



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

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FACTORES PARA LA DECISIÓN DEL PARTO VAGINAL EN MUJERES  
CON CESÁREA PREVIA EN LA CLÍNICA PARTICULAR CORI GYN,  
DISTRITO LOS OLIVOS 2015**

**TESIS PRESENTADO POR:**

**BACHILLER: CYNTHIA CARMEN CARRIÓN BARRETO**

**PARA OPTAR:**

**El grado de licenciatura**

**LIMA-PERÚ**

**2016**

## ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	i
PÁGINAS PRELIMINARES	ii
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
<b>CAPÍTULO I. PLANEAMIENTO METODOLÓGICO</b>	<b>9</b>
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	9
1.2 Delimitación de la investigación	11
1.3 Formulación del Problema	11
1.3.1 Problema principal	11
1.3.2 Problemas secundarios	12
1.4 Objetivos de la investigación	12
1.4.1 Objetivo general	12
1.4.2 Objetivos específicos	12
1.5 Hipótesis	12
1.5.1 Hipótesis general	12
1.5.2 Identificación y clasificación de variables e indicadores	12
1.6 Diseño de la investigación	14
1.6.1 Tipo de investigación	14
1.6.2 Nivel de la investigación	14
1.6.3 Método	14
1.7 Población y muestra	14
1.7.1 Población	14
1.7.2 Muestra	15
1.8 Técnicas e instrumentos	15
1.8.1 Técnicas	15
1.8.2 Instrumentos	15
1.9 Justificación	16

<b>CAPÍTULO II</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>19</b>
2.1	Fundamentos teóricos de la investigación	19
2.1.1	Antecedentes del estudio	19
2.1.2	Bases teóricas	23
2.1.3	Definición de términos	28
<b>CAPÍTULO III.</b>	<b>PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y</b>	
	<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>30</b>
3.1	Presentación de resultados	31
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados	39
<b>CAPÍTULO IV.</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>41</b>
4.1	Conclusiones	41
4.2	Recomendaciones	42
	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>43</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>48</b>
	Matriz de consistencia	48
	Instrumentos de recolección de datos	49

#### **DEDICATORIA:**

Dedico de manera especial a mi madre, pues ella fue el principal cimiento para mi vida profesional. Gracias Dios por concederme a la mejor madre del mundo. A mis hermanos, mi novio que son personas que me han ofrecido el amor y la calidez de la familia a la cual amo.

### **AGRADECIMIENTO:**

Mi agradecimiento especial a mi asesora, Luisa Parra Silva que me supo brindar sus enseñanzas.

De igual manera expreso al director de la clínica Cori Gyn, el Dr. Ítalo Coripuna Romero que me dio todas las facilidades para la recolección de la información en dicha institución privada

## RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de determinar los factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular CORI GYN, distrito Los Olivos 2015. **Material y método:** Observacional, estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. Se estudió a 90 mujeres con cesárea previa. Para el análisis se utilizó la medida central, dispersión, así como frecuencias absolutas y relativas. En los resultados del estudio se observa que la edad promedio de las mujeres con cesárea previa fue 29,6 años, donde la edad  $\leq 35$  años fue el predominante (96,7%), asimismo el grado de instrucción fue mayormente universitario (54,4%) y el estado civil casadas (70,0%). Entre los factores maternos más frecuentes asociados a la decisión del parto vaginal fueron el período intergenésico de 2 - 5 años (60,0%), parto vaginal previo en un 53,3%, ser multigesta (51,1%) e inicio de parto espontáneo (92,2%). En el 93,3% de los casos la decisión de la vía de culminación fue tomada por el médico. Respecto a las complicaciones, el 6,7% presentaron complicaciones en el puerperio inmediato (retención de restos placentarios, sangrado e infección de episiotomía) y el 20,0% presentaron complicaciones en el puerperio mediato (fiebre, infección de episiotomía y alza térmica). En los factores fetales asociados a la decisión del parto vaginal se encontró que la edad gestacional fue de 38 a 40 semanas con un peso promedio de 3,296 gramos. Las **conclusiones** a las que se le llegó fue que los factores más frecuentes asociados a la decisión de parto por vía vaginal en mujeres con cesárea previa fueron el período intergenésico entre 2 y 5 años, parto vaginal previo, ser multigesta, además de la edad gestacional a término y ponderado del peso fetal normal.

**PALABRAS CLAVES:** factores, parto vaginal, cesárea previa.

## ABSTRACT

This study was planned with the objective to determine the factors to the decision of vaginal birth in women with previous cesarean treated in private clinic CORI GYN, Los Olivos 2015. Material and Methods: Observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study. We studied 90 women with previous cesarean. For the analysis the central measure, dispersion was used; as well as absolute and relative frequencies. In the study results it shows that the average age of women with previous cesarean was 29.6 years, where age  $\leq$  35 years was predominant (96.7%), also the level of education was mostly college (54.4%) and married marital status (70.0%). Among the most common maternal factors associated with the decision of vaginal delivery were intergenetic period of 2 to 5 years (60.0%), previous vaginal delivery in 53.3%, being multigesta (51.1%) and starting spontaneous delivery (92.2%). In 93.3% of cases the decision on the route of culmination was taken by the doctor. Regarding complications, 6.7% had complications in the immediate postpartum period (retention of placental remains, bleeding and infection of episiotomy) and 20.0% had complications taken during mediate puerperium (fever, infection episiotomy and thermal rise). In fetal factors associated with vaginal delivery decision it found that gestational age was 38 to 40 weeks with an average weight of 3,2963 grams. The conclusions reached were that the most common factors associated with the decision of vaginal delivery in women with previous cesarean were intergenetic period between 2 and 5 years prior vaginal delivery, be multigesta, onset of spontaneous labor besides gestational age; and weighted normal the fetus.

**Key words:** factors, vaginal birth, previous cesarean

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el parto mediante cesárea es cada vez más común. La mayoría de las veces el parto vaginal es posible en una mujer con antecedente de cesárea, a pesar que existe un mayor riesgo de rotura uterina; sin embargo se considera seguro tanto para la madre como para el feto. En contraparte, la cesárea electiva rutinaria para el segundo parto de una mujer con una cesárea previa genera un exceso de morbilidad y mortalidad materna además de un alto costo para el sistema sanitario. La operación cesárea expone a mayor peligro de morbimortalidad materno fetal que el parto vaginal no complicado, además de los riesgos propios de la anestesia. En gestantes de alto riesgo además del estado de alarma fisiológico por la cesárea hay aumento de morbimortalidad de la madre y del niño en el período de recuperación, por complicaciones infecciosas, hemorrágicas y pulmonares.<sup>(1)</sup>

Actualmente existe una fuerte tendencia al alza en las tasas de cesárea, en nuestro país se observa una cifra superior a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, a pesar que esta misma institución asevera que no existen fundamentos que justifiquen una tasa superior al 15%, describiéndose como mala calidad de atención obstétrica cifras superiores. Considerando esta problemática, la presente investigación tiene el objetivo de determinar los factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea, cuyos resultados permitirán brindar una atención más humanizada que garantice una atención de calidad para el binomio madre niño.



## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las tasas de cesáreas deberían situarse entre 10 a 15%; sin embargo, en diversos países no desciende del 20%.<sup>(2)</sup> Por ello “la cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, y su frecuencia sigue aumentando”.<sup>(3)</sup> El manejo y la decisión de optar por un parto vaginal después de una cesárea continúa siendo un tema de constante discusión por la controversia que genera. Por ello se ha tratado de establecer recomendaciones sobre la idoneidad de la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa.

Si bien la cesárea inicialmente surgió como una alternativa clínica en casos de riesgo obstétrico, ahora se vislumbra como un problema; pues las cesáreas innecesarias representan un aumento en el costo de los servicios y en el riesgo para la salud del binomio madre-hijo, ya que la probabilidad de muerte materna por la práctica de este procedimiento, es de 2,8 a 6 veces mayor en comparación con el parto eutócico.<sup>(4,5,6)</sup> Por ello es importante priorizar el nacimiento por parto vaginal en gestantes con cesárea previa y no abolir esta posibilidad en caso de no existir restricciones. Sin embargo, la creciente tasa de cesáreas y los ineficaces esfuerzos por disminuirla la sitúan en un escenario digno de ser descrito como una epidemia.<sup>(7)</sup>

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) recomienda ofrecer intento de parto vaginal a todas las mujeres con cesárea previa, una vez que se descarten las contraindicaciones y se informe a la gestante de los riesgos y beneficios.<sup>(8)</sup>

En las Américas, “cuatro de cada diez partos son por cesárea” superando el ideal de uno de cada diez, considerado por profesionales de la salud de todo el mundo”.<sup>(9)</sup> En países como Argentina se ha reportado una incidencia de cesáreas del 32%, siendo este valor superior respecto a años previos y se asocia principalmente a patologías maternas como la hipertensión arterial y la diabetes.<sup>(10)</sup> Asimismo, Brasil, México y Chile superan con gran diferencia las recomendaciones sanitarias de la OMS.<sup>(11)</sup> Como en cualquier otra cirugía, la cesárea se asocia a riesgos a corto y a largo plazo que pueden afectar a la salud de la gestante y su hijo, así como cualquier embarazo futuro.<sup>(12)</sup> Por ello es importante racionalizar este proceder quirúrgico y solo emplearse en casos clínicamente indicados, pues se ha reportado que la decisión de parto después de una cesárea previa resulta en menores tasas de hemorragia, infección y tiempo de recuperación.<sup>(13,14)</sup>

En el Perú, según Quispe A, *et al*<sup>(15)</sup> la tasa promedio de cesáreas en establecimientos de salud limeños es 36,9% (rango: 16,5 a 71,4%), siendo este valor resultante de un progresivo incremento entre los años 2001 a 2008. Esto pone en relieve que la tasa de cesáreas en muchos hospitales supera largamente el límite recomendado por la OMS, siendo su tendencia significativamente creciente un aspecto que empeora esta situación. Una elevada tasa nacional de cesáreas y un sobreestimado uso según Sánchez D.<sup>(16)</sup> trae consigo un “aumento en la morbilidad materna y perinatal en aquellas pacientes que son llevadas a repetición a este tipo de procedimiento”.

