

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

CULMINACIÓN DEL PARTO EN GESTANTES CON CESAREA PREVIA

ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESSALUD DE TACNA JUNIO 2012 A JUNIO 2013

TESIS

PRESENTADA POR:

BACH. MILAGROS NATY HUIZA FLORES

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**TACNA – PERÚ
2014**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

**CULMINACIÓN DEL PARTO EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD
DE TACNA JUNIO 2012 A JUNIO 2013.**

TESIS

Presentada por:

BACH. MILAGROS NATY HUIZA FLORES

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobada por unanimidad, ante el siguiente jurado



Mgr. Nérida Pérez Cabanillas
Presidente



Dra. Obst. Olga Choque Chura
Miembro



Méd. G.O. Jacinto Bárcena Quintana
Miembro



Dra. Obst. Leandra Llanca Ramos
Asesor

AGRADECIMIENTOS

Mi sincero agradecimiento a nuestro Dios maravilloso que siempre nos ilumina cada día de nuestra vida y direcciona nuestro camino; este trabajo fue logrado gracias al apoyo de mi asesora interna la Dra. Leandra Herminia Llanca Ramos y a todas aquellas personas que de una u otra forma, encaminaron y colaboraron la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

Primeramente a Dios quien nos da voluntad, la fuerza, y la esperanza de seguir luchando con amor y humildad.

A mis queridos padres que siempre me apoyaron en todo momento hasta lo más difícil de mi vida.

A mis cuatro hermanos quienes me dieron las fuerzas para sacar adelante a mi familia.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	ii
CONTENIDO	iii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN	xiv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN	01

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....	04
1.2. Formulación del problema.....	05
1.3. Justificación e importancia.....	05
1.4. Objetivos.....	06
1.4.1. Objetivo general.....	06

1.4.2. Objetivos específicos.....	06
1.5. Hipótesis.....	06

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema.....	07
2.2. Bases teóricas.....	10
2.2.1. Reseña histórica.....	10
2.2.2. América latina, primero en cesárea en el mundo.....	16
2.2.3. Evolución de las tasas de cesárea.....	17
2.2.4. Indicación de cesárea.....	20
2.2.5. Mortalidad materna por cesárea.....	20
2.2.6. Morbilidad materna por Cesárea.....	21
2.2.7. Parto con cesárea previa.....	21
2.2.8. Tasas de éxito en pacientes con cesárea previa.....	22
2.2.9. Requisitos para el parto vaginal con cesárea previa.....	25

2.2.10. Contraindicaciones para parto vaginal con cesárea previa.....	29
2.2.11. Complicaciones maternas del parto vaginal con cesárea previa.....	32
2.2.12. Complicaciones fetales del parto vaginal con cesárea previa.....	36
2.2.13. Inducción y conducción del parto con cesárea previa.....	37
2.2.14. Analgesia obstétrica en pacientes con cesárea previa.....	41
2.2.15. Otros beneficios del parto vaginal con cesárea previa.....	40
2.2.16. Parto eutócico.....	41
2.2.17. Trabajo de parto.....	41
2.2.18. Cesárea.....	51
2.2.19. Tipos de cesárea.....	51
2.2.20. Indicaciones de la operación cesárea.....	52
2.2.21. Cierre de la operación cesárea.....	54
2.2.22. Complicaciones de una operación cesárea.....	57

2.3. Definición de términos.....	59
----------------------------------	----

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.....	64
3.2. Diseño de la investigación.....	64
3.3. Operacionalización de variables.....	65
3.4. Población y muestra.....	68
3.4.1. Población.....	68
3.4.2. Muestra.....	68
3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	69
3.6. Procesamiento de datos.....	70

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS.....	71
DISCUSIÓN.....	93
CONCLUSIONES.....	95

RECOMENDACIONES.....	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
ANEXOS.....	105
Anexo 1: Instrumento de recolección de datos	
Anexo 2: Matriz de consistencia	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01: GRUPO ETÁREO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	71
TABLA N° 02: TERMINACIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA SOMETIDAS A TRABAJO DE PARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	73
TABLA N° 03: GRAVIDEZ DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATEN DIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	75
TABLA N° 04: NÚMERO DE PARTOS VAGINALES EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATEN DIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS	77

MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013

TABLA N°05: INDICACIÓN DE LA CESÁREA PREVIA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	79
TABLA N°06: DATOS CLÍNICOS AL INGRESO A SALA DE PARTOS EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	81
TABLA N°07: INDICACION DE LA CESÁREA ACTUAL DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	83
TABLA N°08: EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	85
TABLA N°09: PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	87
TABLA N°10 APGAR DEL RECIÉN NACIDO A LOS 5 MIINUTOS EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA ATEN	89

DIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS
MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013

TABLA N°11: APGAR DEL RECIÉN NACIDO A LOS 5 MIINUTOS
EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATEN
DIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS
MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013

91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRAFICO N° 01: GRUPO ETÁREO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	72
GRAFICO N° 02: TERMINACIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA SOMETIDAS A TRABAJO DE PARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	74
GRAFICO N° 03: GRAVIDEZ DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATEN DIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	76
GRAFICO N° 04: NÚMERO DE PARTOS VAGINALES EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATEN DIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	78

GRAFICO N°05: INDICACIÓN DE LA CESÁREA PREVIA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	80
GRAFICO N°06: DATOS CLÍNICOS AL INGRESO A SALA DE PARTOS EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	82
GRAFICO N°07: INDICACIÓN DE LA CESÁREA ACTUAL DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	84
GRAFICO N°08: EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	86
GRAFICO N°09: PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013	88
GRAFICO N°10 APGAR DEL RECIÉN NACIDO A LOS 5 MINUTOS EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN	90

LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL
2013

GRAFICO N°11: APGAR DEL RECIÉN NACIDO A LOS 5
MIINUTOS EN PACIENTES CON CESÁREA
PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN
LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL
2013

92

RESUMEN

Los riesgos relativos y absolutos asociados a la prueba de trabajo de parto en cesareadas anteriores han originado un aumento en la tasa de cesáreas, a pesar de las evidencias que demuestran la seguridad y los beneficios de la prueba de trabajo de parto.

El estudio tuvo como objetivo determinar la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea previa y que hayan desarrollado trabajo de parto durante el último embarazo, atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión de la Red Asistencial de Essalud de Tacna en los meses de junio del 2012 a Junio del 2013.

Se trató de un diseño no experimental, descriptivo, transversal, retrospectivo.

Se estudió 113 pacientes con cesárea previa que además cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Con el estudio se encontró que las pacientes con cesárea previa seleccionadas culminan su parto vaginal satisfactoriamente, además la indicación de cesárea anterior más frecuente de las pacientes mencionadas es el sufrimiento fetal y de las pacientes que terminaron otra vez con la indicación de cesárea en la mayoría fue por lo mismo.

Palabras claves: Culminación del parto, cesárea previa, parto vaginal, parto cesárea, trabajo de parto.

ABSTRACT

The absolute and relative risks associated with the test of labor in previous cesarean have caused an increase in the cesarean rate , despite evidence demonstrating the safety and benefits of testing labor.

The study aimed to determine the route of completion delivery in pregnant women with previous caesarean section and labor have developed during the last pregnancy , treated at the Department of Obstetrics of Daniel Alcides Carrion Hospital III Essalud Care Network in Tacna from June 2012 to June 2013.

This was a non- experimental , descriptive, cross-sectional, retrospective design .

113 patients with previous cesarean also met the inclusion and exclusion criteria were studied.

With the study found that patients with previous cesarean selected vaginal delivery successfully finish their further indication of previous cesarean patients more frequently mentioned is fetal distress and patients who completed again with the indication for cesarean section in most was the same.

Keywords : Completion of delivery, previous cesarean section , vaginal delivery, cesarean delivery , labor.

INTRODUCCIÓN

Los conceptos de manejo de las pacientes con una cesárea anterior han cambiado en los últimos años, si citamos a Edward Creighins, dirigiéndose a la Sociedad Médica de New York , dijo "cesárea anterior siempre cesárea", sin embargo en la obstetricia moderna podemos observar que el parto vaginal puede ocurrir sin ninguna complicación en gestantes con cesárea previa.

Durante todo este tiempo transcurridos profesionales se fueron capacitando y especializando en la terminación vaginal del parto y en solucionar las posibles complicaciones del parto, sin terminar necesariamente en cesárea. Todo esto ha desencadenado una gran controversia en cuanto a la forma de terminación del parto en gestantes con una cesárea previa, que hasta el día de hoy se encuentra vigente.

El parto vaginal en pacientes con cesárea previa es una condición ampliamente debatida desde hace muchos años, presentando controversias en su manejo como es la vía de terminación del embarazo y sus ventajas tanto para la madre como para el feto. Muchas son las variables que se manejan en la atención del final de la gestación, por esto no existiendo una normativa a la hora de indicar una operación cesárea,

los criterios van a depender tanto del servicio donde se maneje como de las causas que se consideren para indicarla.

Esto condiciona que la tasa de cesáreas de repetición sea alta, pudiéndose evitar muchas de ellas con una prueba de trabajo de parto, que en la mayoría de casos lleva a un parto vaginal exitoso, evitando así el alto costo social y económico que conlleva el efectuar una nueva cesárea, disminuyendo los días de hospitalización y la morbilidad puerperal.

Una historia de cesárea previa no constituye una indicación automática para una cesárea de repetición. La sentencia hecha por Craigin en 1916, de que "después de cesárea, siempre cesárea", actualmente permanece vigente sólo para un grupo pequeño de gestantes, ya que fue promulgada en una etapa de la medicina en la que no se realizaba en forma rutinaria incisiones en el segmento inferior y tampoco se contaba con el arsenal terapéutico actual.

Por lo tanto, se hace necesaria una reevaluación de esta doctrina, ya que los riesgos de una cicatriz uterina, como son la mortalidad materna o fetal por rotura uterina, han disminuido drásticamente.

Actualmente se presenta el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, como una alternativa segura que no presenta un incremento en la

morbi-mortalidad materno-fetal- y debe adoptarse siempre y cuando no existan contraindicaciones para el mismo.

El objetivo de la investigación es determinar la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea previa y que hayan desarrollado trabajo de parto durante el último embarazo, atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión de la Red Asistencial de Essalud de Tacna en los meses de junio del 2012 a Junio del 2013.

El presente trabajo se ha estructurado en cuatro capítulos: el Capítulo I está conformado por el planteamiento del estudio que fundamenta el problema de investigación , los objetivos y la hipótesis de estudio; el Capítulo II expresa el marco teórico, donde se encuentra las generalidades básicas de la cesárea previa y el trabajo de parto, el Capítulo III comprende la metodología de la investigación, donde pretendemos dar a conocer las diversas etapas de la investigación; el Capítulo IV se observa los resultados de la investigación, es esencial porque permite el análisis e interpretación de los datos, es de aquí que se obtuvo las conclusiones de estudio.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

En calidad de servicio de Tercer Nivel el Hospital III Daniel Alcides Carrión es un centro de referencia donde se atienden pacientes con embarazos de alto riesgo como es el caso de pacientes gestantes con una cesárea anterior que necesitan un manejo especial y que no pueden ser atendidos en un primer nivel por las complicaciones que pueden surgir durante el trabajo de parto. En este contexto el propósito del presente estudio fue determinar la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea previa y que hayan desarrollado trabajo de parto durante el último embarazo, atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión de la Red Asistencial de Essalud de Tacna en los meses de junio del 2012 a Junio del 2013, estableciendo el tipo de complicaciones; así como cual fue la indicación de cesárea en el embarazo anterior y en el embarazo actual, por lo que se formuló la siguiente pregunta de investigación.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo culmina el parto en gestantes con cesárea previa, atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión de la Red Asistencial de EsSalud de Tacna en los meses de junio del 2012 a Junio del 2013?

