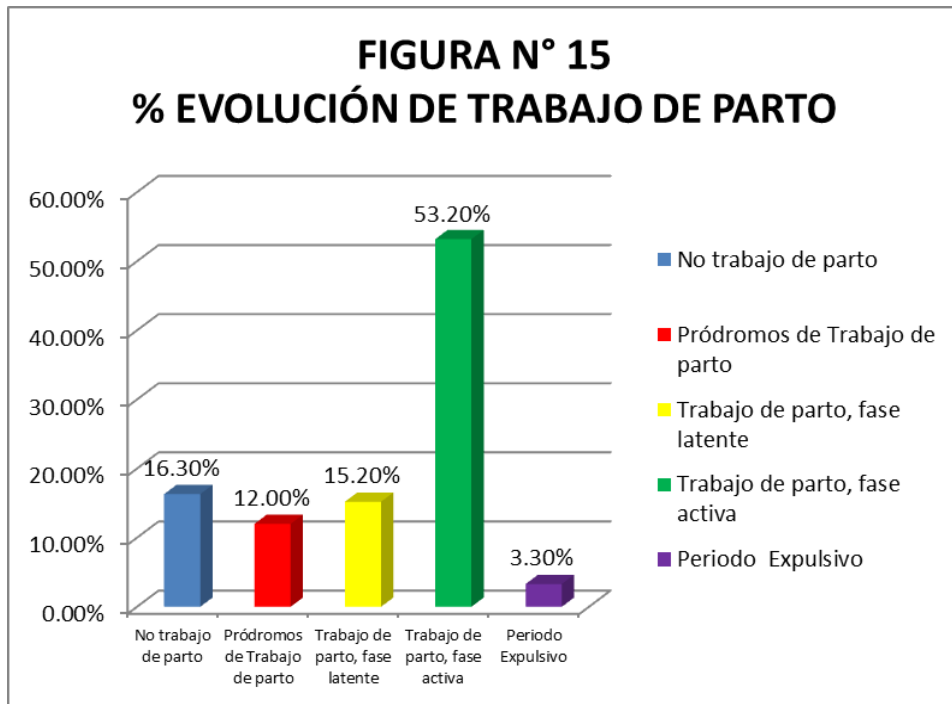


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa, en cuanto a la duración del trabajo de parto, menos de 14 horas, representa un 95,7% y un 4,3% de 14 a 20 horas.

Tabla N° 15

| Evolución de trabajo de parto | | |
|--------------------------------------|-------------------|----------|
| | Frecuencia | % |
| No trabajo de parto | 15 | 16,3 |
| Pródromos de Trabajo de parto | 11 | 12,0 |
| Trabajo de parto, fase latente | 14 | 15,2 |
| Trabajo de parto, fase activa | 49 | 53,2 |
| Periodo Expulsivo | 3 | 3,3 |
| Total | 92 | 100,0 |

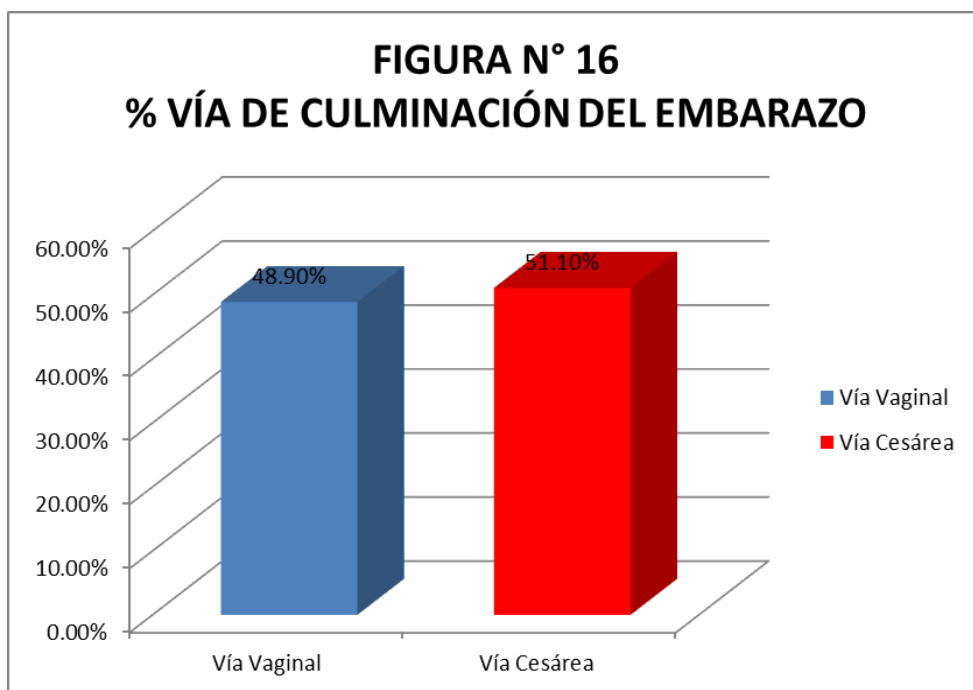


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa, según la evolución del trabajo de parto, en su mayoría las gestantes que llegaron en trabajo de parto, fase activa representan el 53,2%; con un 15,2% en trabajo de parto fase latente; con el 12,0% representan aquellas gestantes que llegaron en pródromos de trabajo de parto, con un 3,3% en período expulsivo y aquellas que llegaron en no labor de trabajo de parto, representan el 16,3%.

