



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

**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE PARTO VAGINAL EN CESÁREA  
PREVIA EN GESTANTES CONTROLADAS EN EL PUESTO DE SALUD 5 DE  
MAYO EN EL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL PERÍODO  
DE ENERO DEL 2006 A DICIEMBRE DEL 2014**

**TÉSIS**

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

**PRESENTADA POR LA BACHILLER  
BLANCA MARIA CHAVESTA CHUMAN**

**Lima - 2016**

## ÍNDICE

CARÁTULA	i
ÍNDICE	ii - iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESÚMEN	vi - vii-viii
ABSTRACT	ix - x - xi
INTRODUCCIÓN	1-2
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	3
1.2 Delimitación de la investigación	4
1.3 Formulación del Problema	
1.3.1 Problema Principal	5
1.3.2 Problemas Secundarios	5
1.4 Objetivos de la Investigación	6
1.4.1 Objetivo general	6
1.4.2 Objetivos específicos	6
1.5 Hipótesis de la Investigación	
1.5.1 Hipótesis	7
Variables	7
1.5.2 Variable 1	7
1.5.3 Variable 2	7
1.5.4 Operacionalización de variables	8
1.6 Diseño de la Investigación	9
1.6.1 Tipo de Investigación	9
1.6.2 Nivel de Investigación	9
1.6.3 Método	9
1.7 Población y Muestra de la Investigación	9
1.7.1 Población	9
1.7.2 Muestra	9
1.7.3 Criterios de Inclusión	10

1.7.4 Criterios de Exclusión	10
1.8 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	10
1.8.1 Técnicas	10
1.8.2 Instrumentos	10
1.9 Justificación e Importancia de la Investigación	11 - 12
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
1.1 Fundamentos Teóricos de la investigación	13
1.1.1 Antecedentes	13 - 20
1.1.2 Bases Teóricas	21 - 26
1.1.3 Definición de Términos Básicos	27 - 33
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>RESULTADOS</b>	34
Presentación y Análisis de Resultados	34 - 44
<b>DISCUSIÓN</b>	45 - 46
<b>CONCLUSIONES</b>	47
<b>RECOMENDACIONES</b>	48
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	49 - 51
<b>ANEXOS</b>	52 - 61

Dedico esta Tesis a mi familia por su apoyo incondicional, a mi esposo Abel por estar siempre ahí dándome ánimos para seguir adelante y sobre todo a la persona que fue y será importante en mi vida, a mi abuelita Catalina Chuman Gamarra.

Agradezco el apoyo brindado por la Obstetra Araceli Majali Sánchez Córdova, y al Dr. Denis Orlando Pomasunco Terreros, médico encargado del Puesto de Salud 5 de Mayo por brindarme las facilidades para el desarrollo de mí Tesis.

## RESUMEN

El presente estudio, tiene como **objetivo** determinar la frecuencia de complicaciones de parto vaginal en cesárea previa en gestantes controladas en el Puesto de Salud 5 de Mayo en el distrito de San Juan de Miraflores en el período de enero del 2006 a diciembre del 2014.

El **diseño** es de tipo descriptivo simple retrospectivo, y es de **nivel** aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos de carácter netamente utilitarios y el **método** es cuantitativo porque se vale de los números para examinar datos e información con un determinado nivel de error y un determinado nivel de confianza, la muestra la constituyen 50 parturientas que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa que se controlaron en el Puesto de Salud 5 de Mayo siendo este un 5% del total de 965 partos vaginales.

### **Resultados:**

Las características demográficas y sociales: se halló el grupo de edad materna que representa mayor porcentaje es el de 25 a 29 años siendo un 26%, y en cuanto al grado de instrucción el 50% tiene educación secundaria completa.

Con respecto a los antecedentes obstétricos: la mayor paridad corresponde al 60% perteneciente a las multíparas, y un 34% tuvo un período intergenésico de 2 a 4 años.

En relación al peso del Recién Nacido el que presenta un mayor porcentaje es entre 3,000 a 3,499 gramos, con 49%.

En cuanto a las principales indicaciones de cesárea en las pacientes que tuvieron parto vaginal, la primera causa de cesárea fue por presentación podálica en un 24%, dilatación estacionaria en un 14%, sufrimiento fetal agudo en 12%, rotura prematura de membranas en un 12%, preeclampsia leve en un 8%, y pelvis límite 6%.

La terminación del parto fue eutócico en la totalidad de los casos estudiados. Por otro lado, de los casos estudiados hay presencia de desgarro de 1° grado en el 8% del total de pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa.

Asimismo, se encontró un caso que presentó complicaciones maternas que fue diagnosticado como endometritis puerperal, el cual representa el 2% de la muestra tratada.

En el parto, el desgarro de 1° grado en 4 casos y en el puerperio fue endometritis puerperal.

**Conclusiones :** La frecuencia de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa fue el 5%, del total de partos vaginales ocurridos en las pacientes que realizaron su Control Prenatal en el Puesto de Salud 5 de Mayo de enero del 2006 a diciembre del 2014.

En relación a las complicaciones maternas, del total de casos estudiados, en el 98% no se presentó complicación alguna, sin embargo, en el 2% si hubo una complicación, el tipo de complicación materna fue endometritis puerperal.

En cuanto a las principales indicaciones de cesárea en las pacientes que tuvieron parto vaginal, la primera causa de cesárea fue por presentación podálica en un 24%, dilatación estacionaria en un 14%, sufrimiento fetal agudo en 12%, rotura prematura de membranas en un 12%, preeclampsia leve en un 8%, y pelvis limite 6%.

Con respecto a los principales antecedentes Gineco - obstétricos tenemos que, en la paridad un 60% pertenece a las multíparas y un 34% tuvo un periodo intergenésico de entre más de 2 a 4 años. Con respecto al peso del Recién Nacido, el mayor porcentaje se encuentra de 3,000 a 3,499 gramos, que representa el 49%.

Asimismo, las principales características demográficas y sociales evaluadas tenemos que, el grupo de edad materna que representa mayor porcentaje es el de 25 a 29 años, con un 26%, y en cuanto al grado de instrucción, tenemos que un 50% tiene educación secundaria completa.

**Palabras Clave:** Gestantes, Parto vaginal, Cesárea previa, Complicaciones

## ABSTRACT

The present study like objective to determine the frequency of complications from vaginal birth in previous cesarean section in pregnant women controlled the post of health may 5 in San Juan de Miraflores district in the period of January 2006 to December 2014.

The design is simple descriptive retrospective study, is the application level because it took place on concrete facts and specific purely utilitarian and the method is quantitative because it voucher numbers to examine data and information with a certain level of error and a certain level of confidence, constitute the sample 50 parturients who had vaginal birth with a history of previous cesarean section were checked in the health post on May 5 and this is 5% of the total of 965 vaginal childbirths.

### Results:

the demographic and social characteristics: maternal age group representing larger percentage is the aged 25 to 29 being 26%, and in terms of the degree of instruction that presents have that 50% have secondary education complete.

With regard to the obstetric history: that the parity 60% belongs to multiparous women, and 34% had a birth period of more than 2 to 4 years. In terms of the weight of the newborn which presents a higher percentage is between 3,000 to 3,499 grams, with 49%.

As for the main indications of Cesarean in patients who had a vaginal delivery, the first cause of caesarean section was by breech presentation by 24%, stationary dilatation by 14%, acute fetal distress in 12%, premature rupture of membranes in mild preeclampsia by 8%, 12%, and pelvis limit 6%.

Completion of childbirth was eutócico in all of the cases studied. On the other hand, studied cases presence of tear of 1° there is degree in 8% of the total number of patients who had a vaginal delivery with a history of previous cesarean section.

In terms of the data collected on maternal complications was found 2% which is equivalent to a case that was diagnosed as puerperal endometritis.

Childbirth, tear of 1° degree in 4 cases and in the puerperium was puerperal endometritis.

**Conclusions:** The frequency of vaginal delivery in patients with a history of previous cesarean section was 5 per cent, of the total of childbirths vaginal occurred in the patients who took their prenatal care at the Health Post May 5 January 2006 to December 2014.

In relation to maternal complications, of the total number of cases studied, 98% was not presented any complications; however, in the 2 per cent if there was a complication, the type of maternal complication was puerperal endometritis.

With regard to the principal indications of cesarean section in the patients who had a vaginal birth, the first cause of Cesarean section was performed by breech presentation in a 24%, dilation stationary at one 14%, acute fetal suffering in 12%, premature rupture of membranes in a 12%, mild preeclampsia in 8%, and pelvis limit 6%.

With regard to the principal background Gineco - we must, in obstetric parity 60% belongs to the multiparous and 34% had an intergenesic period of between more than 2 to 4 years. With respect to the weight of the newborn, the highest percentage is of 3,000 to 3,499 grams, which represents the 49%.

In relation to the main demographic and social characteristics evaluated we have that the group of maternal age that represents the highest percentage is the

25 to 29 years, with 26%, and in regard to the degree of instruction, we have that a 50% has complete secondary education.

Keywords: Pregnant women, vaginal delivery, previous cesarean section, Complications.

## INTRODUCCIÓN

El tema investigado es de suma importancia en el campo de la obstetricia debido a que cada embarazo es diferente y debe de ser considerado como tal. Por ello es fundamental saber también que el antecedente obstétrico de cesárea previa no es una contraindicación para un parto vaginal pero que si debe ser considerado como un factor de riesgo relativo más no absoluto para un próximo parto vaginal.

El objetivo de dicha investigación es que la frecuencia de cesárea previa no se de cómo un fenómeno de evolución creciente y que éste no se contraindique para un próximo parto vaginal, por ello el equipo de salud debe de evaluar de manera sensata los factores de riesgo que se puedan presentar.

Siendo el Perú un país, en el cual los establecimientos de salud no cubren en su totalidad las demandas de los usuarios; entonces debemos considerar que la cesárea nos conlleva a gastos en material quirúrgicos, anestésicos y costos por estancia hospitalaria.

Por ésta razón el tema aún tiene vigencia y motiva a constantes investigaciones en todas partes del mundo, en las que se reseña y analiza la experiencia de cada institución y se plantean posibles soluciones a un número cada vez mayor de inquietantes interrogantes.

Algunas de estas interrogantes son las que mencionaremos:

¿Cuáles son los factores que han condicionado un aumento tan considerable en la práctica de ésta intervención?

¿son éstos factores verdaderamente justificables desde el punto de vista médicos o están mayormente influidos por circunstancias de otro tipo, cómo son la ansiedad, el mayor monto de honorarios cuando se realiza la intervención quirúrgica o, simplemente acortar el tiempo de vigilancia que requiere la evolución de un trabajo de parto normal?.

Por ello la decisión de realizar una cesárea, debe ser analizada por el profesional de salud en su conjunto para que de esta manera se tome la opción más adecuada sin aumentar claro está la tasa de morbi-mortalidad materna perinatal.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

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

La realidad socioeconómica que vive el Perú determina una situación de salud insatisfactoria visualizada en altas tasas de morbilidad materna-perinatal <sup>(8)</sup>.

Sin embargo, según investigaciones realizadas a pesar de los grandes avances en material quirúrgico y anestésico y en la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas la morbi-mortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo superior a la de un parto vaginal <sup>(9)</sup>.

Asimismo, de acuerdo a las investigaciones revisadas la cesárea previa no es una contraindicación de parto vaginal, lo que sí se debería evaluar es la causa que la origina.

En tal sentido, el objetivo de este trabajo de investigación es conocer nuestra realidad hospitalaria con respecto a la cesárea, dando a conocer sus indicaciones más frecuentes y evaluarlas de manera sensata, formulando planteamientos que permitan disminuir la incidencia de la cesárea iterativa, sin aumentar claro está la morbilidad materna-perinatal.

## 1.2 Delimitación de la investigación

**Espacial:** El puesto de salud 5 de mayo es un establecimiento de nivel de atención 1 – 2; ubicada en pamplona alta del distrito de San Juan de Miraflores cuyos límites distritales son por el Norte; con el distrito de Santiago de Surco; por el Sur con el distrito de Villa el Salvador; por el Este con el distrito de Villa María del Triunfo; por el Oeste con el distrito de Chorrillos y pertenece a la Micro Red Ollantay.

**Temporal:** La recolección de información de las historias clínicas de las gestantes para determinar la frecuencia de complicaciones de parto vaginal en cesárea previa en el establecimiento de salud se realizó entre el período de setiembre a octubre del 2015.

**Social:** la población sujeta a estudio reside en el distrito de San Juan de Miraflores en el sector de Pamplona Alta, donde la mayoría de los pobladores son trabajadores dependientes: obreros y empleados. Así como comerciantes y vendedores ambulantes. También hay un sector que se encuentra desocupado; por consiguiente, estos pobladores no puedan tener un ingreso económico que sustente sus necesidades básicas. Asimismo, según OSEL Lima Sur (Observatorio Socio Económico Laboral) en dicho sector más del 69.3% tiene hasta secundaria completa, siendo el grupo educativo más significativo, el 16.1% tiene educación superior no universitaria y el 14.6% tiene educación universitaria. Por otro lado, una de las limitaciones sociales es que las pacientes que acuden al establecimiento de salud son sólo las que tienen SIS y por ello solo se puede tener una muestra de dicha población; sin embargo, es preciso mencionar que en el sector señalado existen pacientes que cuentan con un seguro ESSALUD privado que no forman parte de la muestra.

## **1.3 Formulación del Problema**

### **1.3.1 Problema Principal**

¿Cuál es la frecuencia de parto vaginal y las principales complicaciones que se presentan en pacientes con antecedente de cesárea previa que se realizaron el control prenatal en el puesto de salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores en el período de enero del 2006 a diciembre del 2014?