Si bien la práctica de parto vaginal después de una cesárea previa apareció como respuesta a la preocupación acerca de la creciente tasa de cesáreas y sus inherentes riesgos, la Clínica Cori Gyn no es ajena a esta problemática pues anualmente solo se ha registrado 100 casos de parto vaginal en

gestantes con cesárea previa. Esta clínica privada es una organización que brinda de manera oportuna atención de preventiva y recuperativa con óptima calidad y tecnología moderna; por ello la realización del presente estudio con el objetivo de describir los factores asociados a la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular Cori Gyn en el período 2015 se alinea a sus directrices para la acción en salud materna.

## **1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

**1.2.1 Delimitación Espacial:** el presente estudio se realizó en la Clínica Particular Cori Gyn, ubicado en la Av. Carlos Izaguirre 978, en el distrito de Los Olivos.

**1.2.2 Delimitación Temporal:** la investigación se llevó a cabo desde el mes de enero a junio del año 2016, la recolección de los datos se realizó en los meses de abril y mayo del año 2016, con la autorización correspondiente de dicha institución.

**1.2.3 Delimitación Social:** la población sujeto de estudio son las mujeres con cesárea previa en la Clínica Particular Cori GYN distrito Los Olivos 2015.

## **1.3 Formulación del problema**

### **1.3.1 Problema Principal**

¿Cuáles son los factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular Cori Gyn, distrito Los Olivos 2015?

### **1.3.2 Problemas Secundarios**

- ¿Cuáles son los factores maternos para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular Cori Gyn, distrito Los Olivos 2015?

- ¿Cuáles son los factores fetales para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular Cori Gyn, distrito Los Olivos 2015?

## **1.4 Objetivos de la investigación**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar los factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular Cori Gyn, distrito Los Olivos 2015.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar los factores maternos para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular Cori Gyn, distrito Los Olivos 2015.
- Determinar los factores fetales para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular Cori Gyn, distrito Los Olivos 2015.

## **1.5 Hipótesis**

**1.5.1 Hipótesis general:** La presente investigación no amerita el planteamiento de hipótesis por el carácter descriptivo del estudio.

### **1.5.2 Identificación y clasificación de variables e indicadores**

- ***Factores maternos***
- ***Factores fetales***

### **Definición conceptual de la variable**

#### **Factores maternos**

Son aquellas características maternas que influyen en la decisión de parto vaginal en mujeres con cesárea previos.

#### **Factores fetales**

Son aquellas características fetales que influyen en la decisión de parto vaginal en mujeres con cesárea previa.

### **Definición operacional de la variable**

#### **Factores maternos**

Son aquellas características maternas que influyen en la decisión de parto vaginal en mujeres con cesárea previa.

#### **Factores fetales**

Son aquellas características fetales que influyen en la decisión de parto vaginal en mujeres con cesárea previa.

### **Operacionalización de la variable**

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
FACTORES PARA LA DECISIÓN DEL PARTO VAGINAL	FACTORES MATERNOS	Antecedentes Gineco - obstétricas
		Decisión
	FACTORES FETALES	Presentación
		Estado fetal

## **1.6 Diseño de la investigación**

### **1.6.1 Tipo de investigación**

El presente estudio es descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

De acuerdo a la intervención del investigador, el estudio es descriptivo, porque se realizó un análisis univariado de los factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea previa. Según las veces en que se mide las variables el estudio es transversal porque la recopilación de los datos se realizó en una sola ocasión durante el mismo período de estudio planteado. De acuerdo a la planificación de recopilación de datos, el estudio es retrospectivo porque el evento de interés ya ocurrió por lo que la información será tomada de fuentes secundarias.<sup>(40)</sup>

### **1.6.2 Nivel de la investigación**

El método es aplicativo, porque nos permite solucionar problemas, en el presente estudio se describe los factores para la decisión del parto vaginal en pacientes con cesárea previa con la finalidad de detectar cuál de ellos es más frecuente en nuestra realidad hospitalaria y así intervenir de manera efectiva.

### **1.6.3 Método**

Cuantitativo, porque se vale de números para analizar la información con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

## **1.7 Población y muestra**

### **Universo:**

241 mujeres que tuvieron parto vaginal en el año 2015.

### **1.7.1 Población:**

90 mujeres que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa (una vez) en el 2015.

### **1.7.2 Muestra:**

El estudio no tuvo muestra se investigó al 100% de las mujeres que tuvieron parto vaginal con cesárea previa (una vez).

### **Criterios de Inclusión**

- Historia clínica de todas las mujeres con parto por vía vaginal y antecedente de cesárea previa (una vez).
- Historia clínica de las mujeres atendidas en la Clínica particular Cori Gyn entre enero a diciembre de 2015.
- Historia clínica en buen estado (legible, completo y accesible).

### **Criterios de Exclusión**

- Historia clínica de mujeres con antecedente de dos o más intervenciones quirúrgicas por cesárea.
- Historia clínica de mujeres con edad gestacional menor a 37 semanas.
- Historia clínica de mujeres con embarazo múltiple.

## **1.8 Técnicas e instrumentos**

### **1.8.1 Técnicas**

La técnica de estudio fue documental, se revisaron las historias clínicas de las mujeres que tuvieron parto vaginal con cesárea previa (una vez).

### **1.8.2 Instrumentos**

Para el levantamiento de la información se elaboró una ficha de recolección de datos, la misma que fue sometida a juicio de tres expertos quienes dieron la conformidad con la firma respectiva en la hoja de evaluación.

La ficha de recolección se caracteriza por tres partes que permiten dar respuesta a los objetivos de la investigación. Además se distribuyen de la siguiente manera:

Datos generales: (Edad, grado de instrucción, lugar de procedencia, estado civil y ocupación)

Factores maternos: lo componen 8 ítems (edad materna, nivel de instrucción, Paridad, período intergenésico, parto vaginal previo, inicio de parto espontáneo, controles prenatales y decisión).

Factores fetales: lo componen 7 ítems (Posición, edad gestacional, ponderado fetal, gestación múltiple, distocia funicular, sufrimiento fetal y malformaciones).

El instrumento ha sido elaborado por el investigador en base a la revisión de la literatura sobre el tema y se incluyen variables identificadas con mayor frecuencia en los antecedentes.

### **Técnica para el procesamiento de la Información**

Los datos recopilados en las fichas de registro fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 20, donde se codificaron y recategorizaron las variables según el cuadro de variables y se presentaron en cuadros estadísticos y gráficos según los resultados obtenidos.

### **1.9 Justificación del estudio**

La cesárea puede ser necesaria cuando el parto vaginal supone riesgos para la madre y/o su hijo por ejemplo: parto prolongado, sufrimiento fetal o presentación anómala. No obstante, también puede ser causa de complicaciones importantes, discapacidad y muerte tanto en la madre como en el neonato. Si bien inicialmente este proceder quirúrgico surgió para resolver graves problemas obstétricos, actualmente se experimenta un “indiscriminado” uso con el consecuente riesgo que todo procedimiento invasivo trae consigo. Por tanto es necesario racionalizar el uso de la cesárea tomando en cuenta los factores que permiten optar por la decisión de parto vaginal.

La identificación de los factores para la decisión del parto vaginal son importantes y cobran relevancia práctica, pues contribuirán con la disminución de las elevadas tasas de cesárea en nuestro país –que se encuentran muy por encima



del 10 a 15% recomendado por la OMS—, dando prioridad al parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior (una vez). Los factores de decisión del parto vaginal permitirán además individualizar cada caso de gestantes para una adecuada toma de decisiones en función de mejorar el pronóstico materno y fetal. Todo ello disminuirá costos sanitarios y riesgos para la salud materna-neonatal.<sup>(12)</sup>

Los hallazgos de este estudio podrían sugerir algoritmos de atención y procesos de selección para pacientes con cesárea previa, los cuales podrían adicionarse a los protocolos clínicos que en la Clínica Cori Gyn se vienen empleado, optimizando la calidad de atención materna.