Tabla N° 16

| Vía de culminación del embarazo | | |
|---------------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Vía Vaginal | 45 | 48,9 |
| Vía Cesárea | 47 | 51,1 |
| Total | 92 | 100,0 |

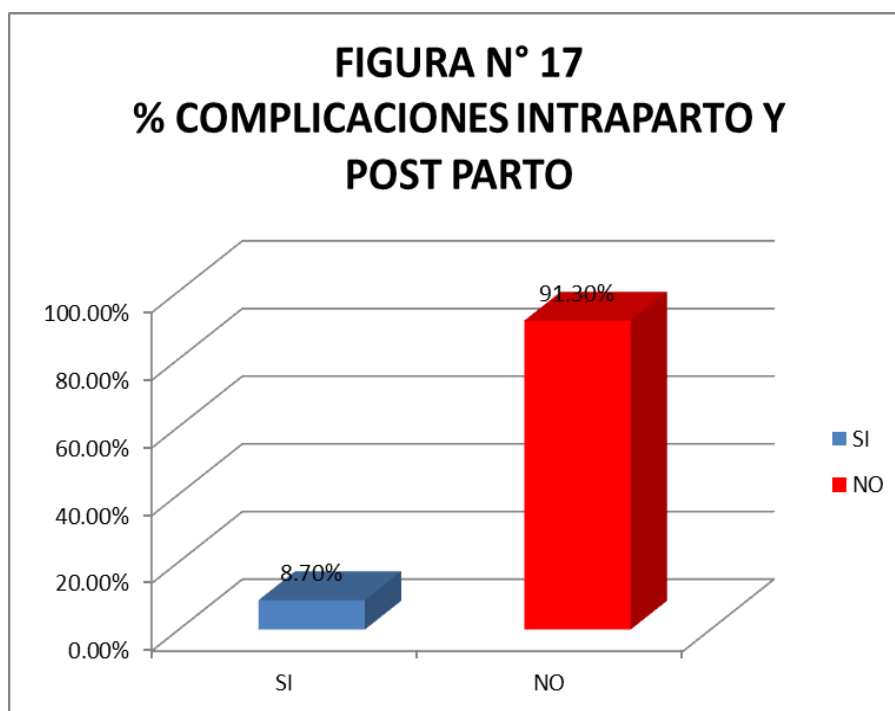


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa, según la vía de culminación del embarazo, la vía cesárea representa el 51,1%, así mismo la vía vaginal se da en el 48,9%, que representa el éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea.

Tabla N° 17

| Complicaciones intraparto y post parto | | |
|---|-------------------|----------|
| | Frecuencia | % |
| Si | 8 | 8,7 |
| No | 84 | 91,3 |
| Total | 92 | 100,0 |



Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa, según complicaciones intraparto y post parto, sea tanto de la vía de culminación vaginal como la vía de culminación cesárea, en su mayoría no se presentaron complicaciones en un 91,3 %, mientras que pacientes que si presentaron complicaciones, representan el 8,7%, las cuales no tienen relación con rotura uterina.

4.2. Discusión de los resultados

La razón fundamental de la investigación, fue la observación de una determinada presencia de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, durante el periodo comprendido de abril 2014 a marzo 2015, hubo 1497 partos, de los cuales 1207 fueron partos vaginales y 290 cesáreas de diversa índole que estarían representados por el 26.4%, en relación al número total de partos, 150 presentaron antecedentes de hasta dos cesárea previa, pero solo 92 pacientes tuvieron antecedente de una sola cesárea previa, para este estudio se eligió esta última población.

La edad de las gestantes con antecedente de cesárea previa, se pudo determinar que el grupo de mayor prevalencia fue de 20 a 34 años con el 72,8 %, siendo en este estudio un factor independiente para el éxito de parto vaginal. Así mismo estos resultados nos permiten establecer semejanza de distribución con los datos similares con los datos encontrados en el estudio presentado por Tessmer Tuck Jennifer (2010), dónde se observa que el éxito de parto vaginal en cesárea anterior (PVDC) fue independientemente asociado con la edad < 30 años. Así mismo Vásquez Cuesta (2011), determinó que las pacientes con cesárea anterior en su mayoría comprendieron entre los 19 y 35 años y que no es un factor determinante para al éxito de parto vaginal.