### **1.3.2 Problemas Secundarios**

¿Cuál es la frecuencia de parto vaginal con antecedente de cesárea previa?

¿Cuáles fueron las principales complicaciones maternas que se presentaron en aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa y que se realizaron el control prenatal en el puesto de salud 5 de mayo?

¿Cuáles son las principales indicaciones de cesárea en aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal?

¿Cuáles fueron los principales antecedentes Gineco - obstétricos de aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedentes de cesárea previa?

¿Cuáles son las principales características demográficas y sociales de aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa?

## **1.4 Objetivos de la Investigación**

### **1.4.1 Objetivo General**

- Determinar cuál es la frecuencia de parto vaginal y las principales complicaciones que se presentan en pacientes con antecedente de cesárea previa que se realizaron el control prenatal en el puesto de salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores en el período de enero del 2006 a diciembre del 2014.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar la frecuencia de parto vaginal con antecedente de cesárea previa.
- Identificar cuáles fueron las principales complicaciones maternas que se presentaron en aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa y que se realizaron el control prenatal en el puesto de salud 5 de mayo.
- Identificar las principales indicaciones de cesárea en aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal.
- Identificar los principales antecedentes Gineco - obstétricos de aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedentes de cesárea previa.
- Identificar las principales características demográficas y sociales de aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa.

## **1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

**1.5.1 Hipótesis:** El presente estudio no lleva hipótesis por ser descriptiva

### **VARIABLES**

#### **1.5.2 Variable 1**

Parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa.

#### **1.5.3 Variable 2**

Complicaciones frecuentes en pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa.

### 1.5.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE CALIFICACIÓN	INSTRUMENTO
<b>Datos generales</b>				
<b>Variable 1</b> <b>Parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa</b>	Demográficas y sociales	<b>Edad</b> <b>Grado de Instrucción</b>	De 20 – 24 De 25 – 29 De 30 – 34 De 35 – 39 De 40 a más	<b>F I C H A</b>  <b>D E</b>  <b>R E C O L E C C I Ó N</b>  <b>D E</b>  <b>D A T O S</b>
	Antecedentes Obstétricos	<b>Paridad</b>	Primípara Multípara Gran multípara	
		<b>Periodo intergenesico</b>	< e igual a 2 > de 2 – 4 > de 4 – 6 > de 6 – 8 > de 8	
		<b>RN &gt; Peso</b>	Menor a 3,000 gr De 3,000 – 3,499 gr De 3,500 – 3,990 gr Mayor a 4,000 gr	
		<b>Indicación de Cesárea anterior previa</b>	Sí - No      I, II, III, IV	
		<b>Terminación de parto</b>	Espontaneo Fórceps Vacumm	
		<b>Desgarros</b>	Si - No	
<b>Variable 2</b> <b>Complicaciones frecuentes en pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de Cesárea previa</b>	<b>Puerperio</b>	Complicaciones Maternas	Si - No	

## 1.6 Diseño de la Investigación

### 1.6.1 Tipo de investigación

Este tipo de investigación es descriptivo simple retrospectivo.

**Descriptivo:** porque describe datos ocurridos en un tiempo determinado.

**Retrospectivo:** porque recolecta datos ocurridos antes de ejecutar la investigación.

### 1.6.2 Nivel de la investigación

Aplicativo porque se realizan sobre hechos concretos y específicos de carácter netamente utilitarios.

### 1.6.3 Método

Cuantitativo porque se vale de los números para examinar datos e información con un determinado nivel de error y un determinado nivel de confianza.

## 1.7 Población y Muestra de la Investigación

### 1.7.1 Población

La población de mujeres que se realizaron el control prenatal en el puesto de salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores en el período de enero del 2006 a diciembre del 2014 fueron 965 gestantes de los cuales solo 50 cumplen los criterios para la investigación.

### 1.7.2 Muestra

La muestra es no probabilística según criterios aplicados para la investigación, y la muestra es de 50 gestantes.

### **1.7.3 Criterios de Inclusión**

- ✓ Presentación cefálico
- ✓ Pelvis ginecoide
- ✓ Antecedente de cesárea previa al parto vaginal

### **1.7.4 Criterios de Exclusión**

- ✓ Distocia de presentación
- ✓ Distocia ósea materna

## **1.8 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

### **1.8.1 Técnicas**

La técnica utilizada para esta investigación fue la Documental.

### **1.8.2 Instrumentos**

El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos por cada historia clínica para así adquirir la información, la misma que se divide en cuatro partes.

En la primera parte figuran los datos demográficos y sociales tenemos lo que es la edad y grado de instrucción de las pacientes, en la segunda los antecedentes Gineco – Obstétricos como la formula obstétrica, período intergenésico, peso del recién nacido y además la indicación de la cesárea, en la tercera figuran los datos del parto y por último figuran las complicaciones maternas que se presentaron en el puerperio.

Además fue validado mediante un juicio de expertos los cuales coincidieron que la ficha de recolección de datos era adecuada para la investigación.

## 1.9 Justificación e Importancia de la Investigación

El tema investigado es de suma importancia ya que se evaluaría si en realidad es necesario practicar una cesárea a toda paciente con antecedente de cesárea previa y evaluar si la cesárea es una verdadera contraindicación para un parto eutócico.

Los resultados de esta investigación contribuirá a sustentar la disminución de la incidencia de cesáreas no indicadas y además permitirá reducir los gastos en cuanto a personal de salud, infraestructura y medicamentos evitando gastos innecesarios para el estado.

En diferentes instituciones de todo el mundo, se ha protocolizado la conducta de someter al trabajo de parto normal a las gestantes con cesárea previa, siempre y cuando no existan circunstancias que pongan en riesgo la vida de la madre o del feto, lográndose resultados exitosos según constan en los reportes expuestos por centros hospitalarios <sup>(18)</sup>.

Por el hecho de que en la práctica profesional se constata que algunos Gineco-obstetras temen someter a la paciente con cesárea previa, a un trabajo de parto controlado, mediante esta investigación podremos identificar los parámetros bajo los cuales una paciente con una cesárea previa puede tener un parto vaginal sin riesgos materno fetales, se podrán también reconocer tempranamente cuales son las situaciones que contraindican el mismo <sup>(18)</sup>.

Ahondar en la capacidad para seleccionar las mujeres con mayor potencial de éxito de un trabajo de parto permitirá a la mujer y a su recién nacido de disfrutar de los mejores resultados posibles evitando resultados indeseables.

Si se empleara este método se obtendrían beneficios económicos, sin contar los beneficios humanos que reportaría a cada paciente el que se

pudiera evitar una cesárea, si se tienen en cuenta los riesgos y complicaciones que ésta puede conllevar.

Por otro lado, cuando se habla de estancia hospitalaria se refiere directamente a costos. La estancia hospitalaria en las cesáreas es el doble y, en muchas oportunidades, el triple que la del parto vaginal. En nuestro medio, es importante disminuir la estancia hospitalaria porque de esta manera se evita que los hospitales se vean saturados de pacientes y se ocasionen altos gastos a las pacientes <sup>(18)</sup>.

Esta investigación se ha realizado porque considero que todas las madres gestantes tienen el derecho de poder tener un parto vaginal, siempre y cuando se den las condiciones para tal situación y no esté en riesgo el binomio madre - hijo. El hecho de que una gestante haya sido sometida a una cesárea por diversos motivos no necesariamente implica que vuelvan al mismo procedimiento.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1 Antecedentes de la Investigación

###### Antecedentes Internacionales

Rodríguez Iglesias Guillermo, León Cid Iraisa, Segura Fernández Anadys ,Atienza Barzaga Alba Marina, Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior, La Habana Cuba en el año 2008, Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba. **Objetivo:** determinar resultados maternos y perinatales en mujeres con cesárea previa. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo y transversal de 129 pacientes con antecedentes de cesárea que iniciaron trabajo de parto espontáneamente entre el 1ro. de enero y 31 de diciembre de 2008. Se atendieron mediante parto vaginal si la indicación de la cesárea no persistía. Se analizaron las causas de las cesáreas en aquellas gestantes en que no se logró un parto transpelviano, se estudió el período intergenésico y las complicaciones maternas y fetales. Se elaboraron tablas de frecuencia con valores absolutos y porcentajes según las diferentes variables estudiadas; así como tablas de doble entrada. **Resultados:** se apreció que el 72,9 % de las pacientes tuvieron un

parto transpélvico y al resto se les realizó cesárea iterada, cuyas principales causas fueron trabajo de parto prolongado, desproporciones cefalopélvicas e inminencia de rotura uterina. Dos pacientes presentaron rotura uterina, ambas con período intergenésico menor de 24 meses. El bienestar fetal alterado se presentó en el 31,4 % de las pacientes. **Conclusiones:** el parto postcesárea es recomendable en pacientes seleccionadas si se tienen en cuenta los riesgos y complicaciones que este puede conllevar <sup>(1)</sup>.

**Núñez M, Orquiola L\*, Aparicio Cataldi.** Prevalencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el año 2009, Hospital Materno Infantil San Pablo Asunción Paraguay; Realizó una investigación del manejo de la gestante con una cesárea previa, **Objetivo:** fue evaluar la prevalencia de partos vaginales posteriores a una cesárea e investigar las causas en casos de una cesárea iterativa. Se incluyeron pacientes con antecedentes de una cesárea previa en el Servicio de Gineco - obstetricia del Hospital Materno Infantil San Pablo. **Material y Métodos:** Diseño observacional descriptivo retrospectivo de corte Transverso. Fueron revisadas 289 fichas médicas de pacientes con cesárea previa de un total de 2999 nacimientos que hubieron en el año 2009. **Resultados:** El 88,3% culminaron en una cesárea iterativa siendo la causa más frecuente la sospecha de alteración del bienestar fetal (23%). **Conclusión:** La prevalencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa fue 12% <sup>(2)</sup>.

**Rodríguez Deleg Marina.** Prevalencia y Factores Predictores de Parto Vaginal Poscesárea. Centro Obstétrico del Hospital Vicente Moscoso Cuenca-Ecuador, **objetivo** es determinar 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, el **nivel** es aplicativo y el **método** es cuantitativo, y se realizó 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 periodo comprendido de diciembre de 2010 a mayo 2011, obteniéndose una muestra de 346 pacientes con antecedentes de una cesárea. **Resultados:** 47.4% tuvieron parto y 52.6% se ejecutó nuevamente la cesárea. la principal indicación de cesárea 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 un cesárea anterior. Al poseer al menos un parto vaginal previo aumenta la probabilidad en 1.94 veces de tener con éxito un parto vaginal luego de una cesárea anterior. **Conclusión** .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 <sup>(17)</sup>.

**Guillen De Jaramillo María Lorena, Fuentes Plúas Yurixi Teresa,** Parto Vaginal Posterior a Cesárea Estudio Realizado en pacientes embarazadas que asistieron al área de Gineco –Obstetricia en el Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo Ecuador en el mes de septiembre 2011 A julio 2012, **objetivo** Determinar la incidencia de complicaciones obstétricas en parto vaginal posterior a una cesárea, en las embarazadas que asistieron al área de Gineco - obstetricia del Hospital Provincial Martín Icaza, en los meses de septiembre 2011 a julio 2012. **Tipo de investigación** retrospectivo no experimental, **nivel** fue aplicativo y el **método** cuantitativo, Universo **y muestra** nuestro estudio es de 230 carpetas de pacientes atendidas en el periodo ya expuesto, las cuales fueron seleccionadas al azar. **Población y Muestra** trabajo investigativo abarca zona urbana y rural de la ciudad de Babahoyo, en el Hospital Provincial Martín Icaza, **Conclusiones.** La mayoría de las pacientes con una cesárea anterior deben intentar un parto por vía vaginal, siendo muy importante una adecuada información de riesgos y beneficios tanto a la paciente como a los familiares Para disminuir las complicaciones del parto vaginal en caso de cesárea anterior es fundamental una buena selección de las pacientes. El inicio espontáneo del parto es el mejor factor pronóstico de

éxito del parto vaginal, junto con la existencia de un parto vaginal previo en estas pacientes.

No existe contraindicación para la inducción del parto vaginal, aunque esta debe ser bien justificada y realizada con oxitocina. El parto vaginal posterior a cesárea tiene una alta seguridad para la paciente, el recién nacido y el profesional, tanto por su bajo porcentaje de complicaciones, como por su estancia hospitalaria corta. **Resultados.** En el estudio se encontró que 15 pacientes con incisión uterina vertical baja (7%) y 8 pacientes con incisión uterina vertical alta (3%); han llegado a emergencia en fase expulsiva, este tipo de cicatrices verticales son muy temidas ya que principalmente podrían aumentar el riesgo de causar rotura uterina, sin embargo en el grupo de pacientes que se atendió el parto con este tipo de incisión no se encontró ningún tipo de complicaciones <sup>(18)</sup>.