1.3. Justificación e importancia

Uno de los Objetivos a nivel mundial es disminuir la incidencia de cesáreas y a pesar que las gestantes con una cesárea previa podrían tener opción a parto vaginal, se sigue observando la tendencia de repetir la cesárea; lo cual determina un mayor costo hospitalario, mayor estancia hospitalaria, posterga el contacto precoz madre e hijo, retarda la recuperación materna y su retorno al grupo familiar, así como mayor morbilidad puerperal. Por lo que al observar que en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de la Red Asistencial de Essalud de Tacna, la incidencia de cesáreas es alta, mayor al 35%, es que con el presente estudio se determinó la vía de parto más frecuente en las pacientes con una cesárea anterior, estableciendo el tipo de complicaciones, así como cual fue la indicación de cesárea en el embarazo anterior y en el embarazo actual. Cuyos resultados

puedan orientar a reformular las guías de manejo para el parto vaginal en gestantes con una cesárea previa.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea previa y que hayan desarrollado trabajo de parto durante el último embarazo, atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión de la Red Asistencial de Essalud de Tacna en los meses de junio del 2012 a Junio del 2013.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar la incidencia de partos vaginales en gestantes con antecedentes de cesárea previa.
- Determinar las indicaciones de cesárea en gestantes con cesárea previa en prueba de trabajo de parto.
- Determinar los resultados neonatales en pacientes con cesárea anterior según la vía de terminación.

1.5. Hipótesis

La mayoría de gestantes con cesárea previa sometidas a trabajo de parto podrían culminar su parto por vía vaginal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

A nivel internacional

En un estudio realizado en España, de los 521 casos de adolescentes con indicación de cesárea estudiados, la mayoría se indicó en el grupo etario comprendido entre 18 y 19 años de edad y el menor número de casos lo represento el grupo erario comprendido entre 12 y 13 años de edad. La indicación más frecuente de cesárea es la desproporción fetopélvica. De los casos revisados las complicaciones post-operatorias no fueron bajas, acercándose a la mitad de la población estudiada. Cabe destacar que la complicación que más se presento fue anemia en sus diferentes estadios clínicos. La patología materna durante el embarazo asociada más frecuentemente son las vaginosis bacterianas y la menos frecuente fueron ptiriasis versicolor y obesidad. La mayoría de las adolescentes que se controlaron el embarazo finalizaron en cesárea. En las adolescentes con cesárea anterior como antecedente obstétrico, la indicación más frecuente en estas fue la desproporción fetopélvica. (1)

A nivel nacional

En el estudio desarrollado en Lima en el año 2011 concluyeron que el 39% fue la prevalencia de la depresión postparto en adolescentes postcesareadas de INMP durante el periodo de Marzo 2010-Marzo 2011. El 54% fueron cesáreas no programadas en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Marzo 2010-Marzo 2011. El 62% de las cesáreas no programadas se presentó en las adolescentes con “riesgo de depresión postparto”. El 54% de las cesáreas no programadas se presentó en las adolescentes con “probable depresión postparto”. Existe asociación entre las cesáreas no programadas con el riesgo de depresión postparto en las adolescentes postcesareadas. Existe asociación entre las cesáreas no programadas con la probable depresión postparto en las adolescentes postcesareadas. (2)

A nivel local

En el estudio realizado en Tacna en el año 2002 las principales indicaciones de cesáreas fueron: sufrimiento fetal, trabajo de parto disfuncional, distocia de presentación, pre eclampsia.

Durante el año 2002 el total de partos fue de 748, de los cuales 243

fueron partos por cesárea lo que representa una incidencia del 32.4%. La operación cesárea fue más frecuente en las pacientes del grupo etéreo entre los 30-34 años. En cuanto a la paridad el mayor porcentaje de intervenciones fueron en pacientes multíparas. La mayor parte de la población en estudio tuvo cesárea primaria con un porcentaje del 67%. El 90.8% de las pacientes operadas de cesárea fueron con un embarazo a término. Se observó que el 98.2% de pacientes tuvo control prenatal de las cuales la mayoría fue en forma completa. El 69.5% de pacientes no recibió clases de psicoprofilaxis obstétrica. De todas las cesáreas indicadas el 64.6% fueron de emergencia. De las cuales el 66.2% estuvieron en trabajo de parto. Las pacientes intervenidas por indicación de sufrimiento fetal, el 67.4% iniciaron trabajo de parto de forma espontánea, mientras que el 32.4% fue de forma inducida. En las cesáreas por indicación de sufrimiento fetal se obtuvieron recién nacidos con apgar vigoroso en mayor porcentaje al minuto. Del total de pacientes intervenidas de cesárea el 4.5% presento algún tipo de complicación en forma tardía. (3)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. RESEÑA HISTÓRICA

Varias ciudades que fueron fundadas, o embellecidas por emperadores romanos recibieron el nombre de Cesárea lo que permite hacernos una idea de que los romanos tienen mucho que ver con él. Una de ellas, en la costa del Mediterráneo, entre Galilea y Samaria, edificada por Herodes y que la nombró Cesárea por adulación a Augusto: es la Cesárea de Palestina, capital de Judea, después de la destrucción de Jerusalén. Su puerto y ruinas están casi cubiertos por las arenas. También está, entre otras tantas, la antigua ciudad de la Palestina bíblica en Siria, cerca de la frontera de Palestina y de las fuentes del Jordán, llamada así por el nombre de un hijo de Herodes. Próxima a sus ruinas se halla la actual aldea de Baniaso Banya. En ella fue curada por Jesucristo la mujer hemorroisa, de que habla la Biblia. (4)

Una palabra de origen latino, caedere o scaedere, que significa cortar, podría ser una de las 4 razones del origen de la denominación. Las otras 3 son: la ley regia de

Numa Pompilius (siglo VIII AC) que impedía inhumar a la mujer muerta embarazada sin haber sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina (ley de los césares); la leyenda cuenta que Julio César nació de esta modo y por último, los escritos atribuidos a Plinio, historiador de la antigüedad, que aseveraba que el primero de los césares nació por vía abdominal.(4)

Se debe agregar al capítulo anecdótico y sólo registrado en la memoria de repitentes de supuestos casos, las autocesáreas, las cesáreas del célebre castrador de cerdos, Jacques Nuffer, de Sigershausen, en 1500, a su propia mujer Isabel; los 14 casos de Francisco Rousser en 1581 y otros de difícil comprobación.

Es bueno destacar que existieron leyes relacionadas con este proceder. La ley romana llamada "Lex Regia" del año 715 AC establecía que cualquier mujer con embarazo avanzado debía ser operada poco después de la muerte, si el niño estuviera vivo. La iglesia cristiana estaba a favor de la operación, preocupada en la salvación de vidas y almas.(5)

El Mischnagoth, publicado en 140 AC y el Talmud, hacen referencias a nacimientos por cesáreas y los ritos de aquellos nacidos mediante esta operación. Precisamente es en el Talmud donde se relata el nacimiento de Indra y se detalla cómo se negó a nacer por vía natural. Ejemplos afines los encontramos en el caso de Buda, del cual se afirma una creencia muy antigua, que nació del costado de su madre, o el caso de Brahma, de quien se dice que emergió a través del ombligo materno. (3)

El primer registro de un niño nacido mediante cesárea fue en Sicilia, 508 AC según Boley.(5)

Cuando se revisa el tema, vemos que diferentes autores se refieren a distintos momentos en los que según ellos esto ocurrió, pero en nuestra revisión, la más lejana encontrada fue esa. En Roma se les llamó Caesones a los nacidos por dicha vía, lo que significa que se hacía con alguna frecuencia.

La historia científica y registrable en su mayoría comienza en lo que algunos autores consideran el segundo período de la historia de la cesárea y que cae después de

1500. La primera referencia histórica a la realización de una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por Nufer en 1500. (5)

Empleó una navaja de rasurar y el niño nació vivo. La madre tuvo 5 hijos más, lo que pudiera señalarse como uno de los primeros partos vaginales después de una cesárea, aspecto que en la actualidad cobra vigencia y defensores. En 1582, Rousset publica un libro en el que por primera vez se apoya el uso de la operación en mujeres vivas. Paré (1510-1590) tuvo una opinión opuesta a Rousset y no aceptaba la utilización de la operación en mujeres vivas. El observó 2 operaciones en las que las madres murieron y un caso exitoso.

Guillemeau escribió su libro “Chilbirth or the Happy Delivery of Women” donde dedica un capítulo a las razones para oponerse la cesárea. Escipio Mercurio, un cirujano del Padua del siglo XVI, comentó en “La Commare Riccoglitrice” acerca del uso de esta operación cuando no era posible el parto normal. Hendrik van Roonhuyze de Amsterdam, en su libro “Obserb de Morbis Mulier” refiere

que un médico llamado Sonnius hizo la operación en 7 ocasiones a la esposa de Roonhuyze. Trautmann de Wittenberg en Nurtemberg, Alemania, en 1610 para algunos y en 1620 para otros, practicó una cesárea en una mujer viva en presencia de 2 parteras. La mujer murió a los 25 días por sepsis. Algunos señalan este hecho como el primer documento indiscutiblemente auténtico sobre la cesárea en una paciente viva. (6) En 1637, Teófilo Raynayd en su obra “De ortu infantium contra naturam persectionem Caesarean” describe 3 casos afortunados. (5)

Hay un tercer período en la historia de la cesárea donde ya se toma conciencia de las causas de muerte en esta operación y de las técnicas que se deben realizar, donde se señala que es a partir de 1876 en que se hace énfasis en la infección como primera causa de muerte, aspecto señalado por Cavallini desde 1868. Con la sutura uterina que practica Wiel desde 1835, entra esta operación en una nueva era de progreso.

Autores como Porro, Müller, Taylor y otros, hacen innovaciones en ese sentido. Bichot en 1870 introduce la

histerectomía total. Sanger, ayudante de Kredé en Leipzig, en 1882 incorpora la sutura de la pared uterina a puntos separados en 2 planos paralelos. En 1912, Kröing en Alemania, postula la incisión vertical uterina, pero ya advierte sobre la ventaja de practicarla en el segmento inferior, hasta que en 1926 Kehr crea su clásica incisión segmentaria transversal que se practica en nuestros días.

La preparación preoperatoria fue otro paso de avance en este proceder, aspecto modificado de diversas formas en la actualidad. (6)

Hemos destacado algunos aspectos fundamentales que han marcado hitos en el desarrollo de la cesárea a través de la historia. Aunque muchas pacientes la solicitan y quizás algunos se dejen influir por ellas, resulta evidente que actualmente, ha logrado salvar muchas vidas, tanto del producto de la concepción, como de la propia madre. Sin embargo, su morbilidad y mortalidad continúan presentes, por lo que la vigencia de este proceder radica en el cumplimiento estricto de sus indicaciones.