Si bien existen investigaciones respecto a este tema, la gran mayoría provienen de instituciones sanitarias públicas razones que motivan la realización de la presente investigación en un medio clínico privado para dar a conocer cuáles son los factores para la decisión del parto vaginal. Por ello el presente estudio posee relevancia teórica, pues estos factores han sido escasamente investigados en instituciones privadas. Esta investigación se alinea a las especificaciones normativas de la OMS, pues conociendo los factores para la decisión del parto vaginal se impulsará su priorización sobre el parto por cesárea en casos clínicamente establecidos, contribuyendo a la reducción de la tasa de cesáreas dentro de los límites recomendados.

Desde el punto de vista epidemiológico la elección de la vía vaginal para el parto disminuye los riesgos potenciales para la madre derivados del acto quirúrgico como hemorragias, infección de herida operatoria, infección puerperal y muerte materna, y en el caso del recién nacido la vía vaginal del parto le permite una mejor adaptación del aparato respiratorio ya que por el contrario en recién nacidos de cesárea son frecuentes las taquipneas transitorias y Apgar bajo derivado de los anestésicos. Siempre que la gestante presente condiciones para ser sometida a un parto vaginal debe de elegirse como primera opción y así reducción las cifras de morbimortalidad materna y perinatal.

Desde el punto de vista social la investigación es relevante ya que los resultados permiten beneficiar a las gestantes con antecedente de parto por cesárea, puesto que ofrecer un intento de parto vaginal cuando no existe contraindicaciones produce beneficios para la madre respecto a una rápida recuperación posparto y para el bebé disminuye el riesgo de patologías relacionadas al acto quirúrgico, ello favorece el contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna en los primeros minutos de vida.

Desde el punto de vista económico, la identificación de los factores más frecuentes para parto vaginal en mujeres con cesárea previa permitirá disminuir la tasa de cesáreas innecesarias lo cual traerá como consecuencia una reducción de gastos, ya que el acto quirúrgico a diferencia de la atención del parto vaginal produce un alto costo al sistema sanitario, principalmente por el uso de equipos sofisticados, mayor consumo de fármacos y mayor número de profesionales especializados.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Fundamentos teóricos de la investigación**

#### **2.1.1 Antecedentes del estudio**

##### **Antecedentes Nacionales**

**Arrunátegui G.** desarrolló un estudio en el 2015 en Trujillo (Perú) con el título: “Factores predictores para prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria”. El objetivo fue determinar los factores predictores para prueba de parto vaginal exitosos en gestantes con cesárea previos en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria. La metodología del estudio fue observacional, retrospectivo de caso-control y contó con la participación de 90 pacientes distribuidos en un grupo caso (30 gestantes con cesárea previa y parto vaginal exitoso) y grupo control (60 gestantes con cesárea previa cuyo embarazo culminó en cesárea debido a parto vaginal fallido). Se encontró una edad gestacional promedio para los casos de 38,1 semanas y para los controles de 38,7 semanas, con un valor p mayor a 0,05. El antecedente de parto vaginal es reconocido como factor predictor de parto vaginal exitoso (OR=6,41;  $p<0,01$ ). La multiparidad evidenció asociación con el parto exitoso (OR=2,66;  $p<0,05$ ). El período intergenésico óptimo (2-5 años) se asoció al parto vaginal exitoso (OR=2,69;  $p<0,05$ ). La edad materna adecuada entre 20 y 35 años es factor predictor de

parto vaginal exitoso tras una cesárea previa (OR=3,0; p<0,05). Se concluyó que el antecedente de parto vaginal, multiparidad, período intergenésico óptimo y edad materna adecuada son factores predictores para prueba de parto vaginal exitosos en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria.<sup>(17)</sup>

**Vargas A.**, et al. desarrollaron una investigación en el 2012 en Lima (Perú) con título: “Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso a un hospital”. El objetivo fue establecer la utilidad de dos scores para predecir el éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior de un hospital general. El estudio fue retrospectivo de tipo comparativo e incluyó a 398 gestantes a término con historia de cesárea previa. Los resultados mostraron que el 46,5% de embarazos culminaron en parto vaginal exitoso. En el grupo de parto vaginal la edad promedio fue 29,4 años, en promedio tenían 3,4 gestaciones, un IMC de 25,7 kg/m<sup>2</sup> y un peso promedio de sus neonatos de 3336 gramos; mientras que en el grupo de gestantes que culminaron el embarazo en cesárea la edad promedio fue 27,9 años, tenían 2,6 gestaciones en promedio, un IMC de 26,5 kg/m<sup>2</sup> y un peso promedio de sus neonatos de 3669 gramos. Dentro de los factores que influyen negativamente el éxito de un parto vaginal está la edad materna avanzada definida como edad mayor a 40 años (OR=1,01), índice de masa corporal mayor a 25 kg/m<sup>2</sup> (OR=1,18), tener menos de hijos (OR=1,4), no tener ningún hijo (OR=1,9), haber experimentado detención del trabajo de parto (OR=3,37) y tener como producto de la gestación un neonato con peso mayor a 4000 gramos (OR=2,6). Se concluyó que las escalas de predicción de éxito de parto vaginal (basadas en variables como edad materna, parto vaginal previo, IMC, entre otros) tras una cesárea previa son buenos predictores.<sup>(18)</sup>

### **Antecedentes Internacionales**

**Sepúlveda D.**, et al., desarrollaron una investigación en México en el 2015 con el título: “Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea”. El objetivo fue identificar los factores asociados con

el éxito del parto en pacientes con antecedente de cesárea. El estudio fue de casos y controles al que se incluyeron 1160 pacientes con antecedente de cesárea, la cuales fueron distribuidas en dos grupos: 668 cesáreas (grupo control) y 492 partos (grupo de estudio). El promedio de edad materna fue de 24,9 años. El promedio de edad de quienes se atendieron por cesárea fue menor que el del grupo atendido por parto. El índice de masa corporal fue de 29,5 kg/m<sup>2</sup>. El análisis para encontrar las variables relacionadas con el éxito de parto vaginal en pacientes con cesárea previa, demostró diferencias estadísticamente significativas para edad materna (25,1 vs 24,7 años; RM=0,96; p<0,05), inicio de trabajo de parto espontáneo (90,8% vs 74,1%; RM=3,68; p<0,05), antecedente de parto (49% vs 18,4%; RM=2,96; p<0,05) y peso del neonato (3253 vs 3383 gramos; RM=0,99; p<0,05). El índice de masa corporal, antecedente de control prenatal y rotura espontánea de membranas no mostraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. Al analizar las complicaciones perinatales se encontraron 26 pacientes afectadas después de la cesárea: 7 por hemorragia obstétrica, 14 por herida quirúrgica infectada o fiebre puerperal, 2 por estados hipertensivos y 2 por problemas relacionados con la anestesia; una de las pacientes con cesárea requirió histerectomía obstétrica y traslado a la unidad de cuidados intensivos. Se concluyó que el trabajo de parto espontáneo, el antecedente de parto, el peso fetal y la edad materna son factores que se asocian con el éxito del parto en pacientes con cesárea previa.<sup>(19)</sup>

**Romero J.** desarrollaron una investigación en el 2013 en Ecuador con el título: “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 Procel. De septiembre de 2012 a febrero de 2013”. El objetivo fue demostrar que primigestas 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 estudio fue descriptivo, longitudinal, retrospectivo, no experimental y contó con la participación de 500 pacientes. Según el grupo etario el 60% corresponde entre los 19 a 20 años, el 40% entre los 17 a 18 años. El período 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. Se concluyó que un parto vaginal post cesárea si es posible ser realizado ya que si las pacientes cumplen con los requisitos o factores favorables para el mismo se puede lograr con eficacia ese resultado.<sup>(20)</sup>

**Castillo M.**, et al., realizaron una investigación en el 2009 en España con el título “Factores relacionados con la vía de parto tras cesárea anterior”. El objetivo fue evaluar la tasa de parto vaginal tras una cesárea anterior. Se planteó un estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de 258 gestantes con cesárea anterior cuyo parto fue atendido en un hospital español en el período de 2005 a 2007. La edad media de las mujeres fue de 33,4 años. El índice de masa corporal (IMC) medio fue de 28 kg/m<sup>2</sup>. El 2,7% tenía un IMC inferior a 20; el 21,8% entre el 20 y 24,9; el 38,8% entre el 25 y el 29,9 y el 36,7% igual o superior a 30. El 5,8% tenía un parto vaginal previo (antes de la cesárea) y el 7,4% tenía un parto vaginal posterior a la cesárea. Las indicaciones de la cesárea anterior fueron presentación anormal (32,3%), sospecha de pérdida de bienestar fetal (18,3%) y distocia (35%). Las variables que mostraron asociación con la decisión de la vía de parto fueron el parto vaginal posterior a cesárea previa (84,2% vs 15,7%; p=0,02) y el test de Bishop menor a 6 puntos (44,7% vs 55,2%; p=0,001). Si bien la mayor cantidad de gestantes que culminaron su embarazo en parto vía vaginal tuvieron una edad menor a 35 años, IMC adecuado (20-24,9 kg/m<sup>2</sup>), parto vaginal previo e inicio espontaneo del trabajo de parto; estas atributos no resultaron estar asociados a la decisión del parto vaginal. Se concluyó que el parto vaginal es posible en casi el 60% de las gestantes con cesárea anterior sin un incremento de la morbilidad maternofoetal.<sup>(21)</sup>

## 2.1.2 Bases teóricas

### PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESAREA

#### I. Generalidades

El manejo de gestantes con cesárea previa siempre es un tema debatible, pues hace años mientras que en Europa, Asia y África se inclinaban por una prueba de trabajo de parto, en Estados Unidos se prefería la realización de una cesárea electiva.