### **Antecedentes Nacionales**

**Vargas Juscamaita Anny Tatiana, Lévano Castro José Antonio, Lazo Porras María de los Ángeles** Realizó un trabajo de Parto vaginal después de una cesárea aplicando un puntaje al momento del ingreso al Hospital de enero del 2010 a diciembre del 2011, Hospital Nacional Cayetano Heredia . Lima, con el **Objetivo** de determinar si los puntajes de Flamm y Grobman son útiles para predecir el éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior de un hospital general. **Diseño:** Estudio retrospectivo de tipo comparativo. **Institución:** Servicio de Obstetricia, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. **Participantes:** Gestantes a término con historia de cesárea previa. **Intervenciones:** 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 período de enero 2010 a diciembre 2011. Se recolectó datos demográficos y obstétricos del ingreso, se aplicó los puntajes de Flamm y Grobman. Medida de **resultados:** Utilidad de los puntajes en la predicción de parto vaginal en cesareadas previas. **Resultados:** Durante el período de estudio, 398 gestantes con

antecedente de cesárea anterior y trabajo de parto espontáneo ingresaron por el servicio de emergencia. Se comparó el área bajo la curva de 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. **Conclusiones:** Ambos puntajes demostraron ser útiles para predecir el éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior, siendo el de Flamm mejor predictor <sup>(3)</sup>.

**Poco Hinostrza Diana Janneth**, en su trabajo de Parto vaginal en cesareada anterior una vez, resultados maternos perinatales del año 2006 al 2007, Instituto Nacional Materno Perinatal con el **objetivo** de determinar los resultados materno perinatales de las pacientes con antecedente de cesárea anterior una vez, sometidas a trabajo de parto comparadas con las sometidas a cesárea electiva iterativa en el instituto nacional materno perinatal. Determinar las complicaciones obstétricas. **Muestra:** La muestra seleccionada estuvo comprendida por 266 gestantes con antecedente de cesárea anterior una vez sin contraindicación en la gestación actual para parto vaginal. **Instrumentos:** Los instrumentos empleados estuvieron conformados por una ficha de recolección de datos convenientemente elaborada para los fines de estudio, se analizó la fuerza de asociación con 95%. **Tipo de estudio:** Observacional **Diseño de investigación:** Cohortes retrospectivo. **Resultado:** No se encontró diferencia significativa en las complicaciones obstétricas cuando se comparó el grupo de gestantes sometidas a parto vaginal con el grupo de gestantes sometidas a cesárea electiva. La tasa de éxito de parto vaginal en la gestante con cesárea anterior una vez fue de 65.4% en el INMP. La mayoría de gestantes que presentaron trabajo de parto fallido tuvieron niños de mayor peso al nacer. La mayor indicación de cesárea electiva fue PIN menor a 2 años, seguido de distocia funicular y luego tener como antecedente ser cesareada anterior. **Conclusión:** No hay asociación estadística entre los grupos de estudio con respecto a las complicaciones materno perinatales <sup>(4)</sup>.

**Alva Rojas Juan Carlos**, realizó un trabajo de Características asociadas al éxito o fracaso de la prueba de parto vaginal en cesareada anterior en el Instituto Nacional Materno Perinatal de julio a diciembre en el año 2010 con el **objetivo** de evaluar la tasa de éxito y los factores asociados al éxito o fracaso de las pacientes con cesárea anteriores sometidas a prueba de parto vaginal (TOLAC).**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Realizó en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), donde se incluyeron gestantes a término con el antecedente de cesárea anterior una vez que cumplían los criterios de inclusión y exclusión sometidas a TOLAC en el periodo comprendido de julio a diciembre del 2010.**Resultados:** La población de estudio fue de 151 pacientes. La tasa de éxito de TOLAC fue de 83.4%. En ambos grupos la mayoría fue adulta y con estudios secundarios. Respecto a los factores anteparto la causa de indicación de la cesárea previa fue sufrimiento fetal aguda (19%) en el grupo de TOLAC fallido. En ambos grupos la mayoría de pacientes no tuvieron el antecedente de parto vaginal antes o después de la cesárea. El IMC > 30 estuvo asociado a TOLAC fallido. Respecto a la patología asociada la obesidad guardo relación con la falla de la prueba de parto. En relación a los factores intraparto estudiados un Bishop favorable (>6) estuvo asociado al éxito del TOLAC se presentó en pacientes sometidas a manejo activo ( $p < 0.05$ ), el trabajo de parto disfuncional fue la indicación más frecuente en ambos grupos para inducción de trabajo de parto, la pérdida de bienestar fetal expresada por el MEF CATEGORIA II al final de trabajo de parto estuvo relacionado con TOLAC fallido. La macrosomía fetal fue más frecuente en pacientes con cesárea repetida ( $p < 0.001$ ) y la desproporción céfalo – pélvica (ICP) fue la indicación más frecuente de repetición de cesárea. **Conclusión:** Podemos concluir que la opción de parto vaginal tras una cesárea anterior es segura y a menudo exitoso en un grupo seleccionado de pacientes, de ahí la importancia de identificar qué factores anteparto e intraparto favorecen dicho éxito <sup>(5)</sup>.

**Arteaga Ángeles Miguel Ángel**, hizo su trabajo sobre los Resultados materno y perinatales del parto vaginal en cesareada previa una vez con período intergenésico corto en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2011 con el **objetivo**: Determinar las diferencias entre los resultados maternos y perinatales en gestantes con cesárea previa y periodo internatal corto que tuvieron parto vaginal en comparación con cesareadas anteriores con periodo internatal corto y parto por cesárea en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima –Perú durante el período comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2011.**Material y métodos**: Estudio observacional analítico comparativo, retrospectivo, transversal. **Resultados**: Un total de 100 gestantes cumplieron los criterios de inclusión. La edad de la población estudiada vario entre los 13 y 44 años (media 24.+/- 7.4).La mayoría de pacientes tenían estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria y eran multíparas. No se encontró asociación significativa entre la cesareada previa una vez con periodo intergenésico corto con parto vaginal. y los resultados: hematoma, laceración de vejiga, desgarró vaginal de tercer /cuarto grado, hemorragia postparto, endometritis, infección del sitio quirúrgico, síndrome de distress respiratorio, otros trastornos respiratorios y estancia neonatal prolongada. No se observó casos de rotura uterina, dehiscencia de cicatriz uterina, histerectomía, muerte materna, hipoxia, hemorragia intracraneal, convulsiones/coma y muerte neonatal. El trauma obstétrico fue 2.12 veces (IC al 95% 1.58 – 2.67) más frecuente en la cesareada previa con PIN corto y parto vaginal que en la paciente cesareada anterior con PIN corto y parto por cesárea, mientras que en la cesareada previa con PIN corto y parto vaginal, El desgarró cervical fue 2.68 veces (IC al 95 % 1.49 – 3.41) más frecuente. **Conclusiones**: El parto vaginal es un factor de riesgo para presentar desgarró cervical y trauma obstétrico en la gestante con cesárea previa con período intergenésico corto <sup>(6)</sup>.

**Albengrin Mendoza Edson Raúl**, Realizó una investigación sobre Factores asociados al parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea previa en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en mayo del 2011 a mayo del 2012 con el **objetivo** de 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 período de mayo 2011 a mayo del 2012. **Material y Métodos.** La muestra estuvo constituida por 434 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 10.8 para Windows 2007. **Resultados:** En cuanto al motivo de cesárea del primer embarazo encontramos una mayor frecuencia de feto en podálico en un 23.3% de los casos, así como feto transverso (11.8 %); parto disfuncional (11.1 %); y pre eclampsia severa en un 10.6% de los casos. En relación al sexo del recién nacido del parto cesárea encontramos una mayor frecuencia de neonatos del sexo femenino en un 53.4%;y en el segundo parto también se encuentra una mayor frecuencia de neonatos del sexo femenino en un 52.8% de los casos. En el segundo parto observamos una mayor frecuencia de partos vaginales en un 85% de los casos. En relación a las complicaciones del segundo embarazo encontramos una mayor frecuencia de corioamnionitis en un 6% de los casos. **Conclusión:** La vía del parto después de una cesárea no estuvo condicionada por el motivo de la cesárea previa, más si por enfermedad medica u obstétrica del segundo embarazo (Área bajo la curva <0.05) La vía vaginal en pacientes con cesárea previa se comportó con menor número de complicaciones para la madre y el feto <sup>(7)</sup>.

## **2.1.2 Bases Teóricas**

### **PARTO**

El parto es un proceso por el cual se expulsa del útero el producto de la concepción maduro o casi maduro ya sea en forma espontánea o fisiológica constituyendo la eutocia o en forma anormal patológica en cuyo caso constituye la distocia.

### **CAUSA DEL PARTO**

Al iniciar y desarrollarse el parto se realiza un mecanismo complejo en el cual intervienen una serie de causas; musculares nerviosas, hormonas, bioquímicas y fetales, se constituye una cadena en la cual ningún eslabón se puede considerar específico si no que todos constituyen a desencadenar el parto y su continuidad para lo cual suman e interrelacionan acciones madurantes, estimulantes, secretantes, excitantes, etc; a través de modificaciones en los espacios materno, placentario y fetal: se pueden agrupar en la siguiente forma:

1. Sobre distensión uterina
2. Reflejo de Ferguson
3. Oxitocina
4. Baja de progesterona
5. Aumento de prostaglandina
6. Causas fetales <sup>(10)</sup>

### **OTRAS FUERZAS QUE INTERVIENEN EN EL PARTO**

#### **PRESIÓN ABDOMINAL**

Después de la dilatación completa el cuello, la principal fuerza para la expulsión del feto es la producida por el incremento de la presión intraabdominal secundario a la contracción de los músculos abdominales junto con los esfuerzos respiratorios forzados con la glotis cerrada. En el argot obstétrico se conoce como pujos <sup>(11)</sup>.

## **CURSO CLÍNICO DEL PARTO**

Clínicamente el parto se inicia cuando la actividad uterina progresa rápidamente originando contracciones que aumentan en intensidad, frecuencia y duración con acciones efectivas en la dilatación del cuello y se extienden hasta el nacimiento del niño, la expulsión de los anexos y el puerperio inmediato, por lo tanto atender el parto significa diagnosticar, vigilar y dirigir el curso clínico desde su etapa inicial hasta el puerperio y no simplemente recibir el desprendimiento de la presentación, haciendo abandono del desarrollo del mismo, cuando la madre está expuesta a serias complicaciones y el feto a los efectos nocivos de la hipoxia, que pueden pasar así desapercibidos comprometiendo su normalidad <sup>(19)</sup>.

Si bien el parto ha sido dividido en etapas clínicas y periodos, en realidad es un proceso único en cuyas etapas se imbrican en la evolución del trabajo y por tanto la división clínica no siempre corresponde a la realidad fisiológica <sup>(19)</sup>.

## **PRÓDROMOS**

Antes de comenzar el parto se presentan algunos signos y síntomas que constituyen los pródromos, anunciándose algunos días u horas antes:

Descenso del fondo del útero lo que se refiere la gestante, indicando que su cintura a disminuido, es más notable en las multíparas:

- Parestesias en las extremidades inferiores y deseos frecuentes de evacuar la vejiga.
- Aumento del flujo vaginal
- Reacciones vasomotora en el rostro
- Intensificación de las contracciones de Braxton – Hicks, que aumentan en frecuencia e intensidad, sin llegar a ser molestosas.
- Irritabilidad del útero
- Eliminación del tapón mucoso de orificio cervical que conjuntamente con alguna pequeña cantidad de sangre provienen de erosiones en el conducto cervical constituyen los limos <sup>(8)</sup>.

## **PERÍODOS DEL PARTO**

Desde el inicio del trabajo; desde el punto de vista clínico se consideran cuatro periodos:

### **1. Primer período o de dilatación**

Inicia desde que hay contracciones regulares hasta que se completa la dilatación comprende el borramiento o incorporación del cuello, la formación de la bolsa de agua y la apertura del cuello, dura de 10 a 12 horas en primerizas y de 4 a 5 horas en multíparas.

### **2. Segundo período o expulsivo**

Comprendido entre la culminación de la dilatación hasta el nacimiento del producto en este periodo se cumplen los mecanismos del parto dura aproximadamente 2 horas en las primerizas y 30 minutos en las multíparas.

### **3. Tercer período o de alumbramiento**

Este periodo inicia desde el nacimiento del producto hasta la expulsión de la placenta comprende el despegamiento de la placenta y su expulsión y dura aproximadamente 5 a 15 minutos.

### **4. Cuarto período o de puerperio inmediato**

Dura las 2 horas siguientes al parto y comprende tanto la vigilancia como el control de la madre; en cuanto a las funciones vitales, piel y mucosas, mamas, abdomen, útero y loquios<sup>(10)</sup>.

## **COMPLICACIONES MATERNAS**

Las complicaciones maternas ocurridas en el trabajo de parto y parto son consideradas distocias que significa literalmente trabajo de parto o parto difícil esta es la consecuencia de cuatro anomalías diferentes que pueden darse solas o combinadas:

1. Anomalías de las fuerzas de expulsión
2. Anomalías de la presentación, posición de desarrollo del feto
3. Anomalías de la pelvis ósea materna
4. Anomalías del canal de parto

La estrechez pélvica se acompaña frecuentemente de disfunción uterina y las dos juntas constituyen la causa más frecuente de distocia.

De modo similar la presentación defectuosa o un tamaño fetal por encima del estándar se pueden acompañar de disfunción uterina es habitual siempre que hay desproporción entre la presentación del feto y el canal del parto <sup>(8)</sup>.

## **CESÁREA**

La cesárea se define como el parto del feto a través de incisiones en la pared abdominal (laparotomía) y la pared uterina (histerotomía) esta definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura del útero o de un embarazo abdominal; posteriormente se repara mediante una histerorrafia y el cierre de la pared abdominal por planos. Las indicaciones más frecuentes para una cesárea son:

- Cesareadas anteriores 2 veces a mas
- Pre eclampsia severa
- Distocia en el trabajo de parto
- Distocia de presentación
- Distocia ósea materna
- Sufrimiento fetal
- Macrosomía fetal<sup>(12)</sup>

La incisión de cesárea clásica es una incisión vertical en el cuerpo del útero por encima del segmento uterino inferior y que alcanza el fondo uterino (cesárea corporal) ésta se usa poco en la actualidad, mayormente

se usa la incisión transversal del segmento uterino inferior o con menor frecuencia vertical (cesárea segmentario).