2.2.2. AMÉRICA LATINA, PRIMERO EN CESÁREA EN EL MUNDO

En cuanto a los países como la República Dominicana y Paraguay, el 42 % y el 33 % de los nacidos, respectivamente, vienen al mundo en un quirófano.

Las cifras presentadas por los hospitales públicos y las clínicas privadas indican diferencias porcentuales profundas. En México, el número de cesárea en los centros privados supera el 70 %, mientras esta cifra en los centros públicos se sitúa en el 41 %.

En Venezuela, sin datos oficiales, se estima que el índice supere el 70 % en las clínicas privadas, en comparación con el 40 % en las públicas.

Según el Ministerio de Salud chileno, el número de cesáreas en los centros privados supera el 60 % en Chile. Con cifras más bajas, su vecino oriental, Argentina, tuvo un 26,7 % de cesáreas en 2011, según datos del Gobierno.

Según los exportes del ámbito sanitario; un embarazo no es una enfermedad y un parto no siempre requiere una intervención quirúrgica, por eso, el uso abusivo de cesáreas tendrá resultados nocivos para las mujeres.(7)

2.2.3. EVOLUCION DE LAS TASAS DE CESAREA

La tasa de cesáreas puede variar de una país a otro y de una institución a otra. En EE.UU. constituye el principal procedimiento quirúrgico mayor, cuadruplicándose en la década pasada, al grado que de cada cuatro nacimientos actualmente uno es por cesárea. (10) La tasa de cesáreas se mantenía estable hasta la década de los 70 y en ningún momento sobrepasaba el 10%, presentándose un aumento progresivo en las dos últimas décadas. Hasta 1.993 la tasa de cesáreas se mantuvo constante en 22.8% en los Estados Unidos, sin embargo en el periodo de 1.988 a 1.993 la tasa de partos vaginales en pacientes con cesárea previa se vio doblada de 12.6 a 25.4% (11), mostrando esto cierta conducta de los obstetras a ofrecer parto vaginal en las pacientes con cesárea previa.

Esta disminución que muestran algunas áreas geográficas de las tasas de cesárea y el incremento de ofrecer trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa no se ha visto reflejado en un incremento en la mortalidad neonatal. Bottoms refiere otros factores que puedan influenciar en el incremento de las tasas de cesárea, como son la relativa seguridad que representa el procedimiento, con tasas de mortalidad materna bajas. Además se observa una mayor frecuencia de cesáreas en la población obstétrica privada y en las pacientes nulíparas, siendo 3 veces más frecuente que en la multíparas, aunque algunos autores recientemente muestren una tendencia general a disminuir la tasa de cesáreas en la población obstétrica privada. También la población obstétrica que se encuentra en los extremos de la vida principalmente aquellas pacientes con más de 35 años de edad, presentan una tasa más alta de cesáreas llegando a ser incluso dos veces más frecuente que la población de 20-29 años, pero sin existir diferencias en la morbi-mortalidad neonatal entre estos dos grupos poblacionales atribuibles, a un parto por vía vaginal. Es de considerar que un factor bien importante en el

incremento en las tasas de cesáreas representa la retribución de tipo económico para el médico tratante, por lo que Spellacy , propone un sistema denominado "multa-recompensa", donde el obstetra sea retribuido por sus servicios más si realiza un parto vaginal, que una cesárea y el paciente deba además asumir los costos en caso de realizarse un procedimiento que este más allá que la atención de un parto vaginal. Se puede decir entonces que cada obstetra puede tener sus propias estadísticas de cesáreas o partos vaginales con variaciones muy grandes de uno a otro. Informes recientes de algunos centros hospitalarios en el mundo la tasa de cesáreas ha disminuido de un 20.5% a 11.1%; otro autor reporta disminución de 27.3% a 19.5% (12), incluyendo cesáreas de emergencia y electivas, argumentando como razones en primer lugar la tendencia a ofrecer trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa y en segundo lugar a un manejo más activo del trabajo de parto, sin embargo hay diferencias en la población demográfica y en la práctica médica individual.

2.2.4. INDICACION DE CESAREA

A finales de la década de los 70s y durante los 80s, la cesárea previa constituyó la principal indicación para este procedimiento, siendo el 31% del total de cesáreas realizadas; presentando igual tasa que la distocia y trabajos de parto estacionarios. Otras indicaciones de cesárea menos frecuentes la constituyeron la presentación podálica con 12% y el sufrimiento fetal agudo con 5%. Datos del National Natality Survey en EE.UU. (1.980) indican que cerca del 40% de todas las cesáreas fueron realizadas simplemente por la historia de cesárea previa. En 1.989 en EE.UU. el 10.5% a 11.7% de los ingresos de todas las pacientes obstétricas tenían como antecedente cesárea previa, por lo que constituye una población importante. Por lo tanto, un manejo adecuado para este tipo de pacientes lograría disminuir la alta tasa de cesáreas aún vigente. (14)

2.2.5. MORTALIDAD MATERNA POR CESAREA

Toda paciente sometida a un acto quirúrgico mayor, no está exenta de riesgos tanto quirúrgicos como anestésicos y la cesárea no es la excepción. La tasa de

mortalidad por cesárea es de 0.8% siendo las enfermedades asociadas la principal causa de muerte con un 37% del total de fallecimientos directamente relacionados con este procedimiento y en segundo lugar, problemas relacionados con la anestesia con 21% , otras corresponden a trastornos hipertensivos durante el embarazo y sus complicaciones, hemorragia durante el procedimiento quirúrgico, sepsis y embolia pulmonar. (8)

2.2.6. MORBILIDAD MATERNA POR CESAREA

En el momento de definir una cesárea en un embarazo podemos estar ante una edad gestacional diferente a la que hemos calculado, por lo tanto uno de los riesgos bien documentados de cesárea electiva corresponde a la prematuridad iatrogénica como causal de morbi-mortalidad fetal. (10)

2.2.7. PARTO CON CESAREA PREVIA

El parto vaginal en pacientes con cesárea previa es más seguro que el quirúrgico tanto para la madre como para el feto, cuando se trata de una cesárea de tipo segmentaria transversa baja. Sin embargo esta conducta no se observa

en todos los hospitales e incluso en los médicos de diferentes países. El ofrecer trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa puede disminuir substancialmente la tasa total de cesáreas llegando en algunas instituciones a ser menor al 10%. La duración del trabajo de parto en pacientes con cesárea previa es similar a la población nulípara por lo tanto puede seguir las mismas tendencias según las curvas planteadas por Friedman (22), para el manejo del trabajo de parto durante la fase activa. (9) (23)

2.2.8. TASAS DE ÉXITO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

El éxito de parto vaginal en pacientes con cesárea previa puede variar de acuerdo a la indicación con que se realizó la cesárea inicial, observándose tasas de éxito en casos de sufrimiento fetal agudo de 71% a 92%, cesáreas previas por embarazo gemelar con tasas de 72%, presentación podálica con 84% a 91% y falta en el progreso del trabajo de parto con 33% a 78%, siendo esta última una causa de cesárea previa considerada como recurrente, lo que daría tasas más bajas que las demás que serían consideradas dentro de las no recurrentes. Duff (24)

compara pacientes con antecedente de cesárea por distocia encontrando tasas de éxito en parto por vía vaginal de 68%, comparativamente con las pacientes que no fueron llevadas a cesárea previamente por distocia con tasas de 81%. Sin embargo el excluir pacientes con cesárea previa por patología recurrente no se encuentra justificado, pues la eliminación de este grupo eliminaría un gran porcentaje de pacientes candidatas para parto vaginal, sabiendo que la distocia es de las principales indicaciones para realizar cesárea y que más de la mitad de este grupo tendrían éxito de parto por vía vaginal. Otras variables pueden influir de manera significativa en el resultado bien sea el éxito (Parto vaginal) o no éxito (Parto por cesárea), según el estudio realizado por Pickhardt en 1.992 tomando 312 pacientes en el cual encontró como variables estadísticamente significativas el peso estimado fetal por ecografía, la edad gestacional, la indicación de la cesárea previa, el número de partos vaginales previos, el número de cesáreas previas y en los casos donde se realizó inducción del trabajo de parto, los cambios cervicales presentes como la dilatación y el borramiento cervical así como la estación de la presentación

fetal (Puntaje de Bishop). Estas variables como evaluadores pronósticos del resultado final del embarazo tienen un excelente valor predictivo positivo en cuanto al éxito del mismo (94.5%), sin embargo el valor predictivo negativo fue sólo del 33.3% y aquellas pacientes que los indicadores pronósticos para parto por vía vaginal no eran favorables un 66,6% tuvieron un parto vaginal normal. Otras variables analizadas como la raza, edad, talla y peso materno, gravidez, paridad y ruptura prematura de membranas no fueron estadísticamente significativas. Se ha propuesto realizar un sistema en base a puntajes donde se engloben las diferentes variables descritas estableciendo un pronóstico de éxito o falla al ofrecer parto vaginal a las pacientes con cesárea previa. Demianczuk (25), toma 92 pacientes encontrando una tasa de éxito de 54.3% y la principal causa de reintervención quirúrgica por cesárea previa la constituye el trabajo de parto estacionario con 30 pacientes. Además observo una incidencia aumentada en la aplicación de fórceps o partos instrumentados, siendo para el grupo con cesárea previa de 54% y para las pacientes sin cesárea previa de 30%. No se encontró aumento de

mortalidad materna o fetal en las pacientes con cesárea previa sometidas a trabajo de parto.

2.2.9. REQUISITOS PARA EL PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA

Según el protocolo de la operación cesárea del año 1994 del hospital III Daniel Alcides Carrión de Essalud de Tacna, considera que el antecedente obstétrico de cesárea previa, recogida en la primera consulta califica a la paciente como de alto riesgo obstétrico. Las circunstancias que rodean a cada caso deben ser analizadas muy cuidadosamente. Las cesáreas clásicas o corporales han demostrado mayor facilidad para la ruptura que las reglamentarias.

Este accidente (RUPTURA) en lo corporal sucede con frecuencia antes de la iniciación del parto. Por el contrario, las segmentarias se rompen generalmente durante el trabajo de parto. La técnica empleada en la histerrafia y la aparición de infección en el post operatorio, deben investigarse a fondo, pues son factores determinantes de la ruptura uterina en la mayor parte de los casos. El manejo de una paciente

con cesárea previa es que por sí sola no constituye motivo para una nueva operación a menos que la causa de la primera cesárea se repita en el embarazo subsecuente o exista otra indicación para efectuarlo. En este caso se realizara la intervención al iniciarse el trabajo de parto, si el motivo de la primera cesárea no es recurrente, en el embarazo actual se permitirá la prueba de trabajo de parto en un hospital que cuente con banco de sangre, anestesiólogo y garantía de acto quirúrgico en un tiempo no mayor de 30 minutos siempre que reúna las siguientes condiciones:

- ✚ No debe haber otra indicación adicional de cesárea.
- ✚ Debe tratarse de un feto único, en presentación cefálica no deflexionada.
- ✚ El trabajo de parto debe ser cuidadosamente controlado.
- ✚ El peso fetal estimado debe ser menor de 3500 gramos
- ✚ Que no haya antecedente de una operación cesárea clásica o miomectomía previa.