El estado civil de las gestantes con antecedente de cesárea previa, quienes presentan mayor porcentaje son las convivientes con un 67,4%. Dentro de las características socio-demográficas, en cuanto al estado civil soltera incrementa las posibilidades de fracaso en el intento del parto vaginal después de una cesárea. Sin embargo en los resultados encontrados de esta investigación las que prevalecen son las mujeres que conviven. Estos datos encontrados guarda semejanza con el estudio presentado por Julia Romero (2013) quien encuentra que el estado civil en su gran mayoría representando el 80 % representa a un grupo de mujeres en unión estable, recalcando que estos datos no representan ninguna condición que pueda afectar la condición de terminación del parto.

El Grado de instrucción de las gestantes con antecedente de cesárea previa, con mayor porcentaje fue el nivel secundario con un 65,2 %. Estos datos encontrados guardan semejanza con el estudio presentado por Julia Romero (2013) quien encuentra que el 75% de las primigestas juveniles han cruzado por un grado de instrucción secundaria. Así mismo cabe resaltar que National Institutes of Health Consensus 2010, señala que a menor nivel educativo mayor tasa de falla del parto vaginal después de una cesárea, en los resultados se muestran que la mayoría de pacientes analizadas en este estudio, tienen educación secundaria, lo que refleja una mejor comprensión en cuanto a las ventajas y desventajas del parto vaginal después de una cesárea.

La procedencia de las gestantes con antecedente de cesárea previa, se obtuvo que el 72,8% fueron procedentes de Chancay, teniendo en cuenta que pertenecen a zonas rurales en su mayoría y pocas pertenecientes a zonas urbanas, este hallazgo se relaciona con lo que señala National Institutes of Health Consensus 2010, que las gestantes procedentes de zonas rurales tiene menos probabilidad de un parto

vaginal después de una cesárea, siendo la inaccesibilidad geográfica un obstáculo para la prestación de servicios de salud.

De acuerdo a los antecedentes gineco-obstétricos, la paridad de las pacientes con antecedente de cesárea, se obtuvo, que el 97,2% son gestantes multíparas. La paridad es un factor materno, que mejora de manera significativa el pronóstico de un parto vaginal posterior a una cesárea (Williams), en este resultado se puede notar que la mayoría de estas pacientes le dieron la prueba de trabajo de parto y así la gran parte culminó en un parto vaginal exitoso. Estos datos encontrados guardan semejanza con el estudio presentado por Hendler et y Mercer et al, (2008), el parto vaginal previo también disminuye el riesgo de desgarro uterino subsiguiente y otras morbilidades.

En cuanto al control prenatal de las gestantes con antecedente de cesárea previa, aquellas que tuvieron un control prenatal mínimo, representan el 73,9%; mientras que el 26,1% fueron las gestantes que tuvieron un control prenatal tardío. Este dato guarda semejanza con el estudio presentado por Santisteban Aquino (2008) que el 76.4% de las madres con antecedente de cesárea anterior tuvo 5 a más controles prenatales. Así mismo en el estudio de Julia Romero (2013) en cuanto a los controles prenatales se encontró que el 60% acudió a más de 5 controles.

El período intergenésico de las gestantes con antecedente de cesárea previa, el período más notorio en su mayoría es de > 2 años con un 89,1%, estos datos guardan semejanza con el estudio presentado por Julia Romero (2013), donde se encontró que el período intergenésico corresponde en un 60% más de 2 años. Así mismo Williams (2011) señala que los periodos intergestacionales de 6 a 18

meses, no incrementan en grado significativo el riesgo de desgarro uterino o incremento de morbilidad materna; siendo este un factor importante para someter a una paciente a una prueba de trabajo de parto después de una cesárea.

Dentro de las complicaciones intercurrentes y/o asociadas en el embarazo actual de las gestantes con antecedente de cesárea previa, en su mayoría no se presentó alguna complicación, lo que representa un 56,5%, la complicación más notoria fue la ruptura prematura de membranas con un 14,1%, de los cuales el 6,6 % tuvo un trabajo de parto inducido, estos datos se pueden comparar con el estudio presentado por Julia Romero (2013), que encontró complicaciones más predominantes como la anemia y la diabetes en un 20 %.Teniendo en claro que dichas complicaciones pueden reducir la probabilidad del éxito de parto vaginal.

En cuanto a los factores fetales la edad gestacional de las pacientes con antecedente de cesárea previa, los embarazos a término representan un 80,4%; este dato guarda semejanza con el estudio presentado por Santiesteban Aquino(2008), que encontró una edad gestacional a término del 84.2%. Así mismo Gabbe (2012), señala que el éxito de parto vaginal disminuye si el embarazo va más allá de las 40ss, dejando claro que la edad gestacional no debe imposibilitar el trabajo de parto vaginal. Así mismo el riesgo fetal ante una prueba de trabajo de parto en este estudio fue el sufrimiento fetal, la cual fue la causa principal para someter nuevamente a una cesárea.