La incisión transversal del segmento uterino inferior tiene la ventaja de requerir sólo una disección modesta de la vejiga del miometrio subyacente, en cambio la incisión vertical baja puede extenderse hacia arriba de forma que en circunstancias en la cuales se requiera más espacio la incisión se pueda continuar hacia la parte inferior del cuerpo uterino, por otra parte es una incisión menos conveniente; si la incisión vertical se extiende hacia abajo puede producir un desgarró a través del cérvix que afecte la vagina y posiblemente la vejiga <sup>(13)</sup>.

Cabe señalar que durante el embarazo siguiente las incisiones verticales tienen una probabilidad mucho mayor de romperse que las incisiones transversas.

Es importante también mencionar que las incisiones en el segmento tienen una mejoría en el trofismo de la cicatriz uterina tornándose resistentes especialmente para un próximo trabajo de parto.

La cesárea también expone al feto a traumas obstétricos como sucede en las extracciones dificultosas por polo cefálico profundamente encajado, versión interna de la presentación de tronco y extracciones fetal en podálica; en este caso el feto puede sufrir heridas cortantes ya sea por apresuramiento por llegar a extraer al feto o por situaciones que favorecen este accidente como el oligoamnios.

Otro riesgo perinatal importante es el de la prematurez y el síndrome de dificultad respiratoria iatrogénico por error en el cálculo de la edad gestacional y de la madurez pulmonar en cesárea electiva.

En el trans operatorio se reportan con menos frecuencia desgarro del segmento inferior y en la postoperatoria infección de herida operatoria y endometritis puerperal.

Se recomienda que después del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa se debe realizar una exploración de la cavidad uterina aquí se debe evaluar si hay algún defecto, de ser así si está conectado con la cavidad peritoneal; si la paciente manifiesta signos de inestabilidad hemodinámica con hemorragia excesiva se le debe practicar una laparotomía y la reparación del defecto o una histerectomía.

Si existe un defecto en la pared uterina que no se abre al interior de la cavidad peritoneal y es pequeña sin hemorragia probablemente no se necesite una reparación aquí se debe observar de cerca de la paciente controlando sus funciones vitales y hematocrito seriado, la mayoría de estas pacientes mejoran sin reparación uterina <sup>(21)</sup>.

Por las razones ya mencionadas si bien es cierto que la tasa de mortalidad materna por operación cesárea ha disminuido en los últimos años ésta aún prevalece en 8 a 10 muertes maternas por 10.000 cesáreas sin embargo a pesar de estas cifras el parto vaginal sigue siendo menos riesgoso para la madre que la operación cesárea en un 2.7 muertes maternas por 10.000 partos vaginales <sup>(14)</sup>.

En general se acepta que el riesgo de muerte materna es 3 a 5 veces mayor en operación cesárea que en un parto vaginal <sup>(8)</sup>.

### **2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

#### **Antecedentes obstétricos**

Los antecedentes obstétricos son obtenidos por interrogatorio de las embarazadas en la primera consulta prenatal. En el caso de que la gestante va ser atendida realiza su control prenatal en otro establecimiento, estos datos podrán obtenerse de la carne perinatal o por interrogatorio al momento de su ingreso. Son los datos obtenidos en la primera consulta prenatal mediante un interrogatorio a la paciente sobre sus embarazos anteriores <sup>(8)</sup>.

#### **CESÁREA**

- La caesus, de cadere= cortar sección
- Acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, placenta y anexos ovulares a través de una incisión de la pared abdominal y uterina con una posterior histerorrafia y el cierre de la pared abdominal por planos <sup>(15)</sup>.

#### **CESÁREA ITERATIVA**

- Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas <sup>(15)</sup>.

#### **COMPLICACIONES MATERNAS EN EL TRABAJO DE PARTO**

- Conjunto de anormalidades que interfieren en el progreso de las contracciones uterinas y el descenso del feto.
- Proceso anómalo del trabajo de parto dado por la presencia de una o más de las siguientes anomalías de las fuerzas expulsivas, anomalías de la presentación, anomalías de la pelvis ósea y/o anomalías del canal del parto <sup>(8)</sup>.

## **COMPLICACIONES MATERNAS EN EL PARTO**

- Trastornos ocurridos durante el parto debido a anomalías en el mecanismo de expulsión del feto hasta el desprendimiento y la eliminación de la placenta y sus anexos.
- El trabajo de parto precipitado o prolongado se puede producir como resultado de una resistencia anormalmente baja de las partes blandas del canal del parto ocasionado por contracciones uterinas y abdominales anormales <sup>(8)</sup>.

## **COMPLICACIONES MATERNAS EN EL PUERPERIO**

- Son aquellas complicaciones ocurridas en el periodo del puerperio; un periodo de aparente normalidad después del parto en el cual pueden ocurrir cambios aparentemente normales siendo el más frecuente la pérdida sanguínea (más de 500ml las primeras 24 horas después del parto).
- En obstetricia las causas más frecuentes de complicaciones puerperales son la hemorragia y la infección puerperal <sup>(8)</sup>.

## **DEHISCENCIA UTERINA**

- Lat. Dehiscere, abertura
- Rotura oculta del útero después de una operación cesárea
- Rotura del útero no necesariamente después de una operación cesárea puede ser ocurrida durante el trabajo de parto o después de un parto vaginal mayormente asociada a un antecedente de cesárea durante o después de este <sup>(9)</sup>.

## **DESGARRO PERINEAL**

- Desprendimiento completo o parcial del periné especialmente asociado a un trauma.
- Lesión frecuente asociada al parto llegando a comprometer a la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa se conocen 4 tipos:

**Primer Grado:** Compromete a piel perineal y mucosa vaginal mas no aponeurosis y músculo.

**Segundo Grado:** Afecta piel, mucosa aponeurosis y músculo perineal no compromete esfínter anal.

**Tercer Grado:** Afecta piel, mucosa y esfínter anal.

**Cuarto Grado:** Afecta mucosa rectal y deja al descubierto luz del recto <sup>(8)</sup>.

### **DISTOCIA OSEA MATERNA**

- Disminución o aumento en algunos de los diámetros de la pelvis materna
- La distocia ósea materna depende también del tamaño y la forma de la parte anterior de la pelvis y del tamaño de la cabeza fetal así como del grado general de estenosis de la pelvis materna <sup>(8)</sup>.

### **DISTOCIA DE PRESENTACIÓN**

- Parto difícil causado por anormalidades de la presentación fetal
- Anomalías de presentación del feto al canal del parto <sup>(8)</sup>.

### **DISTOCIAS DEL TRABAJO DEL PARTO**

- Anormalidad causada durante el periodo del trabajo de parto
- Anomalías de fuerzas expulsivas ya sea fuerzas uterinas insuficientes o incoordinadas de forma apropiada para borrar y dilatar el cuello uterino <sup>(8)</sup>.

### **EMBARAZO MÚLTIPLE**

- Embarazo que da por resultado nacimiento de más de un lactante; puede ser monoovular o poliovular, cuando coexisten dos o más fetos puede derivarse de un ovulo o ser resultado de fecundación monoovular y poliovular combinada.
- Embarazo simultáneo de dos o más fetos es considerado patológico ya que conlleva a mayor riesgo de morbi-mortalidad perinatal <sup>(9)</sup>.

## **ENDOMETRITIS PUERPERAL**

- Inflamación del endometrio después del nacimiento
- La endometritis puerperal no solo afecta al endometrio de hecho afecta la decidua, el parametrio y los tejidos parametriales, por ello se prefiere el término de metritis con celulitis pélvica, estas infecciones son poco comunes después del parto vaginal no complicado pero continúan siendo un problema para las pacientes sometidas a cesárea.
- Infección de la superficie endouterina por gérmenes procedentes de la vagina y cérvix que puede progresar al miometrio, parametrio y peritoneo pélvico en los días siguientes al parto <sup>(8)</sup>.

## **ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO**

- Situación caracterizada por una marcada desviación estado normal
- Hipertensión arterial agravada o inducida por el embarazo puede acompañarse de edemas generalizados, proteinuria o ambas si la hipertensión arterial no se trata puede producir convulsiones.
- Síndrome multisistémico presente clínicamente después de la vigésima semana de embarazo (excepto en enfermedad del trofoblasto) caracterizado por proteinuria hipertensión y edema <sup>(8)</sup>.

## **FÓRCEPS OBSTÉTRICO**

- Instrumento con dos palas y un mango que se usa en intervención quirúrgica para comprimir tejidos.
- Fórceps aplicado a la cabeza fetal, siendo el cuero cabelludo visible a través del introito vaginal sin separar los labios habiendo alcanzado el cráneo el suelo de la pelvis y estando la sutura sagital orientada en el diámetro antero posterior de la pelvis <sup>(8)</sup>.

## **HISTERECTOMÍA**

- (Hysterectomy) [histero- gr.rhaphee,sutura]
- Operación de extirpación del útero realizada a través ya sea de la pared abdominal o a través de la vagina.<sup>(15)</sup>

## **IATROGÉNICO**

- Se denomina a cualquier situación adversa producida a un paciente como resultado del tratamiento médico o quirúrgico <sup>(15)</sup>.

## **INMINENCIA DE ROTURA UTERINA**

- Signos y síntomas presentados antes de una rotura uterina sin que esta ocurra necesariamente <sup>(8)</sup>.

## **INCIDENCIA**

- Número de veces en que se produce un determinado evento <sup>(15)</sup>.

## **LAPARATOMIA**

- Incisión quirúrgica del flanco, usase con menos propiedad pero más comúnmente para indicar la sección abdominal en cualquier zona.
- Incisión de la pared abdominal.
- Operación que consiste en abrir paredes abdominales y el peritoneo <sup>(9)</sup>.

## **MACROSOMÍA FETAL**

- [Macro +gr.sooma, cuerpo]
- Tamaño muy grande del cuerpo del feto.
- Según el colegio americano de obstetricia y ginecología considerada macrosomía fetal a todos los neonatos de 4500gr. A más de peso al nacer, algunos consideran más de 4000gr <sup>(8)</sup>.

## **MORBILIDAD**

- Proporción de enfermos en lugar y tiempo determinado/calidad de mórbido <sup>(15)</sup>.

## **MORTALIDAD**

- Cantidad proporcional de defunciones .correspondientes a población y tiempo determinado/lo contrario de natalidad <sup>(15)</sup>.

## **MULTÍPARA**

- [Multi-Lat. parere, traer, producir].
- Mujer que ha tenido dos o más embarazos que dieron por resultado fetos viables, estuvieran o no vivos sus descendientes al nacer.
- Es el número de embarazos que alcanza la viabilidad y no el número de fetos dado a luz; feto único, gemelos o quintillizo; y no es menor si el feto o los fetos han nacido muertos <sup>(8)</sup>.

## **OLIGOHIDRAMNIOS**

- Disminución del líquido amniótico por debajo del percentil 5 para la edad gestacional o menos de 500cc.
- Presencia de menos de 300ml de líquido amniótico al termino del embarazo.
- Oligohidramnios definido: Índice de líquido amniótico de 5.0 cm o menos <sup>(8)</sup>.

## **PARIDAD**

- Estado de una mujer con respecto a los descendientes que le han nacido <sup>(15)</sup>.

## **PARTO**

- Acto de alumbramiento o expulsión de un feto viable; acto de dar a luz <sup>(15)</sup>.

## **PARTO VAGINAL**

- Función del organismo femenino por medio de la cual se expulsa el producto de la concepción desde el útero por la vagina hacia el exterior <sup>(8)</sup>.

### **PERÍODO EXPULSIVO PROLONGADO**

- Cuando el período expulsivo en la multípara o nulípara dura más de 30 minutos; mayormente este se da porque la urgencia de pujar es superada por el dolor <sup>(8)</sup>.

### **PERÍODO INTERGENÉSICO**

- Intervalo entre uno y otro embarazo
- Espacio de tiempo después del cual se produce un embarazo <sup>(8)</sup>.

### **PLACENTA OCLUSIVA**

- Placenta situada en el orificio interno del cuello uterino; ej. placenta previa total <sup>(9)</sup>.