- ✚ Periodo intergenésico corto mayor de 2 años
- ✚ No debe haber antecedentes de puerperio febril, mala consolidación de la herida e infección post cesárea previa. (37)

Toda paciente debe tener pleno conocimiento de los procedimientos a realizar al igual que aceptar los riesgos y los beneficios. Es de anotar que además con una correcta explicación del procedimiento a las pacientes la mayoría (81%) acepta el trabajo de parto. El monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal es de las medidas más importantes debido a que los cambios de la misma puede ser el signo más precoz de inminencia de ruptura uterina. Se ha planteado que el uso de catéteres intrauterinos durante el trabajo de parto pudiese ayudar a diagnosticar precozmente una ruptura uterina debido a la pérdida de la presión intrauterina y así tomar una conducta rápida de evacuación, sin embargo Rodríguez y col. (26) en una revisión de 76 casos de ruptura uterina con 39 monitorizados mediante catéter de presión intra-uterina, demostró que en la mayoría de los casos no se observa el patrón clásico de disminución de la presión dentro del útero y algunas pacientes (10%)

presentan incluso incremento de la línea de base, sin observar diferencias en la morbi-mortalidad materno fetal de ambos grupos, por lo tanto no lo aconseja como método de vigilancia subrayando una vez más que el distress fetal es el hallazgo más común (78%) en caso de ruptura uterina. Algunos autores recomiendan el uso de extractores fetales al vacío para aligerar el periodo expulsivo en las pacientes con cesárea previa. La revisión digital del segmento uterino a nivel de la cicatriz previa es recomendado por algunos con miras a detectar alguna solución de continuidad y revelar la integridad de la misma posterior al parto o realizarla en caso de indicaciones específicas como dolor abdominal, sangrado vaginal excesivo o atonía uterina. Otros autores no encuentran utilidad a este tipo de procedimiento destacando poca sensibilidad en la detección de ruptura uterina. El uso de la ultrasonografía, evaluando el grosor del segmento uterino inferior ha mostrado cierta utilidad en estudios prospectivos recientes (27), encontrando que la incidencia de ruptura uterina es inversamente proporcional al grosor del segmento uterino mediante examen ecográfico, con un punto de corte de 3.5 mm, dando así valores predictivos

positivos de 11.8% y valores predictivos negativos de 99.3%, sin embargo se considera que faltan más estudios al respecto.

2.2.10. CONTRAINDICACIONES PARA PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA

Solamente 15.6% de las pacientes con cesárea previa tienen contraindicaciones relativas o absolutas para realizar trabajo de parto y parto por vía vaginal. Son absolutas aquellos casos de cesárea corporal clásica o cesárea en "T" invertida, así mismo como una dehiscencia de una cicatriz uterina previa que requirió reparo de la misma (21), esto se hace incluso para las "ventanas" de cualquier tipo. Contraindicaciones relativas como dos o más cesáreas previas (17), cicatriz uterina de tipo desconocido, embarazos gemelares o macrosomía fetal diagnosticada previamente por exámenes ultrasonográficos. Dos o más cesáreas previas se presenta solo en el 2.3% de la población obstétrica (13), debido tal vez a que en un procedimiento quirúrgico inicial es probable que la paciente acepte la ligadura tubaria como método definitivo de planificación. El tener dos cesáreas previas puede no considerarse como una

contraindicación y puede ser una alternativa razonable para determinado grupo de pacientes, con tasas de éxito similares a las pacientes con una sola cesárea previa (75.3%), otros no la recomiendan encontrando 3 veces más frecuencia de ruptura uterina. En estudios realizados con fetos macrosómicos son controvertidos y la presencia de un feto con un peso ecográfico estimado mayor de 4.000 gramos no aumenta la morbi-mortalidad perinatal, en pacientes con cesárea previa se observa en ciertos trabajos una disminución en la tasa de partos vaginales en fetos macrosómicos (43% vs. 58%) aunque otros autores no reportan diferencias en el resultado del embarazo con pesos estimados fetales de más de 4.000 g (73%) vs. menos de 4.000 g (76%). La sobredistensión uterina ocasionada por un embarazo gemelar o un polihidramnios puede no estar asociada a un mayor índice de rupturas uterinas. Presentaciones en podálica y embarazos gemelares puede no ser considerada como contraindicación absoluta y puede ofrecerse parto vaginal sin riesgo, sin embargo otros argumentan que al realizar la manipulación para lograr extraer el feto en podálica, puede llegar a convertir un

pequeño defecto uterino o una ventana en una ruptura uterina completa, pero faltan más datos al respecto. La localización de la placenta no se sabe si pueda influenciar en el desarrollo de ruptura uterina cuando se encuentra implantada sobre la cicatriz uterina, trabajos pertinentes consideran que tal caso se pueda asociar a ruptura del útero y a pérdidas hemáticas mayores, pero no hay datos conclusivos actualmente. No se encontraron estudios donde el antecedente de una infección intra-amniótica o el desarrollo de una endometritis pos cesárea puedan influir de manera adversa la tasa de complicaciones maternas al ofrecer trabajo de parto en los embarazos siguientes. Cuando se trata de una cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja el permitir un trabajo de parto es una alternativa más segura que una cesárea automática subsiguiente y toda paciente con este tipo de incisiones uterinas previas deben considerarse aptas para un parto por vía vaginal, pues el riesgo de ruptura uterina es muy bajo y no está asociado con serias complicaciones. (20)

2.2.11. COMPLICACIONES MATERNAS DEL PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA

Desde mucho tiempo la complicación más temida por los obstetras al ofrecer parto vaginal con cesárea previa es la ruptura uterina. Las definiciones de los diferentes tipos de ruptura uterina (15) a saber son:

DEHISCENCIA: Corresponde a una "ventana", la solución de continuidad uterina no compromete el peritoneo y no hay vaciamiento de su contenido.

RUPTURA INCOMPLETA: Abertura de la cicatriz con expulsión del contenido uterino sin compromiso del peritoneo.

RUPTURA COMPLETA: Hay expulsión del producto y ruptura del peritoneo.

Hay que diferenciar entre los diferentes tipos de ruptura uterina pues en los casos de dehiscencias o "ventanas" por lo general tienen poca significancia clínica y no presenta resultados adversos fetales-neonatales, mientras que la ruptura completa se puede acompañar de alta morbi-mortalidad materno-fetal. (28) Hay numerosos

signos clínicos descritos en la literatura que puedan indicar ruptura uterina, algunos de manera precoz, como es el caso de cambios en la frecuencia cardiaca fetal principalmente desaceleraciones variables que se profundizan y se convierten en tardías, pudiéndose constituir en el único signo de inminencia de ruptura uterina ; el segundo signo más precoz es el dolor entre las contracciones de manera persistente y progresivo en cuanto a severidad, no existe entonces periodo de dolor ausente durante los periodos de reposo uterino sobre todo a nivel de la parte inferior del abdomen, sin embargo este hallazgo puede generar confusión pues su interpretación es de carácter subjetivo y otros lo consideran como un pobre indicador ; otros signos son la hemorragia vaginal abundante, pero hay que tener en cuenta que este sangrado puede hacerse hacia los ligamentos o la cavidad abdominal haciéndose escaso externamente y presentar un cuadro progresivo de choque hipovolémico sin sangrado externo; el dolor que persiste a pesar de la analgesia peridural, hematuria macroscópica, perdida de las contracciones, retroceso de la presentación, anillos de contracción a nivel segmentario y muerte fetal son

otros hallazgos que pueden encontrarse en casos de ruptura del útero. La incidencia de ruptura uterina en pacientes con cesárea previa oscila en 02.6% , incluyendo casos de dehiscencia. En un estudio multicéntrico realizado en EE.UU. se reportaron 8 casos de ruptura uterina con una incidencia muy baja del 0.7% con ninguna muerte materna atribuible y 3 complicaciones dadas por dos casos de sufrimiento fetal agudo y una histerectomía. Golan hace una extensa revisión de rupturas uterinas encontrando 93 rupturas de 126.713 partos analizados con una incidencia de uno por cada 1.362 (0.73%), dentro de las cuales se incluyen pacientes con y sin cesárea previa, encontrando factores asociados como el uso inadecuado de oxitócicos (42%), desproporción cefalo-pélvica (40%), gran multiparidad (31%) y abruptio de placenta (18%) La ruptura más frecuentemente encontrada fue la transversa segmentaria. La mortalidad materna fue de 9.7% con una mortalidad fetal de 22%. El manejo inicial abordado en todas las pacientes fue la resucitación y restauración de la volemia, posteriormente individualización de cada caso en la sala de operaciones de acuerdo al tipo de lesión,

localización y extensión así como el deseo reproductivo de la paciente. En el estudio 75% de las pacientes requirió histerectomía de las cuales 36% fueron sub-totales; el resto se realizó reparo del desgarro uterino. En caso de presentarse una ruptura uterina esta puede corresponder a una dehiscencia que se encuentre asintomática por lo que no ameritaría manejos posteriores que cicatrizaría por segunda intención. En caso de presentarse una ruptura uterina de dimensiones mayores estaría abocada la histerectomía y o el reparo de la misma mediante laparotomía. Otro autor en una revisión de 162 casos de ruptura uterina encontró una mortalidad materna de 13.5% con una mortalidad fetal muy elevada de 76.1%, encontrando además que en las pacientes sin cesárea previa cuando presentan ruptura uterina por lo general son multíparas. La ruptura uterina en pacientes con cesárea previa es un evento raro y los datos que se han registrado en la literatura corresponden a millares de partos ofrecidos por lo que en la mayoría de los artículos de revisión no se encontró algún tipo de muerte materna atribuible al parto vaginal con cesárea previa. Como tampoco incrementos en

la morbilidad materno fetal. No hay aumento en la incidencia de complicaciones maternas de las pacientes con cesárea previa que fueron sometidas a trabajo de parto en cuanto a pérdida sanguínea o hemorragia pos parto. Es necesario entonces colocarnos en la balanza del riesgo-beneficio para la paciente llegando a la conclusión que una cesárea electiva presenta mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal que un parto vaginal, siendo la ruptura uterina en el último de los casos un evento raro que en suma no sobrepasa los riesgos de realizar un procedimiento quirúrgico mayor como es la cesárea. Por lo tanto podría constituirse un nuevo axioma: "Después de una cesárea puede ocurrir un parto vaginal". (18)

2.2.12. COMPLICACIONES FETALES DEL PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA

No hay diferencias entre ambos grupos de pacientes, aquellas con parto vaginal o cesárea en los resultados perinatales en cuanto a puntajes de APGAR al minuto y a los cinco minutos y al pH del cordón umbilical. (19) El APGAR al minuto fue mayor de 8 en el 97% de las pacientes con parto y cesárea previa. Miller (13) en un estudio a 10 años en el

que incluye 17.322 pacientes con cesárea previa de las que el 73% se les ofreció prueba de trabajo de parto con una tasa de éxito de 82% solo observó una incidencia de 0.7% en rupturas uterinas y solo 3 casos de muerte fetal atribuible a la ruptura uterina (0.24%).