Entre los años 1980 y 1990 se incrementó la popularidad del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. Esto provocó que en el año 1999 se reconsiderara el paradigma hasta ese entonces predominante en Estados Unidos. Por ello el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) declaró que “una mujer con cesárea anterior debería ser aconsejada a intentar un parto vaginal”.<sup>(8)</sup>

Estos cambios en el manejo favorecieron el incremento de la tasa de partos vaginales en gestantes con cesárea previa pasando de un 5% en 1985 a 28,3% en 1996. Sin embargo, también incrementaron los reportes de complicaciones materno fetales y rotura uterina.<sup>(22, 23)</sup>

El ACOG recomendó que las pacientes con cesárea previa podrían ser sometidas a una prueba de trabajo de parto, debido a que el porcentaje de éxito de lograr un parto vaginal fluctuaba entre 60% y 80%, con riesgo de rotura uterina menor al 1%, resultados importantes en la toma de decisiones.<sup>(24)</sup>

Desde ese momento, varios investigadores han intentado dilucidar los factores que estarían asociados con un parto vaginal después de una cesárea anterior.

## **II. Definición**

En algunas guías de práctica de clínica la definen como “la expulsión vía vaginal de un feto mayor a 20 semanas en mujeres que tienen el antecedente de operación cesárea”.<sup>(25)</sup>

## **III. Elección de la vía de parto**

Durante la atención prenatal, idealmente antes de las 36 semana de edad gestacional, se debe informar adecuadamente a la gestante de los riesgos y beneficios del parto vaginal tras una cesárea previa, así como los riesgos y beneficios de realizar una nueva cesárea.<sup>(26)</sup> El consentimiento informado, es muy importante en el plan de parto de la mujer con cesárea previa.<sup>(27)</sup>

### **III.1 Tasa de éxito de parto por vía vaginal**

Se ha reportado que la tasa de éxito del parto vaginal después de una cesárea se encuentra entre 72 a 76% (nivel de evidencia IIa), llegando a 87 a 90% si existe el antecedente en la gestante de haber tenido un parto vaginal previo. Entre los factores que pueden disminuir la tasa de partos vaginales específicamente tras una cesárea previa se encuentran que la cesárea previa hubiera sido por distocia, tener un parto pretérmino previo por cesárea y que el período intergenésico sea menor a 18 meses.<sup>(28)</sup>

De no existir contraindicaciones para el parto vía vaginal es necesario ofrecer un intento de parto por vía vaginal a toda gestantes con cesárea previa, una vez descartas posibles contraindicaciones y se informen los riesgos y beneficios del parto por vía vaginal.<sup>(26,27)</sup>

### **III.2 Riesgo maternos:**



Se debe intentar averiguar si histerotomía en la cesárea previa haya sido segmentaria transversa. Si esta probabilidad es alta, se debe ofrecer una prueba de parto por vía vaginal. La mayoría de incisiones desconocidas son transversas bajas (92%) y por lo tanto existe bajo riesgo de rotura.<sup>(26)</sup>

Las gestantes candidatas a un parto vaginal posterior a una cesárea siempre deben de ser informadas sobre los riesgos. En un metaanálisis con más de 400.000 casos se comunicó un riesgo de rotura uterina del 0,3 a 0,4% vs 0,03% para la cesárea electiva.<sup>(28,29)</sup> Con los datos disponibles no existen diferencias significativas en relación con la histerectomía, hemorragia, transfusión o infecciones. En cambio, sí existe mayor mortalidad materna tras la cesárea electiva, a pesar que estos valores son muy pequeños (0,013% vs 0,004%,  $p=0,027$ ) (nivel de evidencia IIa).<sup>(28,29)</sup>

### **III.3 Riesgo perinatales**

Las mujeres candidatas a parto vaginal tras cesárea deber conocer los riesgos perinatales asociados al intento de parto vaginal. Existe un mayor riesgo de mortalidad perinatal (nivel de evidencia IIa).<sup>(29)</sup>

Este riesgo está asociado al de rotura uterina, ya que la acidosis metabólica neonatal severa se encuentra presente en el 33% de roturas uterinas a término (nivel de evidencia IIa). Por otra parte, en la actualidad no existe suficiente evidencia para valorar los efectos de la vía del parto tras cesárea anterior sobre la encefalopatía hipóxico-isquémica, sepsis, trauma o resultados neurológicos a largo plazo.<sup>(30)</sup> Dado que la parálisis cerebral postparto a término es un evento poco frecuente y únicamente pocos casos se deben a efectos del parto, es necesario investigaciones de gran tamaño poblacional.<sup>(27)</sup>

## **IV. Contraindicaciones para el parto vaginal en cesárea previa**

En mujeres embarazadas que cursan con embarazo de término y que tienen antecedente de una cesárea clásica o corporal, el riesgo de rotura uterina es de 2 a 9%. El riesgo de rotura uterina también se encuentra incrementado en casos como de mujeres con antecedente de cirugías uterinas y de rotura uterina. Por ello las mujeres con embarazo a término y antecedente de una cesárea corporal (o clásica), incisión en T invertida, incisión segmentaria vertical, cirugía uterina, o rotura uterina se recomienda programar cesárea electiva de repetición.<sup>(25)</sup>

En casos de mujeres con antecedente de cesárea, en quienes se desconoce el tipo de incisión, se deben tomar en cuenta antecedentes que motivaron dicha cesárea para considerar la vía de resolución del embarazo:<sup>(25)</sup>

- Con antecedente de feto menor a 32 semanas, infección posterior a la cesárea o bien por placenta previa, manejar como si se hubiese hecho una incisión corporal
- En caso de indicación por otras causas, manejar como si tuviera cicatriz uterina segmentaria transversa.

## V. Factores que influyen en la decisión del parto vaginal

**Diabetes gestacional:** la diabetes gestacional disminuye la tasa de parto vaginal tras una cesárea; sin embargo, la morbilidad materna y fetal son comparables.<sup>(30, 31)</sup>

**Período intergenésico:** se ha reportado que una paciente con período intergenésico menor a 2 años no tiene una adecuada vascularidad a nivel útero-placentaria, debido a la poca adaptabilidad vascular y, en caso de antecedente de cesárea, se verá directamente reflejado en las propiedades de extensibilidad y contractilidad uterina, por las pérdidas importantes de fibras musculares e hipoperfusión uteroplacentaria. Por ello cuanto más corto es el período intergenésico, más débil será la cicatriz uterina.<sup>(32)</sup>

Los períodos intergenésicos menores a 6 meses se incrementan el riesgo de aborto. En períodos menores a 18 meses se incrementa 3 veces el riesgo de rotura y dehiscencia uterina. En períodos menores de 2 años aumenta el riesgo

de nacimiento pretérmino. En lapsos mayores de 4 años también existe un problema en la vascularidad que produce hipoperfusión placentaria y finalmente desencadena daño endotelial. El período intergenésico óptimo para prevenir complicaciones maternas y fetales es de 2 a 4 años. Por ello muchas veces se ha recomendado realizar cesárea en gestantes con período intergenésico menor a 18 meses.<sup>(33)</sup>

**Parto vaginal previo:** el antecedente de un parto es un factor pronóstico que aumenta las posibilidades de éxito del parto vaginal, y disminuye el riesgo de rotura uterina.<sup>(34,35)</sup>

**Inicio de trabajo de parto:** es necesario considerar a todas las pacientes con antecedente de cesárea, como: embarazo de alto riesgo, por lo que la conducta del obstetra debe diferir un poco con respecto a la de cualquier otra mujer, especialmente en el inicio del trabajo de parto.<sup>(32)</sup>

Cuando no existe una afección que requiera el nacimiento inmediato, es preferible esperar a que el parto se inicie espontáneamente porque no implica riesgo de rotura uterina ni es un elemento de pronóstico desfavorable para la prueba del trabajo de parto.<sup>(36)</sup> Si la respuesta a la oxitocina es temprana puede esperarse mayor tasa de éxito. Por el contrario, si la paciente no evoluciona en las siguientes dos horas, la probabilidad de requerir cesárea aumenta.<sup>(32)</sup>

En general el parto vaginal en pacientes con cesárea previa es una condición ampliamente debatida, presentando controversias en su manejo como es la vía de terminación del embarazo y sus ventajas tanto para la madre como para el feto.

Entre otros factores que influyen en la decisión del parto vaginal en pacientes con cesárea previa se encuentran edad materna, nivel educativo, el número de gestaciones previas, el IMC pregestacional, los controles prenatales, entre otros.<sup>(17,18, 19,20, 21)</sup>

Actualmente se presenta el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, como una alternativa segura que no presenta un incremento en la morbilidad y mortalidad materno-fetal, debe adoptarse siempre que no existan contraindicaciones. El principal argumento que se tenía para contraindicar esta conducta en las pacientes con cesárea previa, lo constituía el temor a la rotura 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.