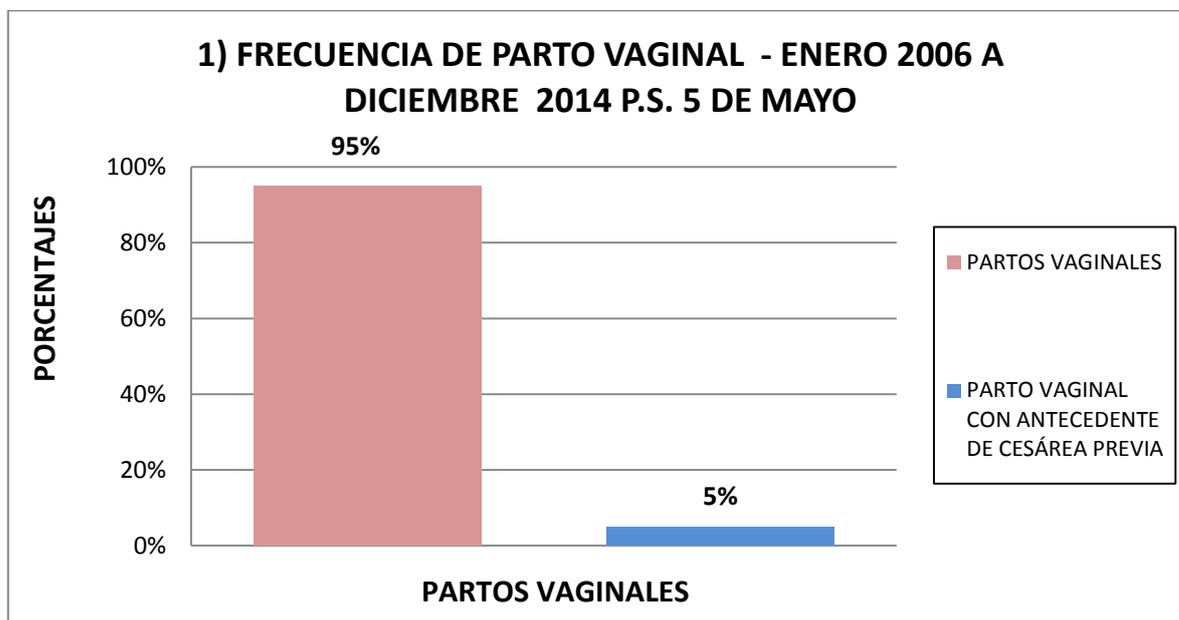
**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS**  
**PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

**TABLA N° 1**

<b>1) FRECUENCIA DE PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA - ENERO DEL 2006 A DICIEMBRE 2014 P.S. 5 DE MAYO</b>		
	<b>N°</b>	<b>%</b>
TOTAL	965	100%
PARTOS VAGINALES	915	95%
PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA	50	5%

**FUENTE:** Elaboración Propia

**GRÁFICO N° 1**



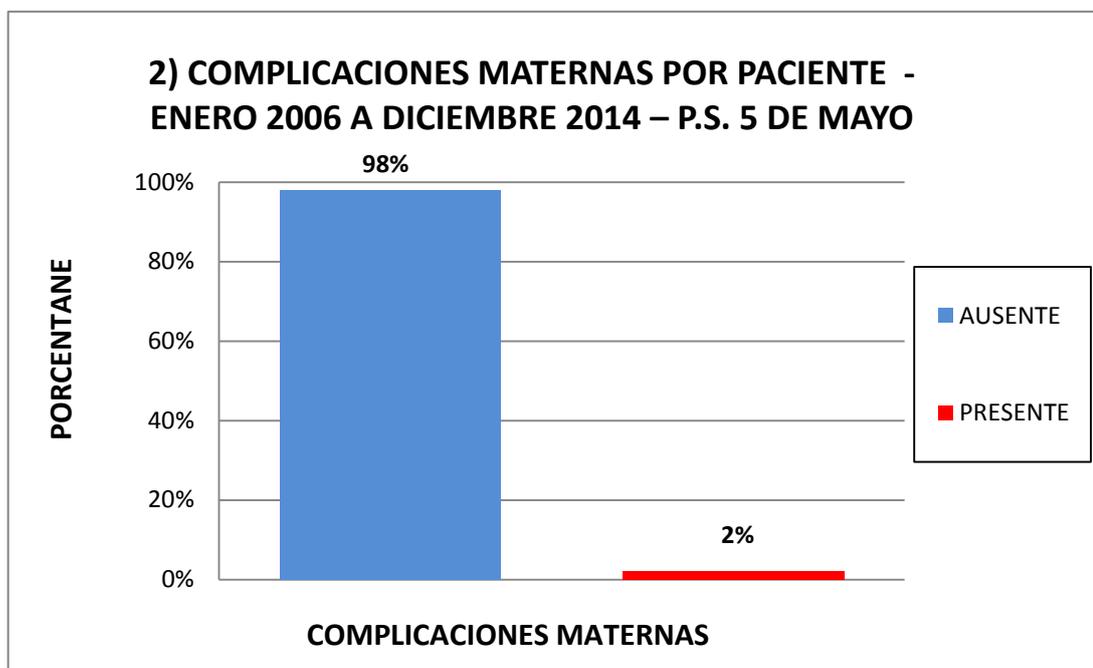
En la tabla y gráfico N° 1 se observa que la frecuencia de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa fue el 5% (50) del total de partos vaginales ocurridos en las pacientes que realizaron su Control Prenatal en el puesto de salud 5 de mayo de enero del 2006 a diciembre del 2014.

**TABLA N° 2**

<b>2) COMPLICACIONES MATERNAS POR PACIENTE - ENERO 2006 A DICIEMBRE 2014 – P.S. 5 DE MAYO</b>		
<b>COMPLICACIONES MATERNAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
TOTAL	50	100%
AUSENTE	49	98%
PRESENTE	1	2%

**FUENTE:** Elaboración Propia

**GRÁFICO N° 2**



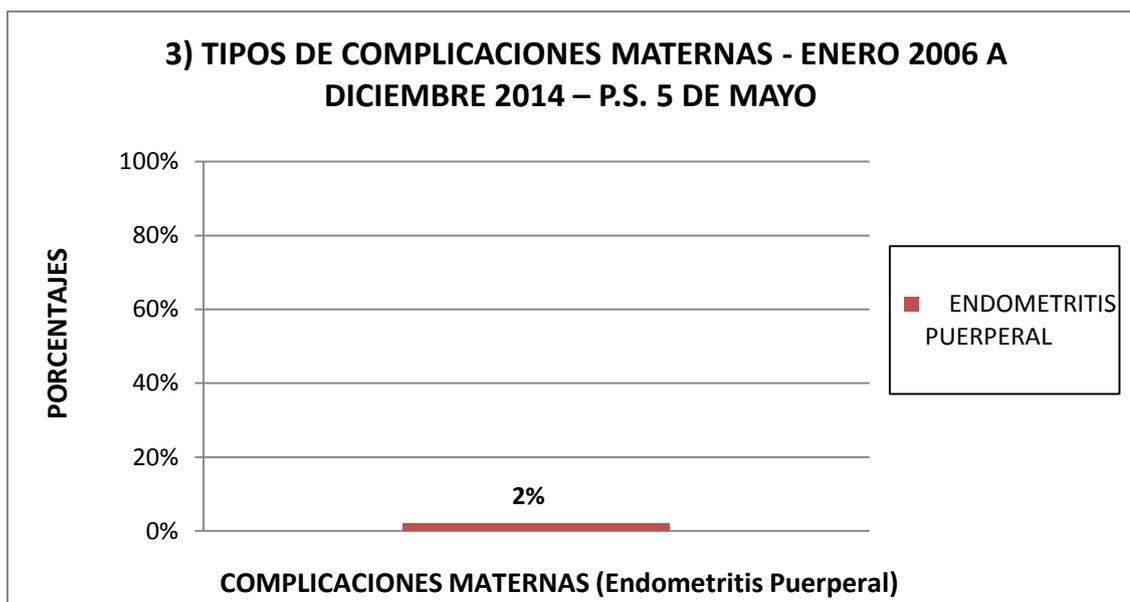
En la tabla y el gráfico N° 2 relacionadas a las complicaciones maternas, se observa que del total de casos estudiados, en el 98% (49) no se presentó complicación alguna.

**TABLA N° 3**

<b>3) TIPOS DE COMPLICACIONES MATERNAS - ENERO 2006 A DICIEMBRE 2014 – P.S. 5 DE MAYO</b>		
<b>COMPLICACIONES MATERNAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
TOTAL	1	2%
EN EL TRABAJO DE PARTO	0	0%
EN EL PARTO	0	0%
EN EL PUERPERIO	1	2%
ENDOMETRITIS PUERPERAL	1	2%

**FUENTE:** Elaboración Propia

**GRÁFICO N° 3**



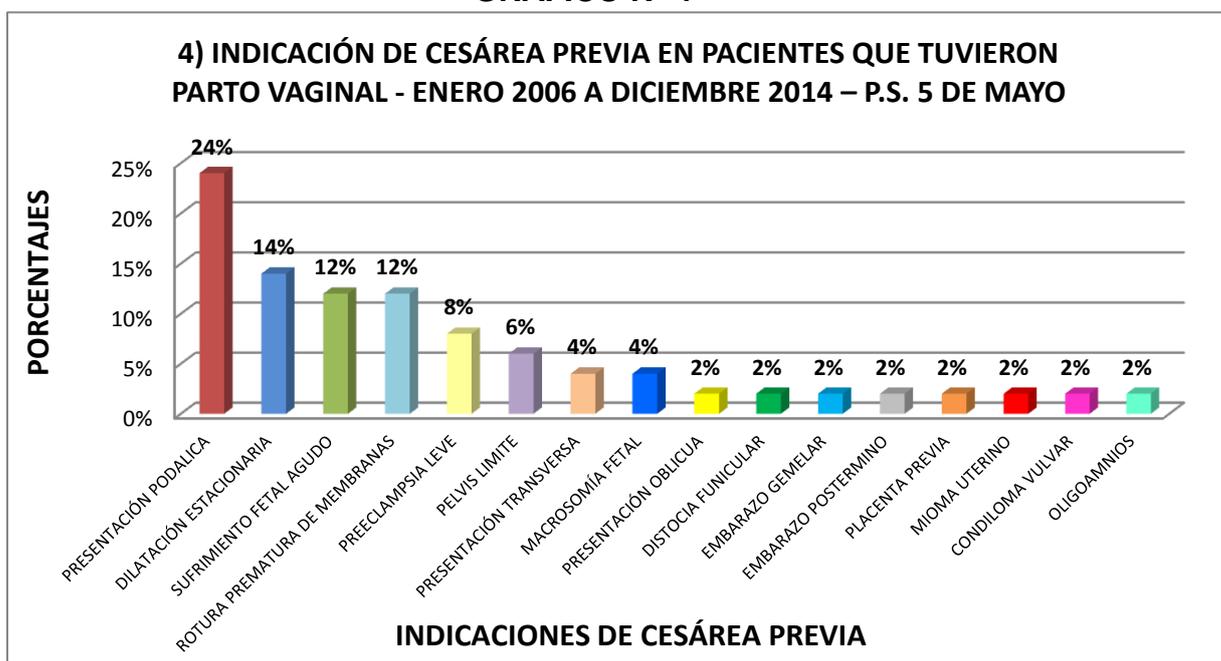
En la tabla y el gráfico N° 3 referente al tipo de complicaciones maternas, se observa que sólo en el 2% (1) de los casos estudiados presentó una complicación. Esta complicación fue endometritis puerperal.

**TABLA N° 04**

<b>4) INDICACIÓN DE CESÁREA PREVIA EN PACIENTES QUE TUVIERON PARTO VAGINAL - ENERO 2006 A DICIEMBRE 2014 – P.S. 5 DE MAYO</b>		
<b>INDICACIÓN DE CESÁREA PREVIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
TOTAL	50	100%
PRESENTACIÓN PODALICA	12	24%
DILATACIÓN ESTACIONARIA	7	14%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	6	12%
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	6	12%
PREECLAMPSIA LEVE	4	8%
PELVIS LIMITE	3	6%
PRESENTACIÓN TRANSVERSA	2	4%
MACROSOMÍA FETAL	2	4%
PRESENTACIÓN OBLICUA	1	2%
DISTOCIA FUNICULAR	1	2%
EMBARAZO GEMELAR	1	2%
EMBARAZO POSTERMINO	1	2%
PLACENTA PREVIA	1	2%
MIOMA UTERINO	1	2%
CONDILOMA VULVAR	1	2%
OLIGOAMNIOS	1	2%

**FUENTE:** Elaboración Propia

**GRÁFICO N° 4**



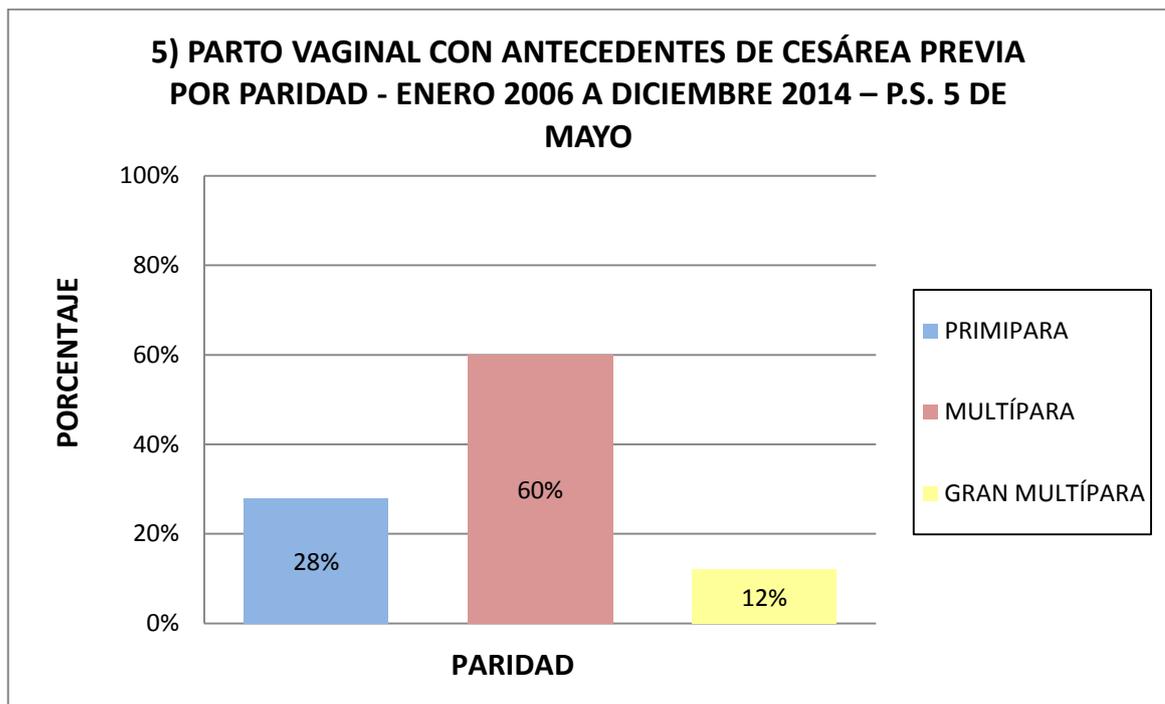
En la tabla y el gráfico N° 4 se observa las principales indicaciones de cesárea en las pacientes que tuvieron parto vaginal, siendo la primera causa de cesárea por presentación podálica en un 24% (12); dilatación estacionaria en un 14% (7); sufrimiento fetal agudo en 12% (6); rotura prematura de membranas en un 12% (6); preeclampsia leve en un 8% (4) y pelvis limite en un 6% (3).