2.2.13. INDUCCION Y CONDUCCION DEL PARTO CON CESAREA PREVIA

El uso de oxitócicos en pacientes con cesárea previa no se encuentra contraindicado y no se asocia a incrementos en el riesgo de ruptura uterina. El colegio americano de ginecología y obstetricia afirma que se puede utilizar de una manera segura sin aumentar el riesgo materno-fetal. Tampoco se encontró variaciones en las puntuaciones de Apgar en el grupo de pacientes con uso de oxitócicos. (21) Flamm demuestra que el uso de oxitócicos en este tipo de pacientes oscila entre el 27%. (28) MacKenzie en un estudio de 143 pacientes con el uso de prostaglandinas a nivel cervical en forma de gel no encontró ningún tipo de complicación materna o fetal considerándolo un método seguro y eficaz sobre todo

cuando existe un cérvix inmaduro para realizar inducción oxitócica, con una tasa de éxito en parto por vía vaginal de 68%, si el cérvix presenta un índice de Bishop favorable la tasa de éxito es del 76%. (29)

Estas conclusiones son corroboradas por otros autores, sin incrementar la morbilidad neonatal o el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, así mismo el uso de este medicamento no se asoció a un incremento mayor de rupturas uterinas.

En estudios comparativos con primigrávidas y pacientes con cesárea previa el uso de prostaglandinas a nivel cervical no demostró diferencia alguna demostrando así seguridad en la inducción del trabajo de parto. En grandes multíparas se ha intentado estimulación del pezón como método de inducción del trabajo de parto con éxitos variables, encontrando tasas de éxito en parto por vía vaginal del 84% y recomendándolo también como método seguro y eficaz para este tipo de pacientes. (30)

2.2.14. ANALGESIA OBSTETRICA EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

La principal preocupación del uso de la anestesia regional es el riesgo de enmascarar el dolor durante una ruptura uterina. Otras preocupaciones son la parálisis simpática que puede atenuar la respuesta a la hemorragia en caso de producirse la ruptura y la hipotensión causada por la anestesia epidural que puede confundirse con ruptura uterina, pero existen signos clínicos más seguros de una posible ruptura uterina como son los cambios en la frecuencia cardiaca fetal que no se ven alterados con el uso de este procedimiento. Por lo tanto el uso de analgesia epidural obstétrica durante el trabajo de parto en pacientes con cesárea previa no se encuentra contraindicado y puede ser aceptado. (21)

2.2.15. OTROS BENEFICIOS DEL PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA

El tiempo de estadía hospitalaria es substancialmente menor en pacientes que tienen parto por vía vaginal (Promedio de 2.1 días) que las intervenidas por cesárea (Promedio de 5.3 días). Los costos institucionales son mucho menores cuando se adopta la política de ofrecer parto vaginal con cesárea previa; para 1.985 en EE.UU. los costos por realizar cesáreas electivas en pacientes con cesárea previa sobrepasaban los 500 millones de dólares. Comparando el grupo de pacientes con cesárea previa que tuvieron parto vaginal con aquellas pacientes llevadas a cesárea electiva se observó menor morbilidad en el primer grupo lo que disminuye costos y estancia hospitalaria. (16) En un estudio multicéntrico (31) se tomaron 7.229 pacientes de los cuales al 70% se les ofreció trabajo de parto y al 30% restante se realizó cesárea electiva; la tasa de rupturas uterinas fue menor al 1% en el primer grupo sin asociarse a muertes maternas relacionadas a la

ruptura, mientras que la estadía pos parto en el hospital, la incidencia de transfusiones sanguíneas y de fiebre pos parto fue significativamente menor en las pacientes llevadas a trabajo de parto con una tasa de éxito general en parto vaginal del 75%.

2.2.16. PARTO EUTCICO

Es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebé y anexos del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.(32)

2.2.17. TRABAJO DE PARTO

Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, que tienen por objeto la expulsión del producto mismo de

la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto en la mujer). (33)

CLASIFICACIONES:

Según la edad de la gestación en que ocurre el parto se clasifica:

x PARTO INMADURO.- entre las 20 a las 28 semanas

x PARTO PRETERMINO O PREMATURO:- Entre las 28 y las 36 semanas.

x PARTO DE TERMINO:- Entre las 37 y 40 semanas.

x PARTO POSTERMINO.- Después de la semana 42 en adelante.

Por la su forma de inicio.-

x ESPONTÁNEO.- Cuando se desencadena el trabajo de parto en forma normal acorde con los mecanismos fisiológicos materno-gestación.

x INDUCIDO.- Cuando se utiliza alguna técnica médica como sería la Maduración Cervical usando Prostaglandinas PG2alfa, o Inducción con medicamentos oxitócicos.

CUADRO CLINICO.-

Previo al ingreso de una paciente a la Sala de Trabajo de Parto o Labor, que sea candidata a estar en ese lugar por no tener factores de riesgo descontrolado, y se encuentre con un embarazo de termino se deberán practicar una evaluación adecuada de la pacientes que incluyan las Maniobras de Leopold y exploración vaginal en forma manual para determinar:

x La Presentación del Producto.- Que es cefálica o podálica, y que entendemos como la parte del producto que se presenta al estrecho superior de la pelvis y es capaz de desencadenar un trabajo de parto.

x Orientación Fetal.- Que es la relación del eje longitudinal del producto en relación al de la madre, puede ser Longitudinal o Transverso de dorso Superior o Inferior.

x Posición.- La cual se definido como la relación del punto toconómico de la presentación fetal con el lado izquierdo o derecho de la madre (Pelvis). En la presentación cefálica el punto toconómico es el

Occipucio, y la cara es el Mentón, y en la P. pélvica es el sacro.

Ejemplo: Occípito derecha o izquierda.

x Variedad de posición.- Es la relación del punto toconómico de la presentación en relación a la parte anterior y posterior de la pelvis materna. Ejemplo: Occípito-anterior o Posterior.

Así mismo se deberá corroborar por metodología clínica, Historia Clínica, y exploración física abdominal y vaginal la edad gestacional del producto para valorar la mejor vía de terminación del embarazo, para brindarle un mejor beneficio neonatal al producto, preservando la integridad materna. Para el cálculo de la edad gestación se aplicaran la Regla o Método de Nagele que usa la fecha de última menstruación para determinar la edad gestacional en la siguiente forma: a la Fecha de última menstruación se le restan 3 meses y se suman 7 días. Así mismo si el control prenatal fue adecuado el análisis de los estudios de Ultrasonido realizados.

Se deberá determinar así mismo un cálculo clínico del peso de producto usando el método de Jonson que indica que el peso en gramos del producto es igual a $n \times 155$. De donde a es igual a altura uterina, n_{12} si el vértice del producto está por arriba de las espinas isquiáticas y n_{11} cuando el vértice del producto está por debajo de las espinas isquiáticas.

Determinar la frecuencia cardiaca fetal por minuto, para lo cual de elección es el Uso de Equipos médicos Doppler o en su defecto el estetoscopio de Pinard.

Cuando una paciente reúna los requisitos para ingresar a la sala de Labor, dicho trabajo de parto será monitorizado de acuerdo a los lineamientos emitidos por la literatura médica mundial y las aportaciones mexicanas.

Se deberán realizar la toma de signos vitales, toma de peso, recabar muestras para laboratorio como biometría hemática, aseo vulvovaginal, cambio

de ropa limpia y confortable, brindar asesoría a la paciente a su ingreso sobre el trabajo de parto y obtener la firma de conocimiento y de informes consentidos que demanda la norma oficial mexicana 186 del expediente clínico. (34)

FASES.

El mecanismo del trabajo de parto se ha llevado al cabo desde la aparición del ser humano en faz de la tierra, sin embargo gracias a los trabajos del Dr. Friedman quien analizó cientos de trabajos de parto, logró matematizar el mismo, y en base a sus conclusiones logró llevarlas a una gráfica cosa imposible hasta ese entonces.

De estos estudios se obtienen los conocimientos que permiten saber que existen las siguientes fases y el médico en sala de labor determinará la fase, el periodo clínico y en que proceso del mecanismo del trabajo de parto se encuentre el producto y la paciente.

x Fase latente o prodrómica.- que es cuando se llevan al cabo fenómenos bioquímicas que condicionan cambios morfológicos del cérvix uterino secundarios a cambios en el patrón de las contracciones uterinas. Por lo general esta que se alcanzan 2 o 3 centímetros.

x Fase Activa.- o de aceleración máxima.- Cuando el proceso de dilatación cervical se establece y produce un ritmo de contracciones uterinas y dilatación cervical en promedio 4 centímetros.

x Fase de Declive Máximo.

x Fase de Desaceleración

Así el Trabajo de Parto se divide en forma clínica en los siguientes periodos:

x Primer Periodo clínico.- Que es cuando se inician las contracciones uterinas que con cierto ritmo e intensidad y frecuencia producen modificaciones cervicales.

x Segundo Periodo.- Que va desde que se alcanza la dilatación completa del cérvix uterino hasta la expulsión del producto.

x Tercer Periodo: o de Alumbramiento, que abarca la expulsión de la placenta y membranas corioamnióticas.

Durante el Trabajo de Parto se analizará que el producto desarrolle un Mecanismo de expulsión o de Trabajo de parto el cual se anotará en el denominado Partograma y que ha sido teóricamente subdividido en:

x Encajamiento

x Flexión

x Descenso

x Rotación Interna

x Extensión

x Rotación externa.

A si mismo durante la exploración ginecológica de la paciente se deberá analizar el tipo de pelvis la cual será clasificada en 4 tipos genéricos:

x Ginecoide

x Antropoide

x Platipeloide

x Androide

PATOLOGIA

Durante el trabajo de parto se pueden encontrar anomalías de origen materno como son, estados hipertensivos, diabéticos, obesidad mórbida, etc.

Anormalidades de la pelvis materna o algún tipo que no permita el trabajo de parto en forma natural y espontánea.

Anormalidades del mecanismo del trabajo de parto, variedad de posición persistente, falta de descenso del producto, presentaciones pélvicas, o mixtas.

O alteración de alguna de sus fases: como pudieran ser; fases latentes prolongadas, fases activas prolongada, partos precipitados.

PARTOGRAMA O GRAFICA DEL TRABAJO DE PARTO.

Con este cual se evalúa la Prueba de Trabajo de Parto, determinándose que cuando la curva de trabajo de parto cumple en tiempos previamente determinados para cada uno de los periodos, fases y el mecanismo del producto, se deberá dejar continuar el mismo.

Cuando estos mecanismos, fases y periodos no se lleven al cabo en forma adecuada deberá analizarse la situación en forma conjunta para determinar que tipo de anomalía o dificultad existe, conocido esto como DISTOCIA, y si es posible corregirla y continuar con la evolución de trabajo de parto o este se interrumpa por Operación Cesárea o como Parto Quirúrgico (Fórceps).