En cuanto a la Indicación obstétrica de la cesárea anterior de las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con antecedente de cesárea previa, se encontró que la indicación más notoria fue el trabajo de parto disfuncional, que representa el 21,7%. Este dato se compara con el estudio de

Santisteban Aquino(2008),donde encontró que la principal indicación de cesárea anterior fue el sufrimiento fetal con un 25,8%.Williams(2011) señala que la distocia previa es un factor predictivo importante del parto vaginal después de una cesárea, así mismo Bujold y Gauthier notificaron una tasa de parto vaginal de 75% en las mujeres cuya cesárea previa fue por distocia en el segundo período del parto.

La prueba de trabajo de parto de las gestantes con antecedente de cesárea previa, aquellas que si pasaron por una prueba de trabajo de parto representan el 77,2% de las cuales el 48,9 % resultó en un parto vaginal exitoso. Estos datos se pueden comparar con el estudio de Tessmer Tuck (2010) donde se encontró que la prueba de trabajo de parto fue intentado en un 22,7% y resultó en parto vaginal después de una cesárea un 76.0%.

El tipo de manejo del trabajo de parto de las gestantes con antecedente de cesárea previa, en su mayoría fue el trabajo de parto espontáneo, lo que representa un 56,5%, trabajo de parto conducido con un 14,1% y el 6,6% representa el trabajo de parto inducido. Estos datos se pueden comparar con el estudio de Julia Romero donde el 85% de los trabajos de parto fueron conducidos y el 15% fueron espontáneos. Así mismo Santisteban Aquino (2008) en su investigación tuvo como resultado que el éxito del parto vaginal fue 86.5%, de los cuales el 69.7% fueron por partos espontáneos y 14.6% partos estimulados con oxitocina.

La evolución del trabajo de parto de las gestantes con antecedente de cesárea previa, en su mayoría llegaron en trabajo de parto, fase activa representando el 53,2%. Este dato se asemeja con la investigación de Flamm et al, donde encontró que el 86% de éxito se da con dilatación

cervical mayor de 4cm, mientras la tasa de éxito baja a un 67% con dilatación menor a 4cm.

En cuanto a la vía de culminación del embarazo de las gestantes con antecedente de cesárea previa, la vía cesárea representa el 51,1%, por otra parte la vía vaginal representa el 48,9%, el cual refleja el éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea. Estos datos tienen semejanza con el estudio de Vásquez Cuesta (2011) que encontró que el 47.4% tuvieron parto vaginal y 52.6% se ejecutó nuevamente la cesárea. Así mismo Cuero Vidal Olga (2008) concluyó su investigación que la frecuencia de parto vaginal posterior a cesárea es del 20%. Por otro lado Senturk MB (2014) encontró que a incidencia de parto vaginal después de cesárea era acertado en el 55%.

Las complicaciones intraparto y post parto de las gestantes con antecedente de cesárea previa, sea tanto de la vía de culminación vaginal como la vía de culminación cesárea, donde se presentó solo en el 8,7%, las cuales no tienen relación con rotura uterina. Estos datos tienen semejanza con el estudio de Julia Romero Pacheco (2013) donde el 15% presentó complicaciones las cuales fueron resueltas y no tuvieron relación con rotura uterina. Así mismo Ramírez Morey (2007) encontró que el 12,6% de las pacientes estudiadas presentó complicaciones obstétricas, siendo el trauma perineal la complicación obstétrica más frecuente.

CONCLUSIONES

1. Los factores maternos asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea relacionados con las características socio-demográficas y los antecedentes gineco-obstétricos, en el presente estudio son los siguientes: la edad, gestantes con edad de 20 a 34 años fue de 72,8; en relación al grado de instrucción, destacando el grado secundario con un 65,2%, se señala que a menor nivel educativo mayor tasa de falla del parto vaginal después de un parto por cesárea y por último la paridad como antecedente gineco-obstétrico se comporta como un factor materno, siendo la mayoría multíparas con un 97,8%, teniendo en cuenta que cualquier parto vaginal previo, sea antes o después de la cesárea, mejora de manera significativa el pronóstico de un parto vaginal posterior exitoso.
2. Los factores fetales asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea, tenemos lo siguiente. De acuerdo a la valoración de las condiciones fetales que el 80,4% presentó una edad gestacional a término (37-40 ss) y el 19,6% una edad gestacional en vías de prolongación, resaltando que la madurez fetal es importante para someter a una prueba de trabajo de parto y lograr así un parto vaginal exitoso. Teniendo en cuenta que se dio prueba de trabajo de parto, en el 77,2%, lo cual indica que el feto responde favorablemente ante la prueba de trabajo de parto, logrando así un parto vaginal exitoso en un 48,9% y por otra parte los fetos que no respondieron a esta prueba de trabajo de parto fue de 28,3%, culminando el parto por vía cesárea y principalmente por sufrimiento fetal agudo, recalcando que no existió muerte perinatal.
3. Los factores obstétricos asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea de mayor relevancia fueron el control prenatal mínimo con un 73,90%, considerando que existen factores reconocidos que aumentan y otros que disminuyen, la probabilidad del éxito del parto vaginal que deben