**TABLA N° 5**

<b>5) PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTES DE CESÁREA PREVIA POR PARIDAD – ENERO 2006 A DICIEMBRE 2014 – P.S. 5 DE MAYO</b>		
<b>PARIDAD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
TOTAL	50	100%
PRIMIPARA	14	28%
MULTÍPARA	30	60%
GRAN MULTÍPARA	6	12%

**FUENTE:** Elaboración Propia

**GRÁFICO N° 5**



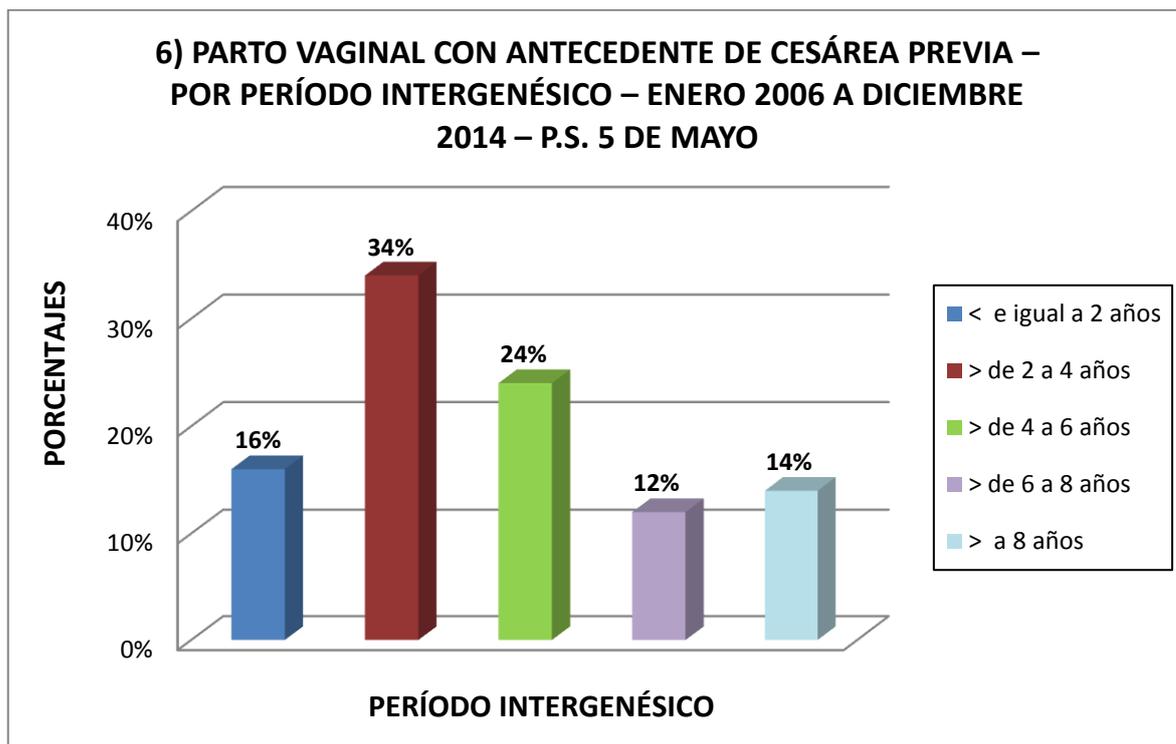
En la tabla y el gráfico N° 5 con respecto al parto vaginal con antecedente de cesárea previa por paridad, se observa que los principales antecedentes obstétricos pertenece a las multíparas con un 60% (30) del total de casos estudiados.

**TABLA N° 6**

<b>6) PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA – POR PERÍODO INTERGENÉSICO – ENERO 2006 A DICIEMBRE 2014 – P.S. 5 DE MAYO</b>		
<b>PERIODO INTERGENESICO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
TOTAL	50	100%
< e igual a 2 años	8	16%
> de 2 a 4 años	17	34%
> de 4 a 6 años	12	24%
> de 6 a 8 años	6	12%
> a 8 años	7	14%

FUENTE: Elaboración Propia

**GRÁFICO N° 6**



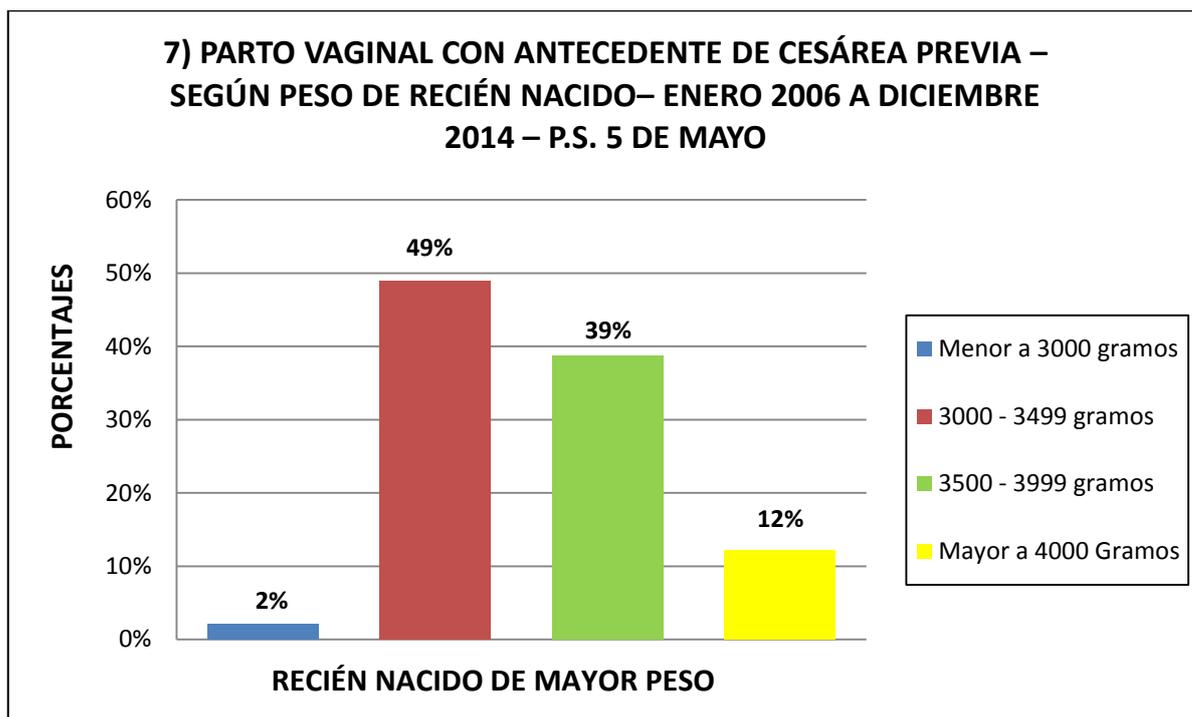
En la tabla y el gráfico N° 6 con respecto al parto vaginal con antecedente de cesárea previa por periodo intergenésico, se observa que un 34% (17) tuvo un periodo intergenésico de entre más de 2 a 4 años.

**TABLA N° 7**

<b>7) PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA – SEGÚN PESO DE RECIÉN NACIDO– ENERO 2006 A DICIEMBRE 2014 – P.S. 5 DE MAYO</b>		
<b>PESO DE RECIÉN NACIDO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
TOTAL	50	100%
Menor a 3000 gramos	1	2%
3000 - 3499 gramos	24	49%
3500 - 3999 gramos	19	39%
Mayor a 4000 Gramos	6	12%

**FUENTE:** Elaboración Propia

**GRÁFICO N° 7**



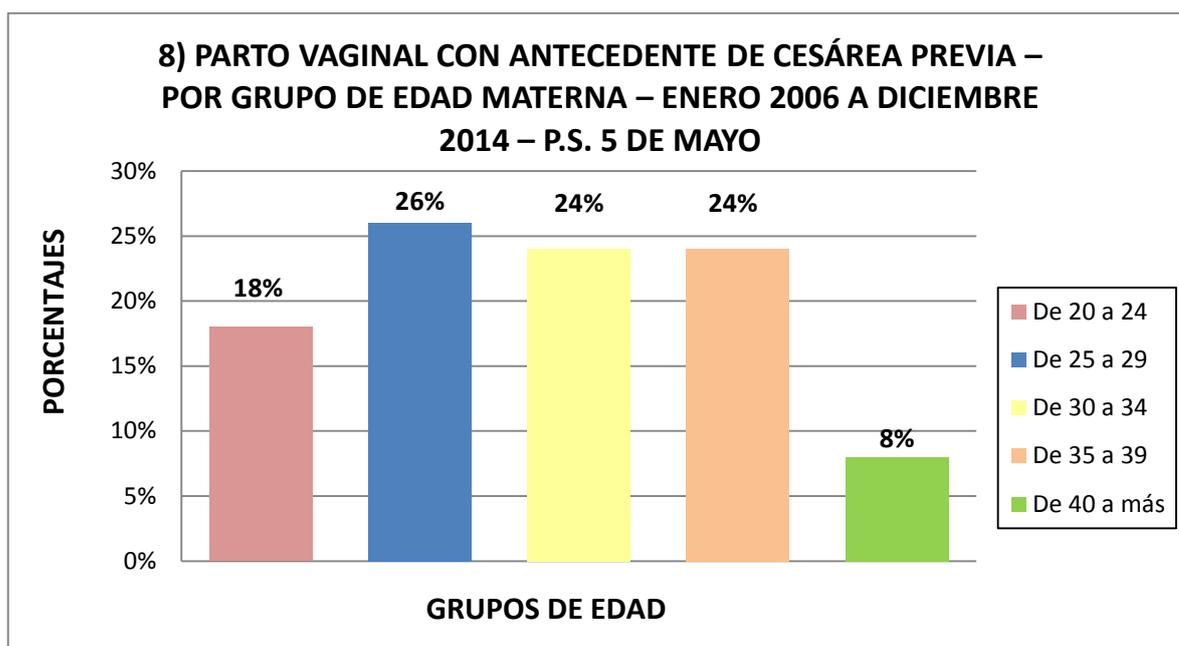
En la tabla y en el gráfico N ° 7 se observa en cuanto al peso del Recién Nacido el que presenta un mayor porcentaje es entre 3,000 a 3,499 gramos, con 49% (24).

**TABLA N° 8**

<b>8) PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA – POR GRUPO DE EDAD MATERNA – ENERO 2006 A DICIEMBRE 2014 – P.S. 5 DE MAYO</b>		
<b>GRUPOS DE EDAD MATERNA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
TOTAL	50	100%
De 20 a 24	9	18%
De 25 a 29	13	26%
De 30 a 34	12	24%
De 35 a 39	12	24%
De 40 a más	4	8%

FUENTE: Elaboración Propia

**GRÁFICO N° 8**



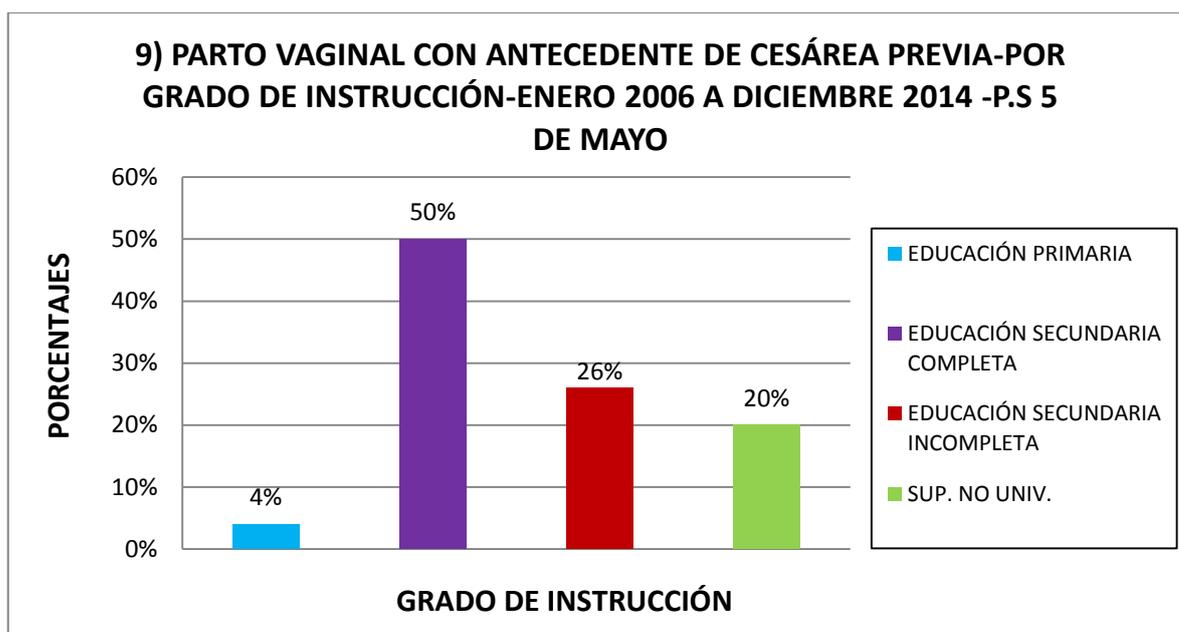
En la tabla y el gráfico N° 8, con respecto al parto vaginal con antecedente de cesárea previa por grupo de edad materna, se observa que el grupo de edad materna de mayor porcentaje es el de 25 a 29 años, que representa el 26% (13).