Sin embargo cuando se presentan algunas anomalías deberán usarse equipo biomédico como es el Registro Cardiotocográfico para evaluar la reserva Feto placentaria, y cuando se detecten trazos anormales

ejemplos: silentes, deceleraciones tardías, taquicardias o bradicardias, se deberá interrumpir el trabajo de parto por vía Abdominal o Operación Cesárea.(35)

2.2.18. CESÁREA

Una cesárea es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas. No se debe confundir con la episiotomía, que es una incisión en el periné para facilitar el parto. La cesárea se hace por encima de la pelvis.(36)

2.2.19. TIPOS DE CESAREA

a) CESAREA SEGMENTARIA:

TRANVERSAL (TIPO MONRO KERR): la incisión se hace transversalmente en el segmento uterino en una zona pasiva del órgano con pérdida sanguínea escasa y mejor cicatrización.

LONGITUDINAL (TIPO LEE BECK): se hace con una incisión baja longitudinal que abarca el segmento y parte del cuerpo uterino.

b) CESAREA CORPORAL O CLASICA: secciona el útero a nivel dl cuerpo, o sea en la parte más activa del órgano, tiene como complicaciones mayor sangrado y dehiscencia de cicatriz en nuevos embarazos; se indica cuando hay densas adherencias por operación anterior que hacen inaccesible el segmento uterino, feto en transverso y placenta previo de inserción anterior. (37)

2.2.20. INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESAREA

a) EXTRACCIÓN FETAL URGENTE EN EL TRABAJO DE PARTO:

- Sufrimiento fetal agudo
- Procidencia de cordón umbilical
- Presentación impactada.

b) TERMINACIÓN RÁPIDA DEL PARTO POR COMPLICACIÓN O INTERCURRENCIA SEVERA EN INTETRES DE LA MADRE:

- Eclampsia
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Amenaza de ruptura uterina
- Cardiopatía descompensada
- Tuberculosis avanzada.

c) OBSTÁCULOS EN EL CANAL DE PARTO:

- Incompatibilidad o desproporción feto/pélvica
- Presentación anormales, situación transversa, presentación de frente
- Trabajo de parto disfuncional
- Tumores previos

d) FACTORES QUE HACEN PELIGROSA LA VIA BAJA:

- Placenta previa
- Cesárea iterativa
- Cáncer de cérvix
- Procesos vulvovaginales hemorrágicos
- Infección vulvovaginal: herpes genital, condilomatosis

- Anomalías congénitas del canal vaginal.

e) EXTRACCIÓN FETAL, PROFILÁCTICA ANTES DEL PARTO (FETO VALIOSO):

- Diabetes

- Enfermedad hipertensiva del embarazo

- Muerte fetal habitual

- Eritroblastosis fetal

- Embarazo prolongado

- Sufrimiento fetal crónico.(37)

2.2.21. CIERRE DE LA OPERACIÓN CESAREA

Incisión uterina: en general, el útero se cierra en dos capas usando una sutura sintética absorbible. Existe cierta evidencia de que el cierre en un solo plano es igualmente efectivo sin morbilidad adicional, con la ventaja de acortar el tiempo operatorio y disminuir el uso de material de sutura. Una parte del estudio CAESAR comparó al azar los cierres en uno o dos planos. NICE recomienda el cierre simple solo en el contexto de dicho estudio. Es posible que algo de decidua quede incluido en la herida. La guía de NICE recomienda que el útero permanezca intraperitoneal durante

el cierre, aunque puede ser exteriorizado si se producen extensiones de los ángulos; esto permite una mejor visualización de la extensión del trauma, la cual puede llegar hasta el ligamento ancho. La incisión clásica requiere el cierre en tres planos debido a su grosor y vascularidad. Inicialmente, se hacen suturas continuas interrumpidas seguidas del cierre del miometrio. El tercer plano cierra el miometrio restante y la serosa antes de ajustar las suturas continuas.

Peritoneo: la evidencia indica que no es necesario el cierre del peritoneo ya que a las 48-72 horas se produce la reparación espontánea del mismo. La falta de cierre permite:

- Acortar el tiempo quirúrgico
- Menor morbilidad febril posoperatoria
- Menos dolor

El cierre del peritoneo puede aumentar el riesgo de formación de adherencias. Se recomienda asegurar el control de la hemostasia en los bordes peritoneales. Si

existen dudas, se debe proceder al cierre. No se han evaluado los efectos a largo plazo.

Cierre de la vaina del recto y de la aponeurosis subcutánea: la vaina del recto se cierra con una sutura sintética, que puede ser absorbible o no absorbible. La aponeurosis subcutánea no necesita cerrarse a menos que haya más de 2 cm de tejido. Luego debe ser aproximada usando puntos interrumpidos flojos para cerrar el espacio muerto. El uso de drenaje depende de la preferencia del operador (NICE no recomienda el uso sistemático de drenajes superficiales). El drenaje debe quitarse luego de 24 horas, cuando ya el líquido tiene aspecto seroso.

Cierre de la piel: no existe buena evidencia de que una forma de cierre sea mejor que la otra, más bien depende de la preferencia del cirujano o la paciente. Las grampas tienen la ventaja de ser más rápidas de colocar pero son menos estéticas.(38)

2.2.22. COMPLICACIONES DE UNA OPERACIÓN CESAREA

Hemorragia: puede estar relacionada con la atonía o el trauma. Muchos servicios de obstetricia utilizan una infusión de oxitocina luego del parto por cesárea para reducir la incidencia de atonía. Controlar si se ha producido la extensión de los ángulos del útero o un hematoma en el ligamento ancho. El útero puede ser liberado de la cavidad peritoneal para ayudar a la exposición.

Tónicos uterinos: ergometrina, carboprost, misoprostol. El taponamiento con balón (por ej. De Bakri) funciona principalmente comprimiendo el lecho de la placenta y debe aplicarse junto con un tónico uterino.

Procedimientos quirúrgicos que ayudan a controlar la hemorragia:

- Sutura compresiva del útero de B-Lynch
- Ligadura de la arteria y la vena uterinas
- Ligadura de la arteria ilíaca interna
- Histerectomía

Puede ser de utilidad la radiología intervencionista pero es difícil que haya personal entrenado en el momento de la emergencia. Es muy importante estar en comunicación con el transfusionista.

Lesión de la vejiga: su incidencia es de 0,1% pero aumenta si ha habido una operación cesárea previa. Se repara con suturas de ácido poliglicólico. Su integridad se prueba instilando una fórmula con leche o azul de metileno. Se dejará una sonda de Foley durante 7 a 10 días. Las secuelas son raras. El urólogo debe descartar la lesión del triángulo.

Lesión del uréter: su incidencia es de 0,03%. Se produce por la extensión de los ángulos de la incisión uterina causando hemorragia grave. Se requiere la participación del urólogo.

Complicaciones posoperatorias

Hemorragia: suele producirse en el posoperatorio precoz por atonía. Requiere transfusión, evacuación de los coágulos del útero y el cuello y la administración de uterotónicos. La hemorragia tardía se asocia con endometritis y requiere antibióticos de amplio espectro. La posibilidad de retención de tejido placentario es muy baja por lo que deberá evitarse la exploración uterina en presencia

de una cicatriz. La evaluación ecográfica del útero no es de gran ayuda al comienzo del puerperio pues puede confundirse un coágulo con tejido placentario retenido.

Infecciones: incidencia $\leq 10\%$. Hay mucha evidencia de que una sola dosis de antibióticos en el momento de la cirugía reduce la incidencia de endometritis e infecciones de la herida y urinarias. NICE recomienda una cefalosporina de primera generación o ampicilina.

Tromboembolismo venoso: la profilaxis posquirúrgica es importante. Se usan medias elásticas y heparina de bajo peso molecular. La duración de la profilaxis depende de los factores de riesgo y la dosis, del peso de la paciente.(39)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Punto Toconómico: Punto de referencia del feto en la presentación para conocer la posición.(40)

Estetoscopio De Pinard: es un aparato acústico usado en medicina, fisioterapia, enfermería, kinesiología, fonoaudiología y veterinaria, para la auscultación o para oír los sonidos internos del cuerpo humano o animal. Generalmente se usa en la auscultación

de los ruidos cardíacos o los ruidos respiratorios, aunque algunas veces también se usa para objetivar ruidos intestinales o soplos por flujos anómalos sanguíneos en arterias y venas. El examen por medio del estetoscopio se llama auscultación (41)

Fase De Declive Máximo: la dilatación alcanza su máxima velocidad (42)

Fase De Desaceleración: la dilatación se hace mucho más lenta. Es una fase muy breve y ocurre antes de que se complete la dilatación. (42)

Encajamiento: el diámetro de la cabeza del feto que va desde un hueso parietal al opuesto, llamado diámetro biparietal, alcanza el estrecho superior de la pelvis a nivel de las espinas isquiáticas. Por lo general ocurre en la fase tardía del embarazo, justo al iniciarse el trabajo de parto.(43)

Flexión: la cabeza del feto se flexiona, de modo que el mentón fetal hace contacto con su pecho, al encontrarse el primer punto de resistencia del piso pélvico. (43)

Descenso: ocurre por acción de la gravedad una vez dilatado el cuello uterino, así como de las poderosas contracciones uterinas y

de los músculos abdominales maternos. El descenso tiende a ser lentamente progresivo basado en la estructura pélvica materna.
(43)

Rotación Interna: ocurre en el estrecho medio de la pelvis, cuando el feto, al continuar su descenso, hace una rotación de 90° en el sentido contrario a las agujas del reloj, de modo de adaptarse a la configuración romboidal de los músculos del piso pélvico, entre el músculo elevador del ano y los ileocoxígeos. Así, la cara del bebé está dirigida mirando hacia el recto materno.(43)

Extensión: la cabeza del feto atraviesa el canal del parto, se extiende de tal manera que la frente se desplaza primero por el orificio vulvar. La cabeza está por debajo de la sínfisis púbica y ha distendido al máximo el perineo. (43)

Rotación Externa: una vez que ha salido la cabeza, se gira 45° para restaurar su posición original antes de la rotación interna y quedar en posición normal en relación con los hombros. Se denomina por ella la restitución, haciendo el paso de los hombros más factible.(43)

Expulsión Fetal: el hombro púbico tiende a salir primero, seguido por el hombro perineal. El resto del cuerpo sale por sí solo con una leve impulsión materna.(43)

Pelvis Ginecoide: Es la pelvis más favorable para el parto natural.

Estrechos. El estrecho superior tiene forma muy ligeramente ovoidea, con el segmento anterior amplio y redondeado igual el segmento posterior y el diámetro transversal en forma redondeada o ligeramente elíptico. (44)

Pelvis Antropoide: Tiene la forma de la pelvis ginecoide rotada 90 grados, es decir un óvalo o elipse antero-posterior, común en mujeres de raza negra.(44)

Pelvis Platipeloide: Estrechos. El estrecho superior es oval en sentido transversal, con el segmento anterior y el posterior amplios y redondeados. Las escotaduras sacrociáticas son estrechas, mediana inclinación de la curvatura del hueso sacro.(44)

Pelvis Androide: Es la forma característica de la pelvis masculina y cuando se encuentra en mujeres, es más común verla en la raza blanca. Los diámetros de la pelvis androide se caracterizan por tener un diámetro transversal acortado por la convergencia de las

paredes de la pelvis, así como un diámetro anteroposterior acortado por la inclinación hacia adelante del hueso sacro. Este tipo de pelvis no es nada favorable para un parto natural.(44)

Sufrimiento fetal crónico: El sufrimiento fetal crónico se produce cuando la falta de oxigenación y de aporte de nutrientes se instala en forma lenta, dándole tiempo al bebé a acostumbrarse a este medio desfavorable. Generalmente se asocia con disminución del crecimiento del bebé, es decir bebés con menor peso para su edad gestacional y la causa más frecuente es la hipertensión arterial, pero puede darse por otras razones.(45)

Eritroblastosis fetal: se desarrolla en un feto cuando la madre y el bebé tienen grupos sanguíneos diferentes. La madre produce sustancias llamadas anticuerpos que atacan los glóbulos rojos del bebé en desarrollo.