### 2.1.3 Definición de términos básicos

- **Parto:** “Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas)”.<sup>(37)</sup>
- **Parto vaginal:** “Es aquel nacimiento por vía vaginal. Puede ser sin complicaciones (eutócico) o con complicaciones (distócico) pero que termina por vía vaginal”.<sup>(37)</sup>
- **Parto abdominal:** “Es aquel nacimiento por intervención quirúrgica: Cesárea”.<sup>(37)</sup>
- **Gestante añosa:** se refiere a aquella paciente con gestación activa y una edad de 35 o más años.<sup>(37)</sup>
- **Período intergenésico:** “Se denomina período intergenésico al espacio de tiempo que transcurre entre el nacimiento del primer hijo y los sucesivos”.<sup>(38)</sup>
- **Distocia:** “Aunque la definición de distocia es ‘parto difícil’, este término y el de trabajo de parto disfuncional se usan de forma indistinta para referirse al trabajo de parto que no progresa con normalidad”.<sup>(39)</sup>
- **Factores maternos:** Son aquellas características maternas que influyen en la decisión de parto vaginal en mujeres con cesárea previa.

- **Factores fetales:** Son aquellas características fetales que influyen en la decisión de parto vaginal en mujeres con cesárea previa.

**CAPÍTULO III:  
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE  
RESULTADOS**

### 3.1 Presentación de resultados

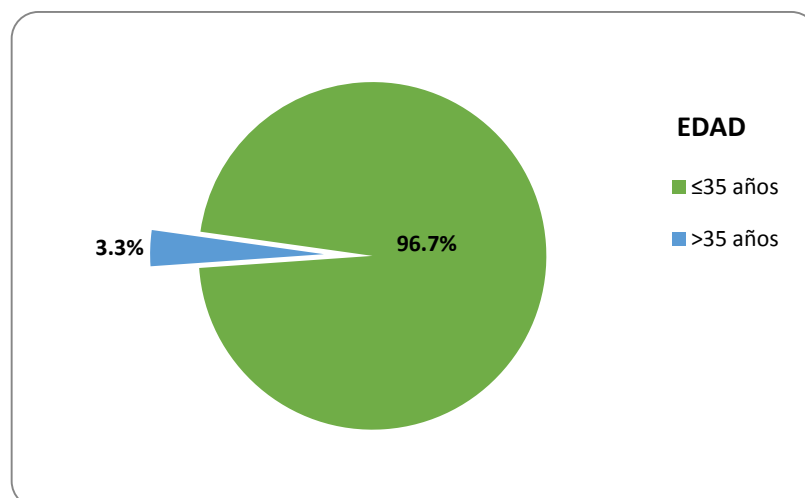
#### DATOS GENERALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESÁREA PREVIA

Tabla N° 1

Datos generales	$\bar{x} \pm SD$	Min- Max
Edad (años)	29,6±3,2	22 - 39
	N	%
≤35 años	87	96,7%
>35 años	3	3,3%
Grado de Instrucción		
Primaria	1	1,1%
Secundaria	25	27,8%
Técnico	15	16,7%
Universitario	49	54,4%
Estado Civil		
Soltera	1	1,1%
Casada	63	70,0%
Conviviente	26	28,9%
Ocupación		
Profesional de Salud	30	33,3%
Ama de casa	19	21,1%
Administración- Contabilidad	10	11,1%
Psicología	6	6,7%
Docencia	5	5,6%
Otros	20	22,2%
Lugar de procedencia		
Lima- Callao	55	61,1%
Resto país	35	38,9%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>

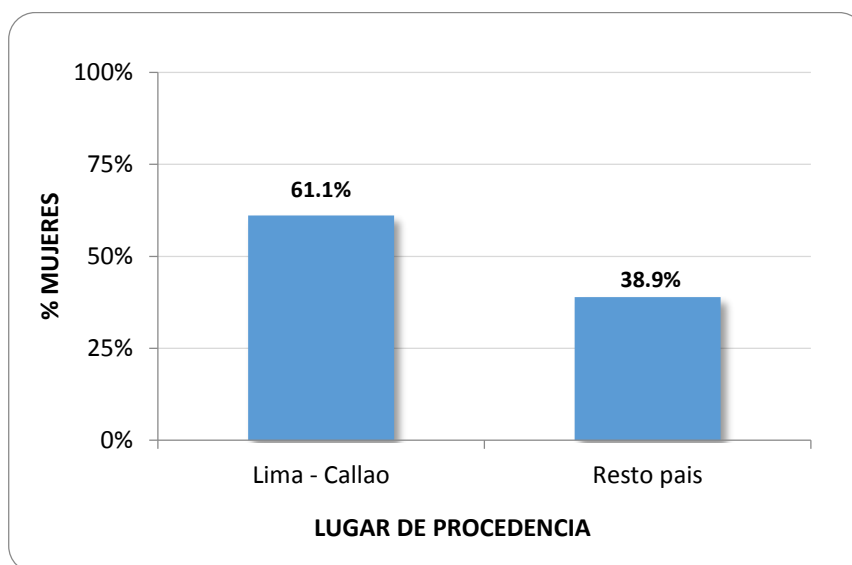
Fuente: Ficha de recolección de datos (historia clínica de gestantes con cesárea previa) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015.

Gráfico N° 1  
Edad



Fuente: Ficha de recolección de datos (historia clínica de gestantes con cesárea previa) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015.

**Gráfico N° 2**  
**Lugar de procedencia**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos (historia clínica de gestantes con cesárea previa) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015.

Según la tabla N° 1 y el gráfico N° 1, se observa que la edad promedio de las mujeres fue 29,6 años, donde la edad materna menor o igual a 35 años fue el predominante (96,7%)- El grado de instrucción universitario fue el más frecuente con (54,3%) seguido de la secundaria (28,7%). En cuanto al estado civil las mujeres con cesárea previa mayormente fueron casadas (70,0%).

Según el gráfico N° 2 respecto al lugar de procedencia, se observa que el 61,1% procedía de Lima- callao y el 38,9% del resto del país (Cajamarca, Chiclayo, Ica, entre otros departamentos del país).



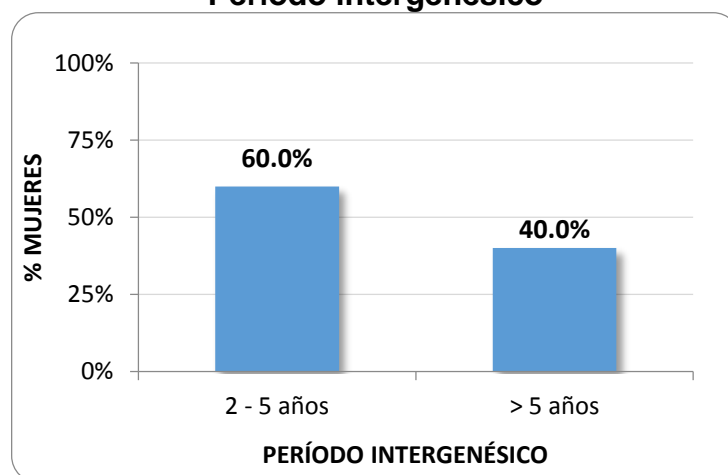
## FACTORES MATERNOS: ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESAREA PREVIA

**Tabla N° 2**

Antecedentes	N	%
<b>Período intergenésico</b>		
2 - 5 años	54	60,0%
> 5 años	36	40,0%
<b>Parto vaginal previo</b>		
Si	48	53,3%
No	42	46,7%
<b>Antecedente de aborto</b>		
Si	43	47,8%
No	47	52,2%
<b>Principales motivos de cesárea previa</b>		
Sufrimiento fetal agudo	20	22,1%
Macrostomía fetal	11	12,2%
Preeclampsia	7	7,8%
Feto podálico	7	7,8%
Otros	55	50,1%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos (historia clínica de gestantes con cesárea previa) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015.

**Gráfica N° 3**  
**Período intergenésico**



Fuente: Ficha de recolección de datos (historia clínica de gestantes con cesárea previa) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015.

De acuerdo a la tabla N° 2 y el gráfico N° 3, se observa que el período intergenésico entre 2 a 5 años corresponde en un 60,0%. El 53,3% de las mujeres con cesárea previa tuvieron parto vaginal previo. Además el 47,8% presentaron antecedente de aborto. Entre los principales motivos que llevaron al parto vía abdominal previo fueron sufrimiento fetal (22,1%) y la macrosomía fetal (12,2%).