**TABLA N° 9**

<b>9) PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA – POR GRADO DE INSTRUCCIÓN – ENERO 2006 A DICIEMBRE 2014 – P.S. 5 DE MAYO</b>		
<b>POR GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
TOTAL	50	100%
EDUCACIÓN PRIMARIA	2	4%
EDUCACIÓN SECUNDARIA COMPLETA	25	50%
EDUCACIÓN SECUNDARIA INCOMPLETA	13	26%
SUP. NO UNIV.	10	20%

**FUENTE:** Elaboración Propia

**GRÁFICO N° 9**



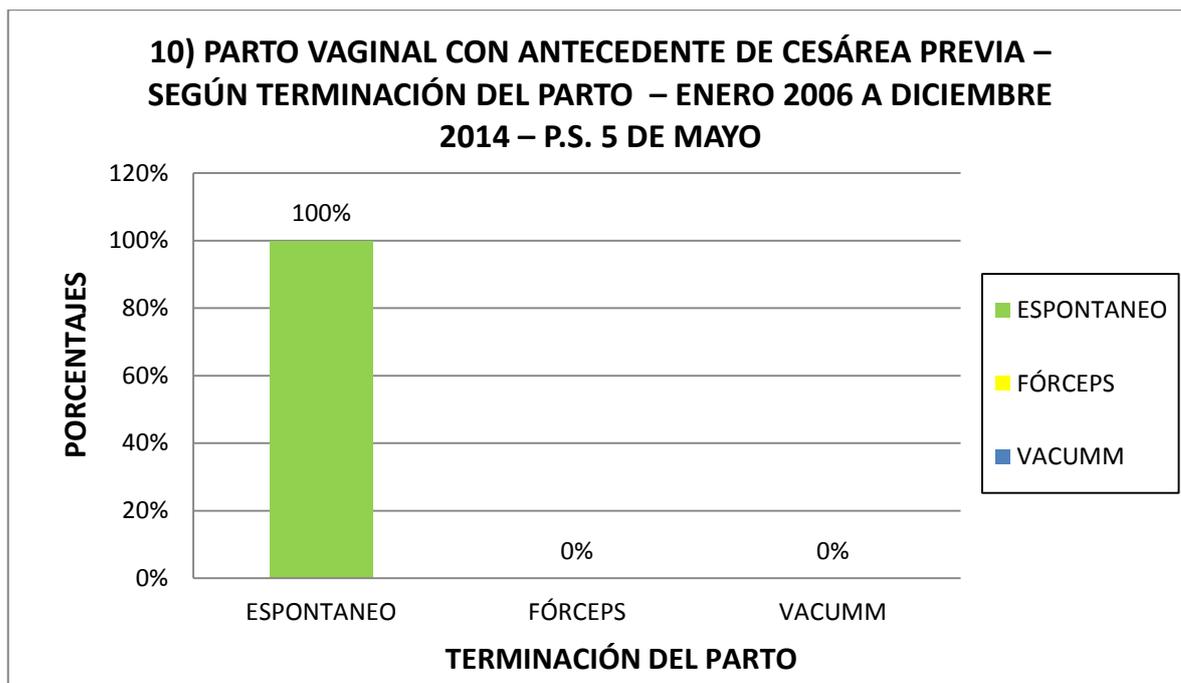
En la tabla y el gráfico N° 9 con respecto al parto vaginal con antecedente de cesárea previa por grado de instrucción, se observa que el 50% (25) de los casos estudiados tienen educación secundaria completa.

**TABLA N° 10**

<b>10) PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA – SEGÚN TERMINACIÓN DEL PARTO– ENERO 2006 A DICIEMBRE 2014 – P.S. 5 DE MAYO</b>		
<b>TERMINACIÓN DEL PARTO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
TOTAL	50	100%
ESPONTANEO	50	100%
FÓRCEPS	0	0%
VACUMM	0	0%

**FUENTE:** Elaboración Propia

**GRÁFICO N° 10**



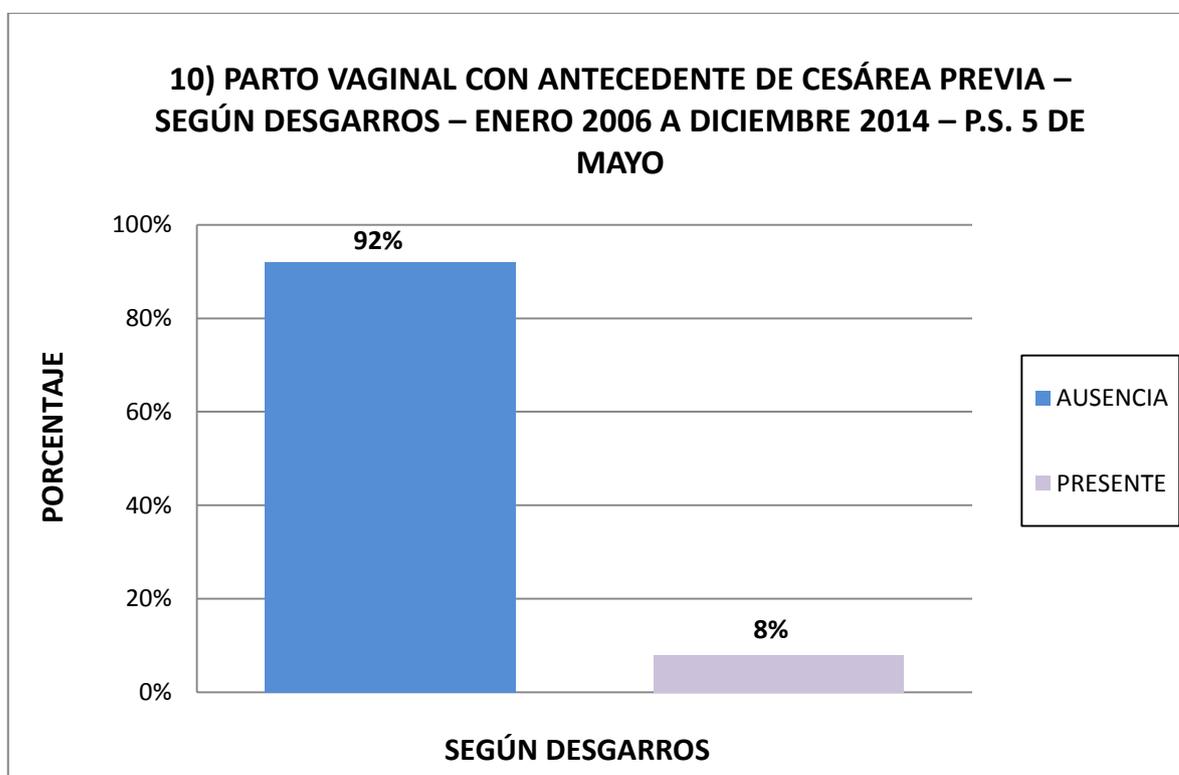
En la tabla y en el gráfico N ° 10 se observa que las pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedentes de cesárea previa según terminación del parto, el 100% (50) de los casos fueron espontáneos.

**TABLA N° 11**

<b>11) PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA – SEGÚN DESGARROS– ENERO 2006 A DICIEMBRE 2014 – P.S. 5 DE MAYO</b>		
<b>DESGARROS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
TOTAL	50	100%
AUSENCIA	46	92%
PRESENTE	4	8%

**FUENTE:** Elaboración Propia

**GRÁFICO N° 11**



En la tabla y el gráfico N ° 11 se observa que en los casos estudiados hay presencia de desgarro de 1° grado en el 8% (4) del total de pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa.

## DISCUSIÓN

De acuerdo a lo investigado todas las bibliografías citadas coinciden en que un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa no está contraindicado, por lo tanto, no origina complicaciones frecuentes tanto en la paciente como en el recién nacido.

En tal sentido, de los resultados obtenidos en este estudio de investigación se evidencia que la frecuencia de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa fue el 5% del total de partos vaginales en gestantes controladas en el Puesto de Salud 5 de Mayo durante el periodo de Enero 2006 a Diciembre 2014, que al compararlo con los resultados en el estudio de **Rodríguez Iglesias Guillermo, León Cid Iraisa, Segura Fernández Anadys, My. Atienza Barzaga Alba Marina**, Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior, La Habana Cuba en el año 2008, se apreció que el 72,9 % de las pacientes tuvieron un parto transpélvico y al resto se les realizó cesárea iterada <sup>(1)</sup>.

En lo concerniente a las complicaciones maternas del total de los casos estudiados, en el 98% no se presentó complicación alguna, sin embargo en el 2% si hubo 1 complicación que fue endometritis puerperal, lo cual es disímil al trabajo de la **Pocco Hinostroza Diana Janneth**, quien realizó una investigación sobre Parto vaginal en cesareada anterior una vez con resultados maternos perinatales del año 2006 al 2007, Instituto Nacional Materno Perinatal y tiene como resultado que: No se encontró diferencia significativa en las complicaciones obstétricas cuando se comparó el grupo de gestantes sometidas a parto vaginal con el grupo de gestantes sometidas a cesárea electiva. La tasa de éxito de parto vaginal en la gestante con cesárea anterior una vez fue de 65.4%.<sup>(4)</sup>

En cuanto a las principales indicaciones de cesárea en las pacientes que tuvieron parto vaginal, la primera causa de cesárea fue por presentación podálica en un 24%, esto coincide con el trabajo de investigación que realizó

**Albengrin Mendoza Edson Raúl**, sobre Factores asociados al parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea previa en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en mayo del 2011 a mayo del 2012. Dando como Resultado que el motivo de la cesárea del primer embarazo encontró que una mayor frecuencia de feto en podálico en un 23.3% <sup>(7)</sup>.

Con relación a los principales antecedentes Gineco–Obstétricos tenemos que, en la paridad un 60% pertenece a las multíparas y un 34% tuvo un período intergenésico de entre más de 2 a 4 años. Con respecto al peso del recién Nacido el mayor porcentaje se encuentra de 3.000 a 3.499 gramos que representa el 49%, similar al estudio de **Arteaga Ángeles Miguel Ángel**, quien hizo su trabajo sobre los Resultados materno y perinatales del parto vaginal en cesareada previa una vez con período intergenésico corto en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2011 **Resultados:** Un total de 100 gestantes cumplieron los criterios de inclusión y eran multíparas <sup>(6)</sup>.

Con respecto a las principales características demográficas y sociales evaluadas y obtenidas por el grupo de edad materna que representa mayor porcentaje es el de 25 a 29 años, con un 26% y en cuanto al grado de instrucción tenemos que un 50% tiene educación secundaria completa, similar al estudio que realizó **Arteaga Ángeles Miguel Ángel**, La mayoría de pacientes tenían estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria <sup>(6)</sup>.

## CONCLUSIONES

- La frecuencia de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa fue el 5%, del total de partos vaginales ocurridos en las pacientes que realizaron su Control Prenatal en el Puesto de Salud 5 de Mayo de enero del 2006 a diciembre del 2014.
- En relación a las complicaciones maternas, del total de casos estudiados, en el 98% no se presentó complicación alguna, sin embargo, en el 2% si hubo una complicación, el tipo de complicación materna fue endometritis puerperal.
- En cuanto a las principales indicaciones de cesárea en las pacientes que tuvieron parto vaginal, la primera causa de cesárea fue por presentación podálica en un 24%, dilatación estacionaria en un 14%, sufrimiento fetal agudo en 12%, rotura prematura de membranas en un 12%, preeclampsia leve en un 8%, y pelvis limite 6%.
- Con respecto a los principales antecedentes Gineco - obstétricos tenemos que, en la paridad un 60% pertenece a las multíparas y un 34% tuvo un periodo intergenésico de entre más de 2 a 4 años. Con respecto al peso del Recién Nacido, el mayor porcentaje se encuentra de 3,000 a 3,499 gramos, que representa el 49%.
- Asimismo, las principales características demográficas y sociales evaluadas tenemos que, el grupo de edad materna que representa mayor porcentaje es el de 25 a 29 años, con un 26%, y en cuanto al grado de instrucción, tenemos que un 50% tiene educación secundaria completa.