Los anticuerpos de la sangre materna pasa al bebe a través de la placenta. La forma más común de eritroblastosis fetal es la incompatibilidad ABO, que puede variar en su severidad.

La forma menos común se denomina incompatibilidad Rh, que muy a menudo causa una anemia muy grave en el bebé.(46)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio, según la clasificación de Canales F. y Campos A. la investigación fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, están dirigidos a determinar la situación de las variables que se estudió en la población asignada, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno; es retrospectivo porque se registró información sobre hechos ocurridos anteriormente al diseño del estudio y transversal porque estudia las variables simultáneamente en determinado momento.

3.2. Diseño de la investigación

El presente es un estudio Descriptivo, no experimental, retrospectivo corte transversal.

3.3. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE Cesárea previa	Cesárea previa	Si No	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE Tipo de parto	Terminación del embarazo	Parto eutócico Parto distócico	Nominal
VARIABLE INTERVINIENTE Edad Gravidez	Edad	. 19- 25 . 26-35 . 36-42	Nominal nominal

Nro de partos vaginales	NRO DE EMBARAZOS	.Segundigesta: ha gestado 2 veces .Multigesta: ha gestado más de dos veces	nominal
	Parto vaginal	. ninguno . 1-2 p. vag. . 3 a más	nominal
	Indicación Cesárea previa	Parto disfuncional .Sufrimiento fetal .Desproporción céfalo pélvica .Pre eclampsia o eclampsia .otras	Nominal
Indicación de la cesárea actual	Indicación de la cesárea actual	.Parto disfuncional .Sufrimiento fetal	Nominal

Datos del recién nacido	Peso del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> .RPM prolongado .oligohidramnios severo . otras < de 2500 gramos 2500 - 3000 gramos 3001 – 3500 gramos Más de 3500g 	nominal
	Apgar al minuto	<ul style="list-style-type: none"> 4-6 7-10 	nominal
	Apgar a los 5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> 4-6 7-10 	nominal
	Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • 37-38 sem • 39-41 sem 	nominal

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Representado por el número total de pacientes gestantes con antecedente de cesárea previa que fueron 192 atendidas en el hospital III Daniel Alcides Carrión de Essalud de Tacna - junio 2012 a junio 2013.

Durante este período en general se atendió 1374 partos, de ellos 852 por vía vaginal y 522 por cesárea.

3.4.2. Muestra

Se tomó como muestra a 113 casos de pacientes con cesárea previa que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

a) Criterios de inclusión

- Pacientes que ingresaron al hospital en el periodo comprendido de junio 2012 a junio 2013
- Pacientes con antecedente de una cesárea previa
- Gestantes a término con feto único vivo y presentación cefálica

b) Criterios de exclusión:

- Cesárea electiva programada
- Gestantes con dos o más cesáreas previas
- Gestantes con embarazo menor a 37 semanas de gestación.
- Gestantes con Embarazo múltiple
- Gestantes con patología materna o fetal que contraindique un trabajo de parto
- Complicaciones médicas y obstétricas que impidieron el parto vaginal (placenta previa, desprendimiento prematuro de membrana, preeclampsia severa, eclampsia.
- Macrosomía fetal
- Presentaciones distócicas
- Periodo intergenesico corto

3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se empleó la técnica del análisis documental, sirviéndonos para ello de documentos descritos como son. Historias clínicas, Ficha de registro de cesárea y Libro de Registro de Partos, de los cuales se obtendrá la información necesaria para la presente investigación a través de una ficha pre elaborada conteniendo. (Ver anexo)

3.6. Procesamiento de datos

Para interpretar los datos se utilizarán:

- Medidas estadísticas descriptivas.
- La presentación de los datos se hará de dos formas: presentación tabular (tablas) y presentación gráfica (barras simples).
- Se utilizará el programa SPSS versión 21. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa especializado en procesamiento y generación de estadísticas SPSS

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA N° 01

**GRUPO ETAREO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE
ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO
DEL 2013**

GRUPO ETAREO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	NRO.	%
19-27	20	17,7
27-35	64	56,6
35-42	29	25,7
Total	113	100

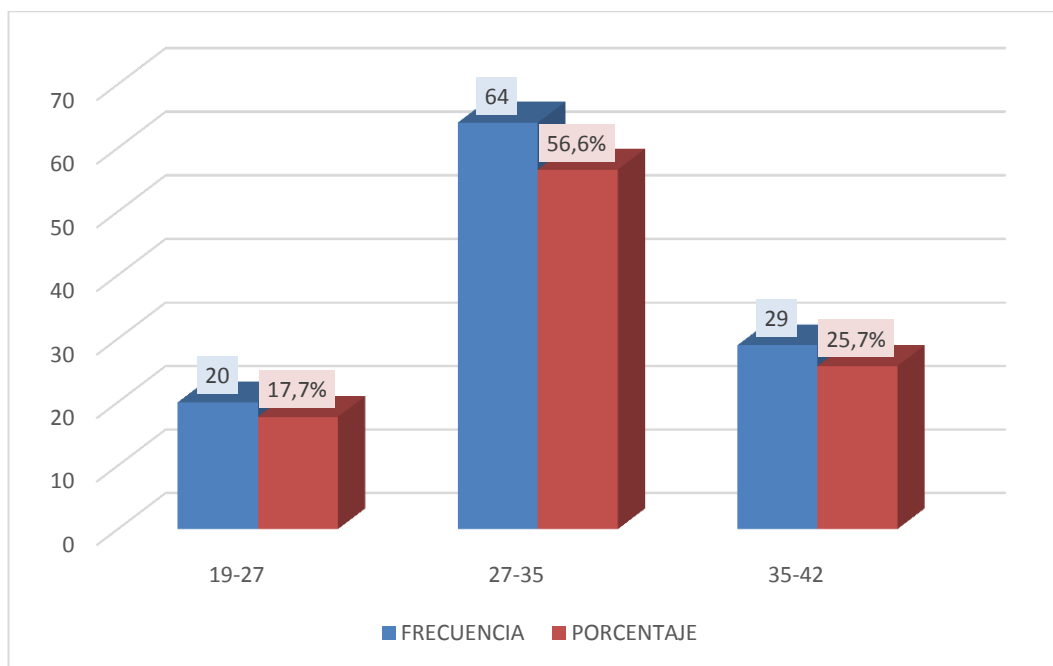
FUENTE: Historias clínicas y ficha de recolección – Hospital III DAC

INTERPRETACIÓN

La tabla y el gráfico N° 01, se observa que el mayor porcentaje de los casos corresponde al grupo etareo entre 27 a 35 años en un 56,6%, y vemos los dos grupos etareos restantes con una diferencia de 8%, el grupo de 19 a 27 años con un 17,7% y de 35 a 42 años con un 25,7% respectivamente.

GRÁFICO N° 01

GRUPO ETAREO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013



FUENTE: Tabla N° 01

TABLA N° 02

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013

TERMINACION GESTACION	Frecuencia	Porcentaje
	NRO.	%
EUTOCICO	62	54,9
DISTOCICO	51	45,1
TOTAL	113	100

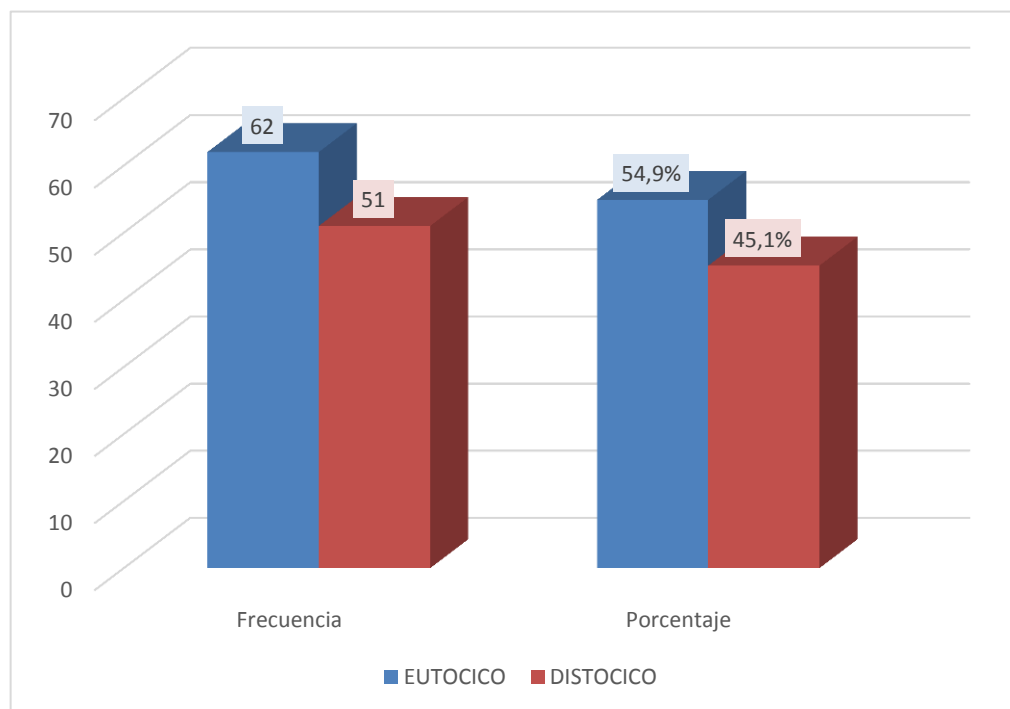
FUENTE: Historias clínicas y ficha de recolección – Hospital III DAC

INTERPRETACION

La tabla y el gráfico N° 02, se aprecia que la incidencia de partos vaginales en pacientes con cesárea previa sometidas a trabajo de parto cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión tiene un 54,9%, en este caso el parto eutócico predomina sobre el 45,1% de los que terminaron en parto distócico (cesárea).