## FACTORES MATERNOS: GINECO-OBSTÉTRICO ACTUAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESÁREA PREVIA

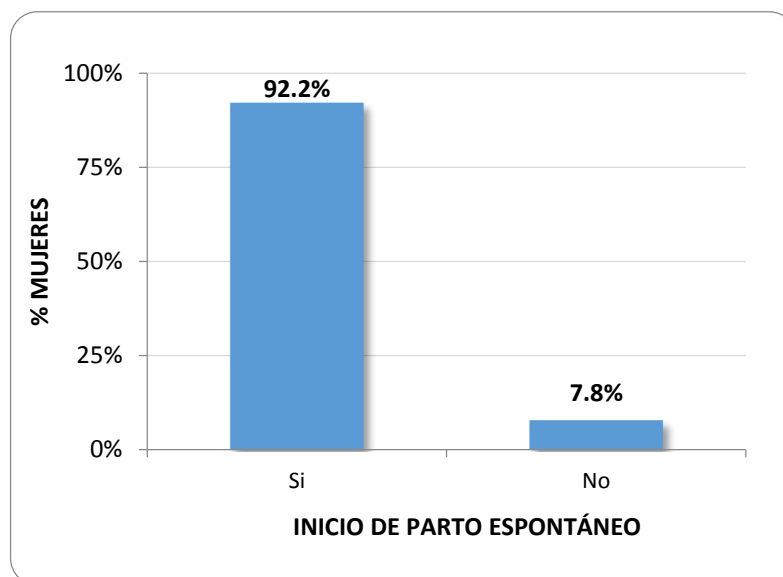
**Tabla N° 3**

Características Gineco-obstétricas	$\bar{x} \pm SD$	Min- Max
<b>Controles Prenatales</b>	9,9±2,1	6-14
<b>Gestaciones</b>		
Segundigesta	26	28,9%
Multigesta	64	71,1%
<b>Inicio de parto espontáneo</b>		
Si	83	92,2%
No	7	7,8%
<b>Decisión vía de culminación</b>		
Médico	84	93,3%
Gestante	6	6,7%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos (historia clínica de gestantes con cesárea previa) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015.

**Gráfico N° 4**

### Inicio de parto espontáneo



Fuente: Ficha de recolección de datos (historia clínica de gestantes con cesárea previa) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015.

La tabla N° 3: El control prenatal promedio fue  $9,9 \pm 2,1$  controles, el 71,1% de las mujeres eran multigestas y el 28,9% eran segundigestas.

En el gráfico N° 4: el inicio de parto espontáneo, ocurrió en 9 de cada 10 mujeres. La decisión de la vía de culminación de parto fue mayormente del médico (93,2%).

## CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESÁREA PREVIA

Tabla N° 4

Características de trabajo de parto	$\bar{x} \pm SD$	Min- Max
Tiempo de período de dilatación (horas)	10,4 $\pm$ 3,1	5 – 19
Tiempo de período expulsivo (minutos)	12,5 $\pm$ 4,1	2 – 24
Tiempo de período de alumbramiento (minutos)	10,1 $\pm$ 4,6	5 – 38

**Fuente:** Ficha de recolección de datos (historia clínica de gestantes con cesárea previa) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015.

En la tabla N° 4: se observa que el tiempo promedio del período de dilatación fue 10,4 horas, oscilando entre 5 y 19 horas; asimismo el tiempo promedio del período expulsivo fue 12,5 minutos y finalmente se encontró que el tiempo promedio del período de alumbramiento de las mujeres con antecedente de cesárea previa fue 10,1 minutos.

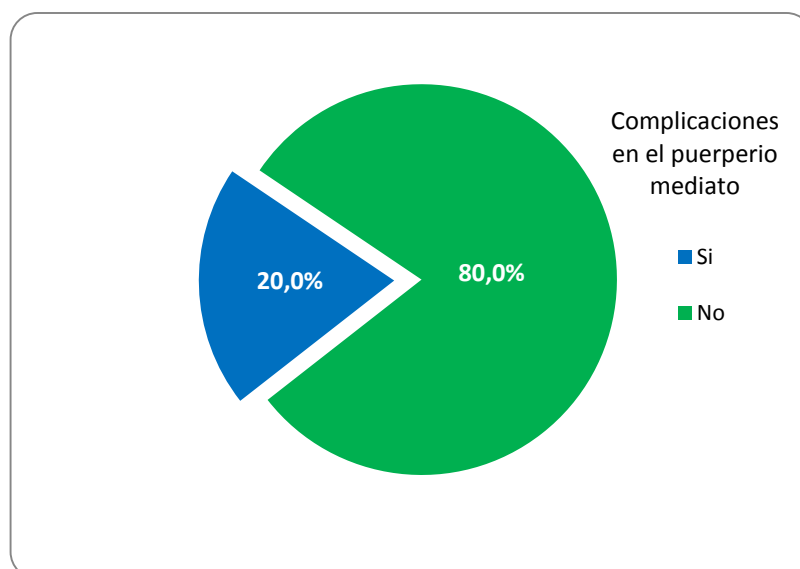
## COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESÁREA PREVIA

**Tabla N° 5**

Complicaciones en el puerperio	$\bar{x} \pm SD$	Min- Max
Tiempo de estancia post parto en la clínica (días)	3,3 ± 1,1	2 - 6
<b>Complicaciones en el puerperio inmediato</b>		
Si	6	6,7%
No	84	93,3%
<b>Complicaciones en el puerperio mediato</b>		
Si	18	20,0%
No	72	80,0%
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos (historia clínica de gestantes con cesárea previa) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015.

**Gráfico N° 5**  
**Complicaciones en el puerperio mediato**



Fuente: Ficha de recolección de datos (historia clínica de gestantes con cesárea previa) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015.

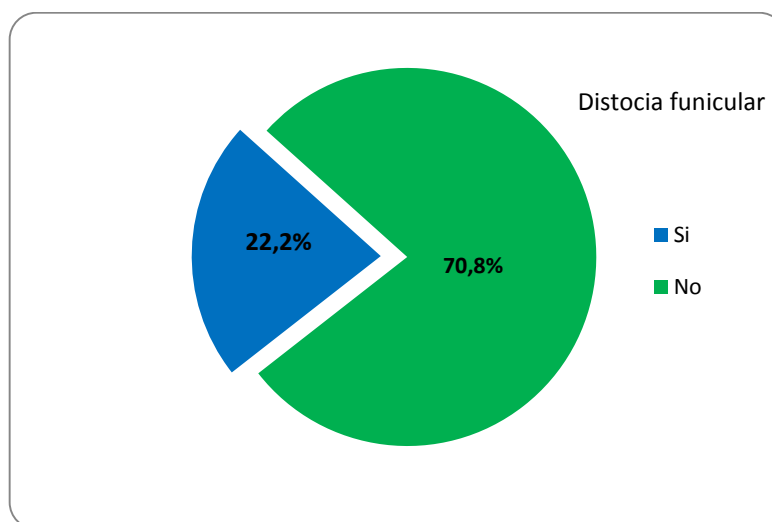
Según la tabla N° 5 y el gráfico N° 5: se observó que el tiempo de estancia promedio fue  $3,3 \pm 1,1$  días, encontrándose entre 2 y 6 días. El 6,7% de las mujeres con antecedente de cesárea previa presentaron complicaciones en el puerperio inmediato entre ellas se tiene la retención de restos placentarios, sangrado, infección de episiotomía, entre otros; mientras que el 20,0% de las mujeres presentaron complicaciones en el puerperio mediato las cuales fueron la fiebre, infección episiotomía y alza térmica.

**FACTORES FETALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE  
CESÁREA PREVIA  
TABLA N° 6**

Factores fetales	$\bar{x} \pm SD$	Min- Max
Edad gestacional (sem)	39,2 ± 0,6	38 - 40
Ponderado fetal (kg)	3296,3 ± 314,1	2680 - 3980
Distocia funicular	N	%
Si	20	22,2%
No	70	77,8%
Malformaciones fetales		
Si	3	3,3%
No	87	96,7%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos (historia clínica de gestantes con cesárea previa) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015.

**Gráfico N° 6  
Distocia funicular**



Fuente: Ficha de recolección de datos (historia clínica de gestantes con cesárea previa) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015.

De acuerdo a la Tabla N° 6 y gráfico 6, se observó que la edad gestacional promedio de mujeres con cesárea previa fue 39,2 ± 0,6 semanas. Además el peso promedio del ponderado fetal fue 3296,3± 314,1 gramos. Por su parte, la distocia funicular se presentó en un 22,2% y las malformaciones fetales en las mujeres con cesárea previa fue del 3,3%.

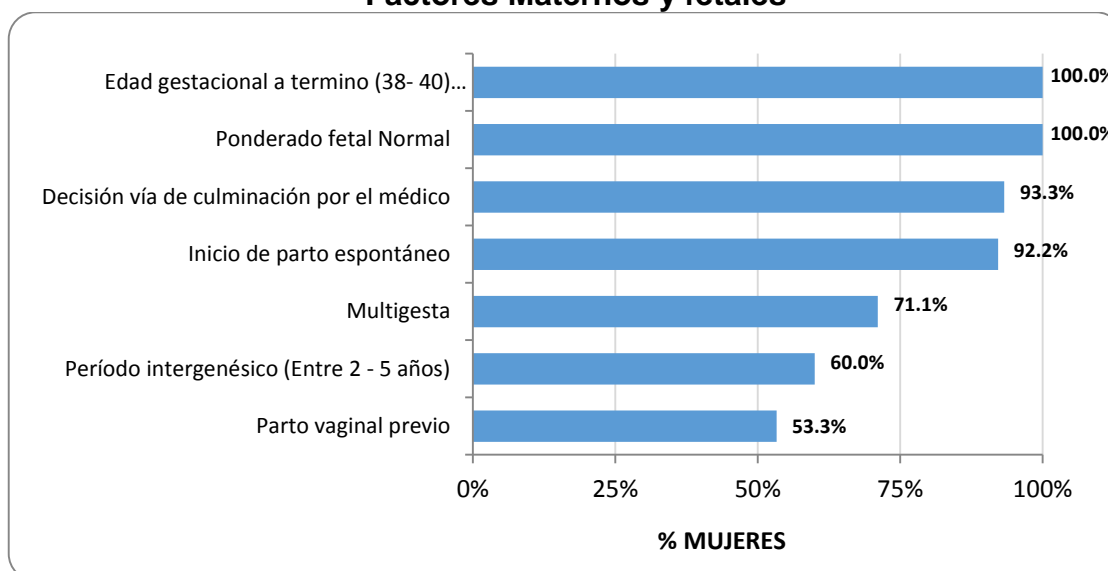
## FACTORES MATERNOS Y FETALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA

**TABLA N° 7**

Factores maternos y fetales	N	%
Edad gestacional a término (38- 40) semanas	90	100,0%
Ponderado fetal Normal	90	100,0%
Decisión vía de culminación por el médico	84	93,3%
Inicio de parto espontáneo	83	92,2%
Multigesta	64	71,1%
Período intergenésico (Entre 2 - 5 años)	54	60,0%
Parto vaginal previo	48	53,3%

**Fuente:** Ficha de recolección de datos (historia clínica de gestantes con cesárea previa) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015.