tenerse en consideración conjuntamente con los riesgos y beneficios maternos fetales, que son identificados y/o detectables en el control prenatal y el período intergenésico > 2 años con un 89,10%, siendo un requisito indispensable para someter a una prueba de trabajo de parto.

4. El porcentaje de éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en este estudio fue de 48,9%, teniendo así mismo que el 51,1% fue un fracaso de parto vaginal después de un parto por cesárea, siendo nuevamente sometidas a una cesárea.

5. La prueba de trabajo de parto, se logró en el 77,2% de gestantes, en cuanto al manejo del trabajo de parto, el 56,5% tuvo un trabajo de parto espontáneo, el 14,1% tuvo un trabajo de parto conducido y el 6,6 un trabajo de parto inducido con oxitocina y según la evolución de trabajo de parto, el 53,2% de las pacientes llegaron en trabajo de parto fase activa, el 15,2 % en trabajo de parto fase latente y el 3,3% llegó en período expulsivo. , en cuanto a la duración del trabajo de parto, menos de 14 horas, representa un 95,7% y un 4,3% de 14 a 20 horas. Obteniendo que el éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea, es un 48,9% y del total se concluyó que el fracaso de parto vaginal fue de 28,3%.

6. Las pacientes que no fueron sometidas a una prueba de trabajo de parto, representan el 22,8 %, por lo consiguiente no tuvieron ningún tipo de manejo de trabajo de parto, el 12,0% de las pacientes llegaron en pródromos de trabajo de parto y el 16,3% en no labor de trabajo de parto. Teniendo así el fracaso del parto vaginal y que nuevamente las pacientes fueron sometidas a una cesárea, con un 51,1%. Se concluye así que las cesáreas no fueron innecesarias, se dieron por causas justificables como: sufrimiento fetal agudo, trabajo de parto disfuncional, preeclampsia severa, alteraciones en la

frecuencia cardíaca fetal, oligohidramnios severo, entre otras complicaciones maternas y/o fetales.

7. Casi la mitad de pacientes culminan su embarazo, con un parto por cesárea nuevamente en su mayoría por factores preparto, como alguna patología asociada al embarazo y por factores asociados al trabajo de parto, por lo cual no se logró el éxito del parto vaginal después de una cesárea.

RECOMENDACIONES

1. Se propone incluir la prueba de trabajo parto a toda gestante que no presente indicaciones absolutas de cesárea, el presente estudio deja evidencia que el parto vaginal es posible después de una cesárea y que las complicaciones son menores que la cesárea iterativa, lo que significa además disminuir la morbi-mortalidad materna perinatal.
2. La vigilancia de la madre y el feto se debe realizar desde el ingreso de la paciente al área hospitalaria, durante la evolución del trabajo de parto, el parto y el post parto; evitando así riesgos maternos y fetales, ya que alguna falla al momento de evaluar a la gestante y decidir si puede ser sometida a una prueba de trabajo de parto o un deficiente monitoreo de la dinámica uterina, uso inadecuado de oxitocina o una inadecuada atención del expulsivo, condiciona a una elevada tasa de morbi-mortalidad materno fetal.
3. Se deben implementar programas de educación en salud materna, para sensibilizar a toda gestante que culmina su gestación a través de una cesárea y el alto riesgo obstétrico que implica para sus siguientes gestaciones.
4. Vigilar y Perfeccionar el registro de datos compactando la base de datos en información coherente con el contenido de las historias clínicas y mejorar el llenado correcto de las historias clínicas evitando así pérdida de información valiosa para estudios posteriores. Así mismo fomentar el uso del consentimiento informado en todos los establecimientos hospitalarios.

5. Se requiere elaborar e implementar guías clínicas de atención, a nivel nacional y a nivel de cada centro hospitalario, estableciendo criterios para mejorar el manejo de pacientes con antecedente de cesárea anterior.

6. La tendencia actual del parto vaginal después de un parto por cesárea es a la baja; explicada por el temor de los médicos a la rotura uterina (la principal complicación), evitar los problemas médico-legales y al empoderamiento de las pacientes en la toma de decisiones que prefieren ir a una cesárea de repetición por comodidad o temor al dolor del parto.