## RECOMENDACIONES

Considerando los resultados obtenidos mediante las historias clínicas de las gestantes controladas en el Puesto de Salud 5 de Mayo y observando que el profesional de salud en su conjunto no considera el antecedente de cesárea previa como una contraindicación para un próximo parto vaginal, pero si como un factor de riesgo, por lo que se recomienda tomar en cuenta lo siguiente:

- ✓ El Establecimiento de salud debe poner énfasis en los programas educativos, en cuanto a educar a toda paciente con antecedente de cesárea del factor de riesgo que tiene para un próximo embarazo, más aún si éste se da en un tiempo menor de 2 años, fortaleciendo la consejería en planificación familiar.
- ✓ Se sugiere al Establecimiento de Salud enfatizar en cuanto a la atención preventiva promocional para mejorar la calidad de vida de la población.
- ✓ Se debe educar a la paciente adecuadamente estableciendo un horario diferenciado en el Puesto de salud 5 de Mayo para actividades Preventivas Promocionales, que permitan evitar complicaciones en un próximo embarazo. Asimismo, concientizar para que acudan a sus controles prenatales y alimentarse de manera adecuada, lo cual ayudara a mejorar su estilo de vida y permitirá prevenir algunas complicaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Rodríguez Iglesias Guillermo, León Cid Iraisá, Segura Fernández Anadys, Atienza Barzaga Alba Marina. Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior Hospital Militar Central La Habana Cuba:2008[citado 20 feb 2015]; Disponible en:

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol40\\_3-4\\_11/mil03311.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol40_3-4_11/mil03311.htm)

2.- Núñez M, Orquiola L, Aparicio C. Prevalencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa 2009[Citado 20 feb 2015]; Disponible en:<http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v2n2/v2n2a05.pdf>

3.- Vargas A, Lévanos, Lazo M. Parto vaginal después de una cesárea aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital de enero del 2010 a diciembre del 2011, Hospital Nacional Cayetano Heredia [Citado 20 feb 2015]; Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230451322013000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230451322013000400005&script=sci_arttext)

4.- Pocco Hinostroza Diana Janneth. Parto Vaginal en cesareada anterior una vez resultados maternos perinatales [Tesis para obtener el título de Médico Cirujano] Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.

5.- Alva Rojas Juan Carlos. Características asociadas al éxito o fracaso de la prueba de parto vaginal en cesareada anterior en el Instituto Nacional Materno Perinatal de julio a diciembre del 2010 [tesis para obtener el título de especialidad en Ginecología y Obstetricia] Lima, Perú; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.

6.- Arteaga Ángeles Miguel Ángel. Resultados maternos y perinatales de parto vaginal en cesareada previa una vez con periodo intergenésico corto en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2011 [para obtener el título de

especialidad en Ginecología Y Obstetricia] Lima, Perú; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

7.- Albengrin Mendoza Edson Raúl. Factores asociados al parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea previa en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo de mayo 2011 a mayo del 2012[Para obtener el título de especialidad en Ginecología y Obstetricia]Lima,Perú;Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2012.

8.- Williams Obstetricia; edición 22 año 2006, cáp.17, pg. 409-439

9.- Pérez Sánchez Obstetricia y Ginecología; año 2011 cap.27,pg 290

10.-Licenciatura en obstetricia; edición altirriba año 1990 cap.37PG 307.

11.- Dr. Manuel Valledor Méndez .Indicadores de calidad. [Consultado: agosto 2015].Disponible en: <http://www.hsa.es/calidad./indicadores.calidad.htm>.

12.- Clodomiro Acosta Ferrales.Hospital de Ginecología y Obstetricia; [consultado: agosto 2015].Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X1998000300001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1998000300001)

13.- Dr. paúl Tejada.Obstericia y Ginecología de Venezuela.[Consultado: agosto 2015].Disponible en:  
[www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322008000200010...](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322008000200010...)

14.- Jaime Alberto Messa A.M.D.parto vaginal con cesárea previa.[Consultado: agosto 2015].Disponible en :  
<http://www.oocities.org/hotsprings/resort/4015/cesarea.html>

15.-Diccionario de medicina Dorland; edición 24; abril 1995 México.D.F

16.-Hospital Británico. Parto vaginal después de cesárea riesgosa[consultado setiembre 2015].Disponible en :

[www.hospital británico.com.Bs As/Dr.soft.com.Ar/](http://www.hospitalbritanico.com.BsAs/Dr.soft.com.Ar/)

17.- Rodríguez Deleg Marina Prevalencia y factores predictores de parto vaginal poscesárea .centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso cuenca 2010 [Tesis para obtener el título de la especialidad de Ginecología y Obstetricia] Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca; 2011.

18.- Guillen De Jaramillo María Lorena, Fuentes Plúas Yurixi Teresa, Parto Vaginal Posterior a Cesárea Estudio a Realizarse en pacientes embarazadas que asistieron al área de Gineco –Obstetricia en el Hospital Provincial Martin Icaza de Babahoyo en el mes de septiembre 2011 A julio 2012.

19.- Obstetricia y Ginecología nms;edición 4 año 1997 cap. 16 pag.185

20.-Dr.Santiago Cabrera Ramos. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. [Consultado agosto 2015]. Disponible en:

<http://www.spog.org.pe/web/>

21.-Revista de postgrado de la vía .cátedra de medicina N° 135 feb2010; pg12-16.

22.-Parto vaginal después de un parto por cesárea.[Consultado agosto 2015].Disponible en:

[http://www.womenandinfants.org/havingababy/upload/tolacbrochure\\_esp.pdf](http://www.womenandinfants.org/havingababy/upload/tolacbrochure_esp.pdf)

23.- Biblioteca virtual de salud de Republica Dominicana.[Consultado agosto 2015].Disponible en:<http://www.bvs.org.do/php/index.php>

24.-Observatorio Socio Económico Laboral (OSEL).La realidad.[consultado enero 2016].Disponible en:

<http://montanezcano-nilo.blogspot.pe/>

# ANEXOS

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE PARTO VAGINAL EN CESÁREA PREVIA EN GESTANTES CONTROLADAS EN EL PUESTO DE SALUD 5 DE MAYO EN EL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL PERÍODO DE ENERO DEL 2006 A DICIEMBRE DEL 2014

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	RACIONALIZACIÓN OPERACIONALIZACIÓN		MÉTODO
			DIMENSIÓN VARIABLE	INDICADOR	
<p>¿Cuál es la frecuencia de parto vaginal y las principales complicaciones que se presentan en pacientes con antecedente de cesárea previa que se realizaron el control prenatal en el puesto de salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores en el período de enero del 2006 a diciembre del 2014?</p> <p><b>Problemas Secundarios</b> ¿Cuál es la frecuencia de parto vaginal con antecedente de cesárea previa?</p> <p>¿Cuáles fueron las principales complicaciones maternas que se presentaron en aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa y que se realizaron el control prenatal en el puesto de salud 5 de mayo?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar cuál es la frecuencia de parto vaginal y las principales complicaciones que se presentan en pacientes con antecedente de cesárea previa que se realizaron el control prenatal en el puesto de salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores en el período de enero del 2006 a diciembre del 2014.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b> Identificar la frecuencia de parto vaginal con antecedente de cesárea previa.</p> <p>Identificar cuáles fueron las principales complicaciones maternas que se presentaron en aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa que se realizaron el control prenatal en el puesto de salud 5 de mayo.</p>	<p>No aplica por ser de estudio descriptivo.</p>	<p><b>Variable 1</b> Parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa.</p> <p><b>Variable 2</b> Complicación es frecuentes en pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa.</p>	<p><b>Demográficos y Sociales</b></p> <p><b>Edad</b> 20 - 24 25 – 29 30 – 34 35 – 39 De 40 a más</p> <p><b>Grado de Instrucción</b>  Primaria Secundaria Superior</p> <p><b>Antecedentes obstétricos</b></p> <p><b>Paridad</b> Primípara Múltipara Gran Múltipara</p> <p><b>Período Inter-genésico</b>  &lt; e igual a 2 &gt;de 2 – 4 &gt;4 – 6 &gt;6 – 8 &gt;a 8</p>	<p><b>Tipo</b> Descriptivo Retrospectivo Transversal</p> <p><b>Nivel</b> Aplicativo</p> <p><b>Método</b> Cuantitativo</p> <p><b>Población</b> Fueron 965 gestantes de los cuales 50 cumplen los criterios para la investigación.</p> <p><b>Muestra</b> Es no probabilística y es de 50 gestantes.</p> <p><b>Técnica</b> Documental</p>

<p>¿Cuáles son las principales indicaciones de cesárea en aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal?</p> <p>¿Cuáles fueron los antecedentes Gineco - obstétricos de aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedentes de cesárea previa?</p> <p>¿Cuáles son las principales características demográficas y sociales de aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa?</p>	<p>Identificar las principales indicaciones de cesárea en aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal.</p> <p>Identificar los principales antecedentes Gineco - Obstétricos de aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedentes de cesárea previa.</p> <p>Identificar las principales características demográficas y sociales de aquellas pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea previa.</p>			<p><b>Recién Nacido de Mayor Peso</b></p> <p>Menor a 3000gr 3.000gr – 3.499gr 3.500gr – 3.990gr Mayor a 4000gr</p> <p><b>Datos del puerperio</b></p> <p>Con Complicación Sin Complicación</p>	<p><b>Instrumento</b></p> <p>Es una ficha de recolección de datos por cada historia clínica para así recolectar la información.</p>
--	---	--	--	---	---

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA \_\_\_\_\_ N° HC \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ G.I \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES OBSTETRICOS

G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_

PIN R.N.DE MAYOR PESO

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ GR

INDICACIÓN DE CESAREA ANTERIOR PREVIA

---

### DATOS DE PARTO ACTUAL

#### TERMINACIÓN DE PARTO

ESPONTANEO  FÓRCEPS  VACUMM

DESGARROS  
NO  SI

### COMPLICACIONES MATERNAS

SI  EN EL PUERPERIO \_\_\_\_\_

NO  \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RELACIÓN DE NÚMEROS DE HISTORIAS CLÍNICAS**  
**REVISADAS**

024	201	402
152	1427	810
387	320	1431
2164	606	1470
128	204	1722
331	009	1164
002	026	957
1681	376	622
1653	697	1477
334	1564	471
1462	790	032
160	419	521
306	764	1329
321	075	119
236	826	1030
517	871	1704
1124	322	

**ESCALA DE CALIFICACIÓN  
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Sofía Teresa Gómez Gallegos

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS: .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

MINISTERIO DE SALUD  
 Y DE LA DEFENSA DEL CONSUMIDOR  
 MICROBIÓLOGA  
 SOFÍA GÓMEZ GALLEGOS  
 MÉDICO GRUPO  
 C.M.P. 38290

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN**

**PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Denís Orlando Pomasonco Ferreros

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS: .....

.....

.....

.....

.....

.....

  
 DR. DENÍS ORLANDO POMASONCO FERREROS  
 Médico Cirujano  
 C.M.P. 53997

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN  
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Aroceli Magali Sanchez Cordora

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación			

SUGERENCIAS: .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....

  
 LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
 L.C. OBSERVACION COP 25322  
 P.S. 5 de Mayo

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud  
Escuela Profesional de Obstetricia

010268

Pueblo Libre, 09 de septiembre del 2015

OFICIO N° 1124 – 2015 - EPO – FMHyCS – UAP

Doctor:

**JAVIER ÁLVAREZ PAREDES**

Director de la Red de Salud SJM-VMT



Presente.-

**ASUNTO: PERMISO PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE TESIS**

**De mi mayor consideración;**

Reciba el saludo cordial de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, por medio del presente solicito por favor su autorización para que la señorita **BLANCA MARIA CHAVESTA CHUMAN**; egresada de esta casa superior de estudios, pueda efectuar la aplicación de instrumento del proyecto de tesis en la institución que usted dirige (revisión de historias clínicas) en el Área de Archivo, con la finalidad de realizar su trabajo de investigación: **"FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE PARTO VAGINAL EN CESÁREA PREVIA EN GESTANTES CONTROLADAS EN EL PUESTO DE SALUD 5 DE MAYO EN EL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2006 A DICIEMBRE DEL 2014"**.

Sin otro en particular me despido de usted, no sin antes agradecerle la atención a la presente y al mismo tiempo expresarle mi respeto y estima personal.

Atentamente,



*Flor de María Escalante Celis*  
Mg. Flor de María Escalante Celis  
Directora (e)  
Escuela Profesional de Obstetricia

**Adjunto:**

- **Matriz de Consistencia**
- **Instrumento**
- **Juicio de expertos (03)**

Villa María del Triunfo, 01 OCT. 2015

**MEMO N° 388-2015-CAPAC-URR.HH-DRS-SJM-VMT-IGSS**

A : M.C. CAMPOS RIVERO OSCAR ALBERTO  
Médico Jefe de la Micro Red OLLANTAY

DE : Abog. Carmen QUISPE ARISTA  
Jefe de la Unidad de Recursos Humanos

ASUNTO : Presentación de Lic. Obstetriz

REFERENCIA : Oficio N° 1124-2015-EPO-FMHyCS-UAP

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de saludarle cordialmente y presentarle a la Bach. en Obstetricia de la escuela profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas para efectuar la aplicación de instrumento del proyecto de tesis en el área de archivo revisión de H.C. con la finalidad de realizar un trabajo de investigación en el Establecimiento de Salud a su cargo; por lo que solicito se les brinden las facilidades del caso, a quien a continuación se detalla:

Adjunto copia de oficio

EE.SS.	OBSTETRIZ
P.S. 5 DE MAYO	Bach. OBSTETRA BLANCA MARIA CHAVESTA CHUMAN

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
IGSS DRS SJM VMT  
*Carmen Quispe Arista*  
Abog. Carmen R. Quispe Arista  
Jefe de la Unidad de Recursos Humanos

CRQA/eic

MINISTERIO DE SALUD  
DISA LIMA SUR  
DRS SJM - VMT  
MICRO RED "OLLANTAY"  
**RECIBIDO**  
01 | 10 | 15  
HORA 12:42 FIRMA