**Gráfico N° 7**  
**Factores Maternos y fetales**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos (historia clínica de gestantes con cesárea previa) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015.

Entre los factores para la decisión del parto vaginal se encontró con mayor frecuencia a la edad gestacional a término (100,0%), el ponderado fetal normal (100,0%), la decisión vía culminación por el médico (93,3%) y el inicio de parto espontaneo (92,2%); mientras que ser multigesta (71,1%), periodo intergenésico entre 2 y 5 años (60,0) y parto de vaginal previo (53,3%) fueron los menos frecuentes como se puede apreciar en la tabla 7 y gráfico 7.

### 3.2 Interpretación, análisis y discusión de resultados

El manejo de las pacientes con cesárea previa anterior siempre ha sido tema de constantes debates, mientras en Europa, Asia y África dan preferencia a la prueba de trabajo de parto, en EEUU se inclinan por una cesárea electiva. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología declaró que “una mujer con cesárea anterior debería ser aconsejada de intentar un parto vaginal”. En su boletín de práctica señala que la prueba de trabajo de parto post cesárea es una opción segura y apropiada para la mayoría de mujeres que han tenido una cesárea previa.<sup>(13)</sup>

En esta investigación, se observó que entre los factores maternos enfocados a los antecedentes que presentaron las mujeres con cesárea previa, y estaban relacionados a la decisión de parto vaginal, fueron con mayor frecuencia el período intergenésico y el parto vaginal previo. Este resultado es congruente al encontrado por Arrunátegui G. <sup>(17)</sup> cuyo estudio se desarrolló en Trujillo, y encontró que el antecedente de parto vaginal es reconocido como factor predictor de parto vaginal exitoso (OR=6,41; p<0,01), asimismo fue en el período intergenésico óptimo (2-5 años) donde se asoció al parto vaginal exitoso (OR=2,69; p<0,05). De la misma manera fue para Sepúlveda D., *et al*,<sup>(19)</sup> donde reportó que el antecedente de parto previo la edad materna son factores que se asocian con el éxito del parto en pacientes con cesárea previa. Por su parte Romero J. <sup>(20)</sup> el cual desarrollo una investigación en Ecuador sostuvo que el período intergenésico corresponde en un 60% más de 2 años y en un 40% entre 1 a 2 años. Por ello el período intergenésico óptimo para prevenir complicaciones maternas y fetales es de 2 a 5 años. Debido a que muchas veces se ha recomendado realizar cesárea en gestantes con período intergenésico menor a 18 meses,<sup>(33)</sup>

Otros de los factores maternos enfocados a las características gineco-obstétricas que presentaron las mujeres con cesárea previa, y estaban relacionados a la decisión de parto vaginal, en mayor frecuencia fueron la multigesta, el inicio de parto espontáneo, la múltipara y la decisión vía de

culminación del médico; resultados que coinciden parcialmente con nuestros resultados donde Arrunátegui G. <sup>(17)</sup> estudió los factores predictores para prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa, encontrando como factores asociados o predictores de parto vaginal exitosa, la multiparidad.

Desde el inicio de su práctica, la operación cesárea ha ido en un aumento progresivo. Es probable que diversos factores hayan incidido en este incremento, entre los factores estudiados en la presente investigación se encontró que la edad gestacional promedio fue  $39,2 \pm 0,6$  semanas y el promedio ponderado fetal fue de  $3,296 \pm 314$  gramos; resultados que no alejan de encontrado por De La Vega G, *et al* <sup>(41)</sup> realizaron un reporte de casos en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé sobre gestantes a término con el antecedente cada una de haber sido cesareada anterior en 2 ocasiones, a quienes se les ofreció la oportunidad de parto por vía vaginal en la gestación actual, en los tres casos el ponderado fetal fue similar al promedio obtenido en nuestro estudio 3450 g, 3350 g, y 3500 g. Por su parte, Zegarra M. <sup>(42)</sup> evaluó 512 historias clínicas de gestantes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal, donde el rango de peso al nacer menor a 4000 gr fue el más frecuente (93,87%); solo dos mujeres tuvieron recién nacidos de peso al nacer mayor a 4500 gr. En este estudio se concluyó que los recién nacidos con menos de 4000 gr tienen 6,8 veces más probabilidades de éxito para el parto vaginal. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en la literatura que reporta, que factores como un peso mayor de 4000 gr al nacimiento indicarían un fracaso en el intento de parto vaginal y un aumento en las complicaciones.



## **CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **4.1 Conclusiones**

- Los factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa con mayor frecuencia fueron: período intergenésico entre 2 y 5 años, parto vaginal previo, ser multigesta, inicio de parto espontáneo, decisión vía de culminación por el médico además de la edad gestacional a término y ponderado del peso fetal normal.
- Los factores maternos para la decisión de parto vaginal en mujeres con cesárea previa con mayor frecuencia fueron: período intergenésico entre 2 y 5 años, parto vaginal previo, ser multigesta y presentar inicio de parto espontáneo.
- En los factores fetales para la decisión del parto vaginal fueron la edad gestacional a término de 38 a 40 semanas y ponderado del peso fetal normal.

## 4.2 Recomendaciones

- Se recomienda a los profesionales Obstetras realizar posteriores estudios de investigación sobre el tema para fomentar la atención de parto humanizado de las pacientes así como velar por su derecho de un parto vaginal cuando la paciente tenga las condiciones clínicas óptimas y no estigmatizar a toda gestante con cesárea previa (una vez) para someterla la otra intervención quirúrgica sin haberla evaluado obstéticamente de forma concienzuda.
- A la Clínica particular Cori Gyn se le sugiere impulsar la investigación sobre el manejo de pacientes con antecedente de cesárea así como de otros tópicos obstétricos que permitan mejorar la calidad de atención brindada en la gestación, trabajo de parto y parto de las pacientes, esta tendrá un impacto positivo en la imagen institucional de la clínica posicionándola en el mercado de servicios sanitarios.
- Los hallazgos en la presente investigación pueden sugerir la elaboración de protocolos de atención que favorezcan la atención de trabajo de parto en pacientes con antecedentes de cesárea, tomando en cuenta las variables asociadas en el estudio.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth: No. 155. J Obstet Gynaecol Can. 2005; 27: 164-74.
2. López M, Sánchez I. Parto después de cesárea anterior: a propósito de un caso. Revista de Enfermería Docente. 2014; 102: 45-51.
3. Organización Mundial de la Salud. Comunitado de prensa: Solo se deben practicar cesáreas que sean necesarias por motivos médicos. Suiza [internet]: Centro de Prensa de la OMS [fecha de acceso 8 de abril de 2016]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>
4. Deneux T, Carmona E, Bouvier C, Bréart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. Obstetrics & Gynecology. 2006; 108 (3): 541-548.
5. Narro J, Hernández J, Imaz V, Silva J, Olea J, Soto G, Ruiz A. Frecuencia de cesáreas en cuatro hospitales del Distrito federal: 20 años después. Ginecol. Obstet. Méx. 2005; 73: 291-296.
6. Echais J. Cesárea, experiencia en el hospital general de Oxapampa. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Ginecol. Obstet. 2004; 50 (2): 106-10.
7. Thede L. Unnecessary C-sections. Am J Nurs. 2007; 107 (12): 13-18.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Natural birth after previous cesarean delivery. ACOG. Practice Bulletin 5º ed. Washington D.C.: 1999.
9. Organización Panamericana de la Salud. La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria. Washington D.C. (United States of America): Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 2015.
10. Medina S, Ortiz A. Incidencia e indicaciones de cesáreas. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [Internet]. 2011 Jun; 207: pp.11-15. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista207/3\\_207.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista207/3_207.pdf)

11. Santaaulalia I. El uso abusivo de cesáreas en América Latina contradice a la OMS. México [internet]: Diario El País [fecha de acceso 8 de abril de 2016]. 2013. Disponible en: [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/15/actualidad/1363388139\\_662271.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/15/actualidad/1363388139_662271.html)
12. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre las tasas de cesárea. Ginebra [internet]: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf)
13. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 450-463.
14. Grobman W, Lai Y, Landon M, Spong C, Leveno K, Rouse D, et al. Can a prediction model for vaginal birth after cesarean also predict the probability of morbidity related to a trial of labor? *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200: 56-60.
15. Quispe A, Santibáñez A, Leyton I, Pomasunco D. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: Análisis de tendencia en el período 2001-2008. *Rev Per Med Exp Salud Pública*. 2010; 7 (1): 45-50.
16. Sánchez D. Impacto de la cesárea sobre la salud materna y perinatal; Revisión sistemática [Tesis para optar título de especialista en ginecología y obstetricia]. Colombia: Universidad del Rosario. 2012. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3191/52860332-2012.pdf?sequence=4>
17. Arrunátegui G. Factores predictores para prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria. [Tesis para optar título de médico cirujano]. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2015.
18. Vargas A, Lévano J, Ángeles M. Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso a un hospital. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2013; 59 (4): 261-266.