7. Realizar una evaluación obstétrica integral y objetiva para determinar la conducta a seguir, todo ello con el fin de disminuir aquellas cesáreas que pueden ser evitables e innecesarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **James R. Scott, MD.** Parto Vaginal Después de Cesárea: Un Planteamiento de Sentido Común. *Obstet Gynecol* 2011; 118:342–50.
2. **Barber E, Lundsberg L, Belanger K, Pettker C, Funai E, Illuzzi J.** Indications contributing to the Increasing Cesarean Delivery Rate. *Obstet Gynecol* 2011;118: 29-38.
3. **OMS Y HRP.** Declaración de la OMS sobre tasas de Cesárea. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS.2015.15 (02):1-8.
4. **Ramírez J.** Parto vaginal Vs. Cesárea iterativa en cesareada anterior una vez. Experiencia del Hospital San Bartolomé, Simposio internacional, Febrero 2006.
5. **Sáenz C.** Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones materno-neonatales. *Rev. Per. Gineco-Obst* 2010; 56:232-237.
6. **Cuero Vidal Olga Lucía, Clavijo Prado Carlos Andrés.** Parto Vaginal Después de una Cesárea Previa, Hospital San Juan de Dios. Cali. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* Colombia 2011, 62(2):148-154.
7. **Tessmer Tuck Jennifer A, El-Nashar Sherif A, R. Racek Christine Adrienne M. Lohse. Abimbola O. Famuyide. Myra J. Wick.** Predicting Vaginal Birth after Cesarean. *Gynecologic and Obstetric Investigation, Iowa, USA.* 2014;77:121–126.
8. **Vásquez Cuesta, Diego Marcelo, Mejía Chicaiza, Jorge Victoriano.** Prevalencia y factores predictores de parto vaginal post cesárea, centro

obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2011. [Tesis de Maestría].Universidad de Cuenca. Ecuador 2011.

9. **Julia Romero Pacheco.** Determinación de los factores favorables para un parto vaginal post cesárea en primigestas juveniles de 15 a 20 años en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel. De septiembre de 2012 a febrero del 2013. [Tesis de Licenciatura].Universidad de Guayaquil.2013.
10. **Senturk MB, Cakmak Y, Atac H, Budak MS.** Factores asociados con el éxito parto vaginal después de cesárea y de los resultados en área rural de Anatolia.2014.Revista Int J Womens Health. Estambul. Turquía 2015 Jul 10;7:693-697.
11. **Santisteban Aquino Judá Eriko, Sánchez Pérez María Del Carmen, Leyva Minaya Lourdes.** Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe; 2004-2008. [Proyecto de Investigación]. Barranca: Facultad de ciencias Médicas. Universidad Nacional de Ancash “Santiago Antúnez de Mayolo”,2008.
12. **Ramírez Morey José Miguel.** Complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa. Instituto Nacional Materno Perinatal -2007. [Tesis Post Grado].Lima: Facultad de Medicina Humana. Universidad Mayor de San Marcos; 2009.
13. **Vargas Juscamaita Anny Tatiana, Lévalo Castro José Antonio, Lazo Porras María de los Ángeles.** Parto Vaginal Después de una Cesárea, Aplicando un Puntaje al Momento del Ingreso en un Hospital, 2010-2011. Revista peruana de ginecología y obstetricia. Lima 2013; 59: 261-266.
14. **Ramírez Gutiérrez Raulins Kurt.** Factores asociados a la selección de la vía del parto en cesareadas anteriores. Lima 2014. [Tesis Post Grado].Lima: Facultad de Medicina Humana. Universidad Mayor de San Marcos; 2014.

15. **Scott James R, MD.** Parto Vaginal Después de Cesárea: Un Planteamiento de Sentido Común © 2011. The American College of Obstetricians and Gynecologists (Obstet Gynecol 2011;118:342–50).
16. **National Institutes of Health Consensus 2010.** Vaginal Birth after previous cesarean delivery Practice Bulletin vol 116 N2 2010 ACOG. Gabbe Cesarean delivery 2012.
17. **Ramírez J.** Histerectomía Obstétrica en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Lima, enero 2003 – diciembre 2007 Tema Libre XVII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología 2009.
18. **Miller D, Diaz FG, Paul RH.** Vaginal birth after cesarean: a 10 year experience. Obstet Gynecol 1994; 84:255–258.
19. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington, D.C. American College of Obstetricians and Gynecologists 2010. Practice Bulletin, Vol 116:455-458.
20. **Agency for Healthcare Research and Quality.** Evidence Report/Technology Assessment Number 191. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010.
21. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** Predicting cesarean section and uterine rupture among women attempting vaginal birth after prior cesarean 2013. Vol 122:570-572.
22. **Guise J-M, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall M, Fu R, et al.** Vaginal birth after cesarean: new insights. Evidence Reports/Technology Assessments No. 191. (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-

10057-I.) AHRQ Publication No. 10-E003, Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; March 2010.

23. Preparing for clinical emergencies in obstetrics and gynecology. Committee Opinion No. 487. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2011;117:1032–4.
24. **Belizan JM. (2010).** Rates and implications of cesarean sections in Latin America: Ecological study. *BMJ*; 319: 1397-400.
25. **National Institutes of Health Consensus 2010.** Vaginal Birth after previous cesarean delivery Practice Bulletin; vol 116 N2 .2010 ACOG. Gabbe Cesarean delivery 2012.
26. **Cunningham Gary F., Leveno Kenneth J., Bloom Steven L.,Hauth John C, Rouse Dwight J. Spong Catherine.** Williams Obstetricia. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

1. **Alberto, Messa A. M.D. (2008).** Parto Vaginal con Cesárea Previa [Serien en línea] Disponible: <http://www.saludfem.com>.
2. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2010).** Birth After Previous Caesarean Birth: reen-Top Guideline No. 45. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007. Accedido 10 junio.
3. **Scott. (2011).** Parto Vaginal Después de Cesárea: Un Planteamiento de Sentido Común. The American College of Obstetricians and Gynecologists (Obstet Gynecol 2011;118:342–50) www.greenjournal.org.
4. **The Information Centre for Health and Social Care, Maternity Statistics, England (2009–2010).** Statistical Bulletin 2010. Available at: www.ic.nhs.uk

Anexos

Anexo N°1: Matriz de Consistencia

Título: “Factores Obstétricos asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, 2015”.

| Problemas | Objetivos | Hipótesis | Variables | Indicadores | Metodología |
|--|---|--|---|--|--|
| <p>Problema Principal ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015?</p> | <p>Objetivo General Determinar los factores obstétricos asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015.</p> | <p>Hipótesis principal Por ser un estudio descriptivo, no requiere de hipótesis</p> | <p>Variable X: Factores obstétricos</p> <p>Dimensiones: X1 Factores Maternos</p> | <p>1. Características sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado Civil • Ocupación • Grado de instrucción • Procedencia <p>2. Antecedentes Gineco-obstétricos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paridad <p>3. Características del embarazo actual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control prenatal • Periodo | <p>Población : La población representa un total de 150 pacientes con antecedentes de cesárea previa.</p> <p>Muestra: La muestra estuvo conformada por 92 gestantes atendidas con antecedente de cesárea previa y</p> |
| <p>Problemas Secundarios • ¿Cuáles son los factores maternos que están asociados al éxito de parto vaginal</p> | <p>Objetivos Específicos • Determinar y relacionar los factores maternos que están asociados al éxito de</p> | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|
| <p>después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015?</p> <p>• ¿Cuáles son los factores fetales que están asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015?</p> <p>• ¿Cuál es el porcentaje de éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de</p> | <p>un parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015.</p> <p>• Determinar los factores fetales asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, período 2015.</p> <p>• Determinar el porcentaje de éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital</p> | | <p>X2 Factores Fetales.</p> <p>Variable Y: Éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea.</p> | <p>intergenésico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones intercurrentes y/o asociadas. <p>1. Condiciones Fetales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional • Peso Fetal • Presentación Fetal <p>2. Resultados perinatales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo Fetal <p>1. Cesárea anterior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicación obstétrica <p>2. Parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de trabajo de parto. | <p>que cumplieron con los criterios de inclusión.</p> <p>Tipo de Investigación: Descriptiva transversal y retrospectiva.</p> <p>Método de investigación Cualitativo</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Estadístico de prueba: SPSS</p> <p>Instrumentos:</p> |
|--|---|--|--|---|---|

| | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|--|---|---|--|
| <p>Chancay, período 2015?</p> | <p>de Chancay, período 2015.</p> | | <p>Dimensiones:</p> <p>Y1 Éxito de parto vaginal</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de manejo de trabajo de parto. • Duración del trabajo de parto. • Evolución del trabajo de parto. • Vía de culminación del embarazo. • Complicaciones intraparto y post parto. | <ul style="list-style-type: none"> -Historia clínica -Cuestionario (reestructurado en base a la historia clínica). |
|-------------------------------|----------------------------------|--|---|---|--|

Anexo N°2: Ficha de Recolección de Datos

Factores Obstétricos asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, 2015.

Se realiza la recolección de datos para el desarrollo de la investigación que tiene como finalidad encontrar los factores obstétricos que están asociados al éxito de parto vaginal en pacientes con cesárea anterior, con respecto los datos brindados serán utilizados de forma estrictamente confidencial.

FECHA:

HC:

FACTORES OBSTÉTRICOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICOS.