19. Sepúlveda D, Galván M, Soto G, Méndez D. Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea. *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83: 743-749.
20. Romero J. 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 Procel. De septiembre de 2012 a febrero de 2013. [Tesis para optar título de obstetra]. Guayaquil (Ecuador): Universidad de Guayaquil; 2013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1789/1/TESIS.pdf>
21. Castillo M, Arenas J, Muñoz P, Santos M, López P, Castaño L. Factores relacionados con la vía de parto tras cesárea anterior. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2009; 36 (4):122-126.
22. Macones G, Peipert J. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 193: 1656-1662.
23. Landon M, Hauth J. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *N Engl J Med* 2004; 351: 2581-2589.
24. Eden K, McDonagh M, Denman MA, Marshall N, Emeis C, Fu R, Janik R, et al. New insights on vaginal birth cesarean. Can it be predicted? *Obstet Gynecol*. 2010; 116 (4):967-81.
25. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Guía de Práctica Clínica: Parto después de una cesárea. México: Consejo de Salubridad General. 2013.
26. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth: No. 155. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005; 27: 164-174.
27. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth After Previous Caesarean Birth: Green-Top Guideline No. 45. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007.
28. Bujold E, Gauthier R. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. *Obstet Gynecol*. 2010; 115: 1000-6.

29. Guise J, Denman M, Emeis C, Marshall N, Walker M, Fu R, et al. Vaginal birth after cesarean. New insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2010; 115: 1267-78.
30. Coleman T, Randall H, Graves W, Lindsay M. Vaginal birth after cesarean among women with gestacional diabetes. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 184: 1104-1107.
31. Blackwell S, Hassan S, Wolfe H, Michaelson J, Berry S, Sorokin Y. Vaginal birth after cesarean in the diabetic gravida. *J Reprod Med*. 2000; 45: 987-990.
32. García C, López M, Monzalbo D. Parto después de cesárea ¿una opción segura? *Ginecol Obstet Mex*. 2015; 83: 69-87.
33. Huang W, Nakashima D, Rumney P, et al. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 41-44.
34. Cahill A, Stamilio D, Odibo A. Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery? *Obstet Gynecol*. 2006; 195: 1143-1147.
35. Srinivas S, Stamilio D, Stevens E. Predicting failure of a vaginal birth attempt after cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2007; 109: 800-805.
36. Mc Donagh M, Osterweil P, Guise J. The benefits and risks of inducing labour in patients with prior caesarean delivery: a systematic review. *BJOG* 2005; 112: 1007-1015.
37. Crespo R, Alvir A, Lapresta M, Andrés M, Campillos J, Castán S. Impacto de la edad materna avanzada en las complicaciones obstétricas y perinatales de las gestaciones gemelares. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2012; 39 (6): 230-235.
38. Olivero S. *Sociedad e Economía en San Isidro Colonial*. 1ª ed. Madrid: Universidad de Sevilla. 2006. p161.
39. Hacker F, Gambone J, Hobel C. *Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore*. México: Editorial Manual Moderno. 2011.
40. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. *Metodología de la investigación*. (6.a ed.) México: McGraw-Hill. 2014.

41. De la Vega G, Gómez L, Bautista F, Ludmir J. Parto vaginal en cesareada anterior dos veces. Hospital San Bartolomé. Rev. Ginecol. Obstret. 2001; 47 (3): 193-197.
42. Zegarra M. Parto vaginal en cesareada anterior [tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2005.

## ANEXOS

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
<p><b>Problema Principal</b></p> <p>¿Cuáles son los factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular Cori Gyn, distrito Los Olivos 2015?</p> <p><b>Problemas Secundarios</b></p> <p>*¿Cuáles son los factores maternos para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular Cori Gyn, distrito Los Olivos 2015?</p> <p>*¿Cuáles son los factores fetales para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular Cori Gyn, distrito Los Olivos 2015?</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar los factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular Cori Gyn, distrito Los Olivos 2015.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <p>*Describir los factores maternos para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular Cori Gyn, distrito Los Olivos 2015.</p> <p>*Determinar los factores fetales para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular Cori Gyn, distrito Los Olivos 2015.</p>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p>La presente investigación no amerita el planteamiento de hipótesis por el carácter descriptivo del estudio.</p>	<p><b>Variable Independiente</b></p> <p><b>Factores maternos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes</li> <li>• Características gineco-obstétricas</li> </ul> <p><b>Factores fetales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición</li> <li>• Estado fetal</li> </ul>	<p><b>Diseño de investigación:</b></p> <p><b>Tipo:</b> retrospectivo, transversal, descriptivo.</p> <p><b>Población:</b> 241 mujeres que tuvieron parto vaginal en el año 2015</p> <p><b>Muestra:</b> 90 mujeres que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa (una vez) en el 2015.</p> <p><b>Técnica e instrumento:</b></p> <p><b>Técnica</b> Documental.</p> <p><b>instrumento</b> Ficha de recolección</p> <p><b>En la investigación descriptiva al total de la muestra</b></p>



## Instrumentos de recolección de datos



### FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS”

#### “FACTORES PARA LA DECISIÓN DEL PARTO VAGINAL EN MUJERES CON CESÁREA PREVIA EN LA CLÍNICA PARTICULAR CORI GYN, DISTRITO DE LOS OLIVOS 2015

**Objetivos de la ficha.-** recolectar datos sobre los posibles factores maternos y fetales para la decisión de parto vaginal en mujeres con cesárea previa asegurando que la información requerida sea pertinente al estudio y que responda los objetivos de investigación.

---

**Nº ID:**

**FECHA:** / /

**Nº FICHA:**

---

#### I. Datos generales

1.- Edad materna: \_\_\_\_\_ años

2.- Grado de instrucción:

- |   |              |                |
|---|--------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Primaria               | Completa ( ) | Incompleta ( ) |
| <input type="checkbox"/> Secundaria             | Completa ( ) | Incompleta ( ) |
| <input type="checkbox"/> Superior técnica       | Completa ( ) | Incompleta ( ) |
| <input type="checkbox"/> Superior universitaria | Completa ( ) | Incompleta ( ) |

3.- Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_

4.- Estado civil:

- |                                     |                                      |                                 |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soltera    | <input type="checkbox"/> Conviviente | <input type="checkbox"/> Casada |
| <input type="checkbox"/> Divorciada | <input type="checkbox"/> Viuda       |                                 |

5.- Ocupación: \_\_\_\_\_

## II.- Factores maternas

- 1.- N° total de gestaciones: \_\_\_\_\_
- 2.- N° total de partos: \_\_\_\_\_ N° abortos: \_\_\_\_\_  
Tipo:                      N° Cesáreas \_\_\_\_\_                      N° Vaginal \_\_\_\_\_
- 3.- Paridad: N° partos: \_\_\_\_\_  
Parto vía abdominal previo:                      Motivo: \_\_\_\_\_
- 4.- N° de controles prenatales: \_\_\_\_\_
- 5.- Período intergenésico (PIN):..... Años ( ) PIN corto: < 2 años  
( ) 2 – 5 años                      ( ) PIN largo: > 4 años
- 6.- Parto vaginal previo:                      ( ) No                      ( ) Si ¿Cuántos? \_\_\_\_\_
- 7.- Inicio de parto espontáneo: ( ) Si ( ) No
- 8.- Tiempo de período de dilatación: \_\_\_\_\_
- 9.- Tiempo de período expulsivo: \_\_\_\_\_
- 10.- Decisión de vía de culminación de parto: ( ) Médico                      ( ) Gestante
- 11.- Tiempo de período de alumbramiento: \_\_\_\_\_
- 12.- Complicaciones en el puerperio inmediato: \_\_\_\_\_
- 13.- Complicaciones en el puerperio mediano: \_\_\_\_\_
- 14.- Tiempo de estancia post parto en la clínica: \_\_\_\_\_

## III. Factores fetales

1. Posición: ( ) cefálico ( ) podálico ( ) transverso ( ) indiferente
2. Edad gestacional:..... semanas
3. Ponderado fetal:..... kg.
4. Gestación múltiple:                      ( ) Si ( ) No
5. Distocia funicular:                      ( ) Si ( ) No
6. Sufrimiento fetal:                      ( ) Si ( ) No
7. Malformaciones fetales:                      ( ) Si ( ) No