1. Edad:

- a. ≤ 19 años ()
- b. 20 a 34 años ()
- c. ≥ 35 años. ()

2. Estado Civil:

- a. Soltera. ()
- b. Casada. ()
- c. Conviviente. ()
- d. Divorciada ()

3. Ocupación:

- a. Independiente ()
- b. Ama de casa. ()
- c. Empleado ()
- d. Estudiante ()
- e. Otros. ()

4. Grado de estudio:

- a. Analfabeta. ()
- b. Primaria. ()
- c. Secundaria. ()
- d. Educación Superior Universitaria. ()
- e. Educación superior no universitaria. ()

5. Procedencia

- a. Chancay ()
- b. Huaral ()
- c. Transeúntes ()

II. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

1. Paridad

- a. Multípara ()
- b. Gran multípara ()

III. CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO ACTUAL

1. Edad gestacional

- a. A término ()
- b. En vías de prolongación ()

2. Periodo intergenésico

- a. 18 meses a 2 años ()
- b. > 2 años ()

3. Nº de Control Prenatal

- a. Control prenatal mínimo ()
- b. Control prenatal tardío ()

4. COMPLICACIONES INTERCURRENTES Y/O ASOCIADAS

- a. Anemia ()
- b. Trastornos hipertensivos del embarazo ()
- c. Infecciones del tracto urinario ()
- d. Diabetes ()
- e. Amenaza de Parto pretérmino ()
- f. Ruptura prematura de membranas ()
- g. Ninguno ()

ÉXITO DE PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UN PARTO POR CESAREA

I. CESÁREA ANTERIOR

1. INDICACION OBSTÉTRICA

- a. Trabajo de parto disfuncional ()
- b. Hemorragias de la Segunda mitad del embarazo ()
- c. Distocia de dinámica uterina ()
- d. Embarazo múltiple ()
- e. Rotura prematura de membranas ()
- f. Sufrimiento fetal agudo ()
- g. Trastornos hipertensivos del embarazo ()
- h. Macrosomía fetal ()
- i. Distocias de presentación fetal ()
- j. Distocia Funicular ()
- k. Oligohidramnios ()
- l. Otros ()

II. PARTO VAGINAL

1. PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO

- a. Si ()
- b. No ()

2. TIPO DE MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO

- a. Trabajo de parto inducido ()
- b. Trabajo de parto conducido ()
- c. Trabajo de parto espontáneo ()
- d. Ninguno ()

3. EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

- a. No trabajo de parto ()
- b. Pródromos de Trabajo de parto ()
- c. Trabajo de parto, fase latente ()
- d. Trabajo de parto, fase activa ()
- e. Periodo Expulsivo ()

4. DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

- a. Menos de 14 horas ()
- b. De 14 a 20 horas ()
- c. Más de 20 horas ()

5. VÍA DE CULMINACIÓN DE PARTO

- a. Vía Vaginal ()
- b. Vía cesárea ()

6. COMPLICACIONES INTRAPARTO Y POST PARTO

- a. Si ()
- b. No ()

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

| | PÁG. |
|--|------|
| TABLA Y FIGURA N° 01 EDAD DE LAS PACIENTES | 55 |
| TABLA Y FIGURA N° 02 ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES | 56 |
| TABLA Y FIGURA N° 03 OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES | 57 |
| TABLA Y FIGURA N° 04 GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES . | 58 |
| TABLA Y FIGURA N° 05 PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES..... | 59 |
| TABLA Y FIGURA N° 06 PARIDAD DE LOS PACIENTES..... | 60 |
| TABLA Y FIGURA N° 07 EDAD GESTACIONAL..... | 61 |
| TABLA Y FIGURA N° 08 CONTROL PRENATAL..... | 62 |
| TABLA Y FIGURA N° 09 PERIODO INTERGENÉSICO DE LAS PACIENTES | 63 |
| TABLA Y FIGURA N° 10 COMPLICACIONES INTERCURRENTES Y/O ASOCIADAS EN EL EMBARAZO ACTUAL..... | 64 |
| TABLA Y FIGURA N° 11 INDICACIÓN OBSTÉTRICA DE LA CESÁREA ANTERIOR..... | 66 |
| TABLA Y FIGURA N° 12 PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO | 67 |
| TABLA Y FIGURA N° 13 TIPO DE MANEJO DE TRABAJO DE PARTO | 68 |
| TABLA Y FIGURA N° 14 DURACIÓN DE TRABAJO DE PARTO | 69 |
| TABLA Y FIGURA N° 15 EVOLUCIÓN DE TRABAJO DE PARTO | 70 |
| TABLA Y FIGURA N° 16 VIA DE CULMINACIÓN DEL EMBARAZO | 71 |
| TABLA Y FIGURA N° 17 COMPLICACIONES INTRAPARTO Y POST PARTO | 72 |