GRÁFICO N° 02

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013



FUENTE: Tabla N° 02

TABLA N° 03

**GRAVIDEZ DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE
TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013**

GRAVIDEZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	NRO.	%
SEGUNDIGESTA	59	52,2
MULTIGESTA	54	47,8
TOTAL	113	100

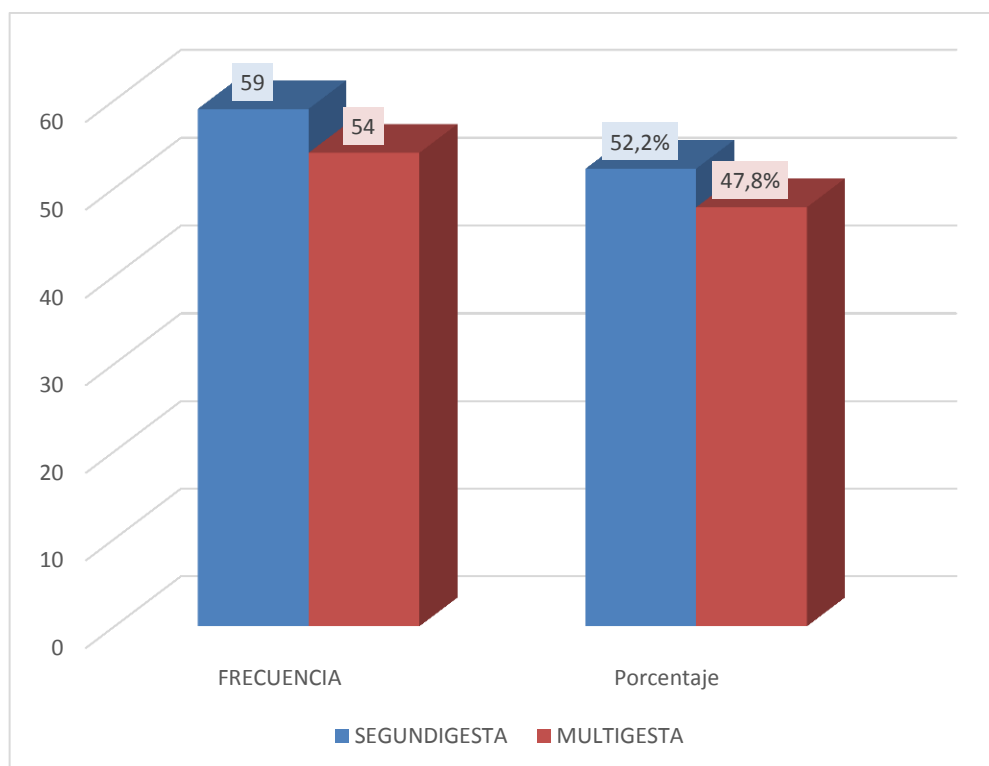
FUENTE: Historias clínicas y ficha de recolección – Hospital III DAC

INTERPRETACION

La tabla y el gráfico N° 03, se observa que la pacientes segundigestas predominan con un 52,2% que no es tan mayor porcentaje que las pacientes multigestas, que tienen un 47,8%.

GRÁFICO N° 03

GRAVIDEZ DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013



FUENTE: Tabla N° 03

TABLA N° 04

**NÚMERO DE PARTOS VAGINALES EN PACIENTES CON CESÁREA
PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL
2012 A JUNIO DEL 2013**

N° DE PARTOS VAGINALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	NRO.	%
NINGUNO	85	75,2
1-2 PARTOS VAGINALES	27	23,9
3 A MAS PARTOS VAGINALES	1	0,9
TOTAL	113	100

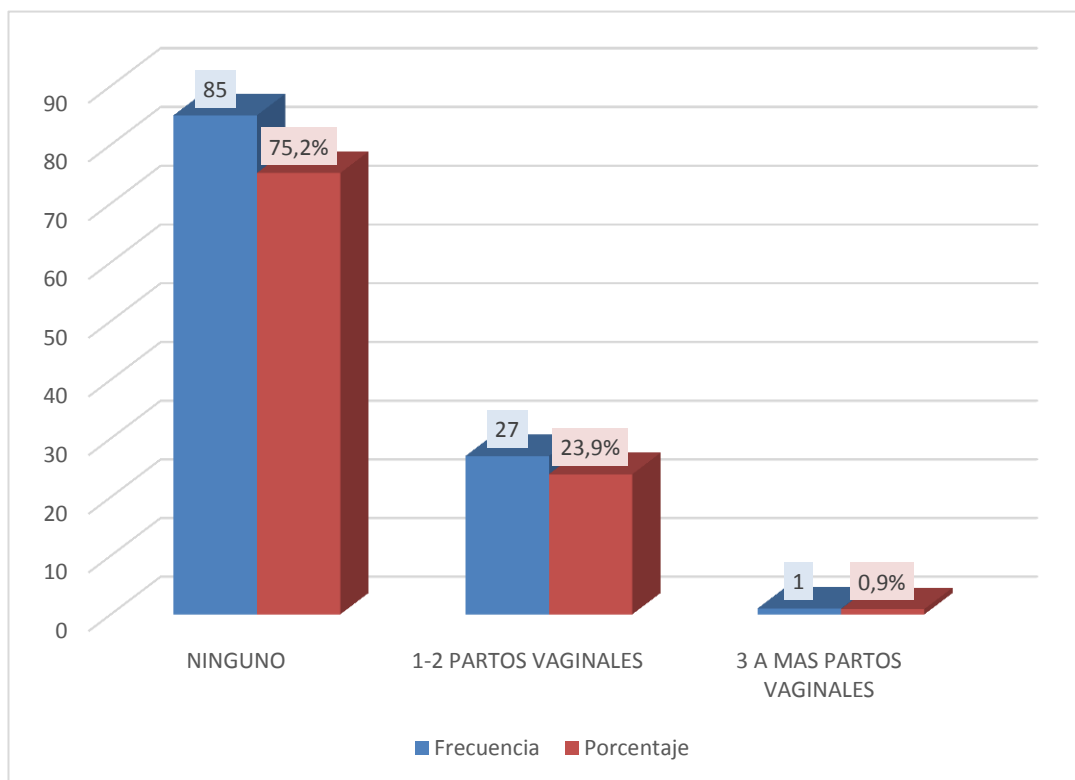
FUENTE: Historias clínicas y ficha de recolección – Hospital III DAC

INTERPRETACIÓN

La tabla y el gráfico N°04, se puede observar que el más alto porcentaje corresponde a las pacientes que no tuvieron ningún parto vaginal con un 75,2%, seguida por las pacientes con 1-2 partos vaginales con un 23,9% y con un 0,9% las pacientes que tuvieron 3 a más partos vaginales.

GRÁFICO N° 04

**NÚMERO DE PARTOS VAGINALES EN PACIENTES CON CESÁREA
PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL
2012 A JUNIO DEL 2013**



FUENTE: Tabla N° 04

TABLA N° 05

INDICACIÓN DE LA CESÁREA PREVIA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013

INDICACIÓN DE CESÁREA PREVIA	Frecuencia	Porcentaje
	NRO.	%
PARTO DISFUNCIONAL	17	15
SUFRIMIENTO FETAL	32	28,3
DESproporción cefalo pélvica	15	13,3
PREECLAMPSIA O ECLAMPSIA- PRES. ANORMAL DEL FETO	24	21,2
OTRAS	25	22,1
Total	113	100

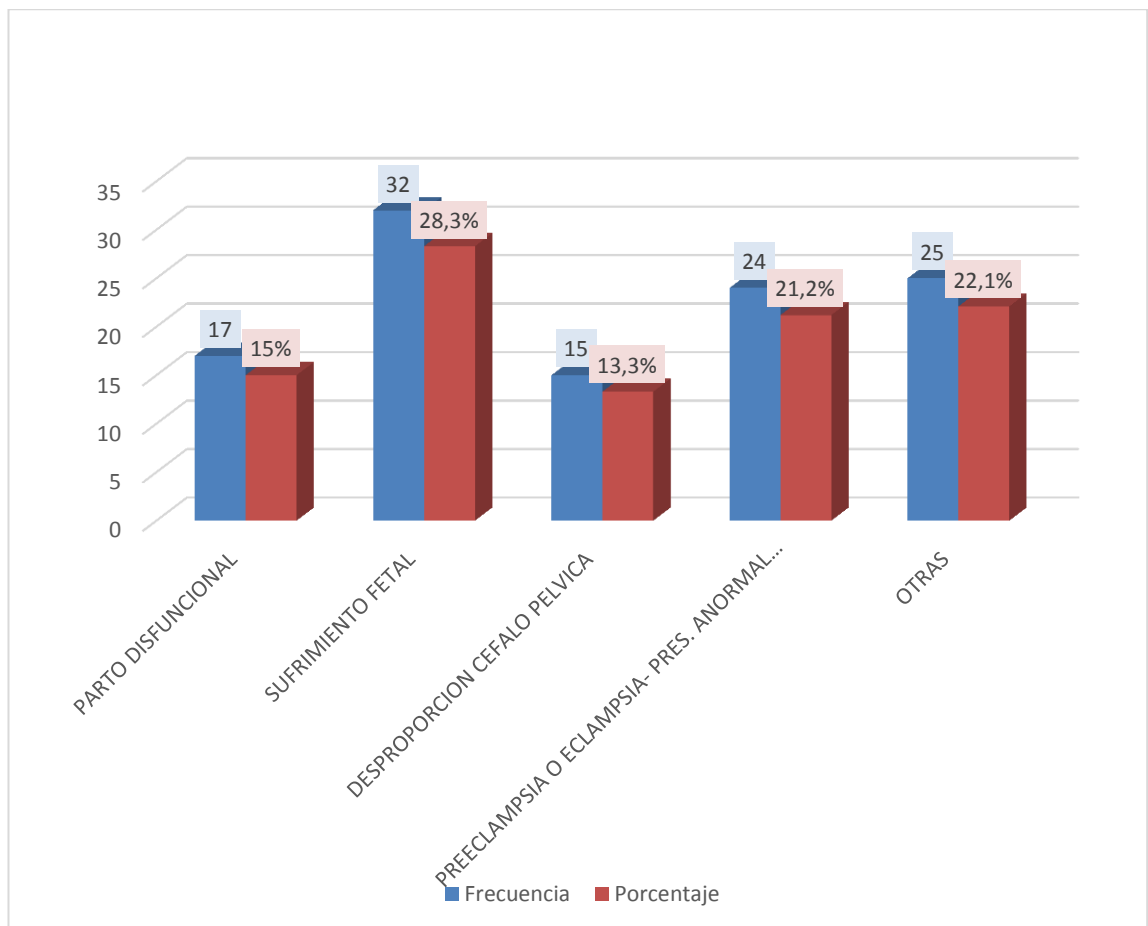
FUENTE: Historias clínicas y ficha de recolección – Hospital III DAC

INTERPRETACIÓN

La tabla y el gráfico N°05, se puede observar que la principal indicación fue el sufrimiento fetal con un 28,3%, la segunda causa fueron preeclampsia o eclampsia y presentación anormal del feto con un 21,2% y con un 22,1% otras incluye (DPP, RPM Prolongado, Fallo Inducción, Placenta Previa, Oligohidramnios Severo, Insuficiencia Placentaria, Malformación Congénita, Embarazo Múltiple).

GRÁFICO N° 05

INDICACIÓN DE LA CESÁREA PREVIA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013



FUENTE: Tabla N° 05

TABLA N° 06

**DATOS CLÍNICOS AL INGRESO A SALA DE PARTOS EN PACIENTES
CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE
JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013**

DILATACIÓN DE PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	NRO.	%
CERRADO - OCE ENTREABIERTO	50	44,2
1 - 3 CM	48	42,5
4 CM A MAS	15	13,3
TOTAL	113	100

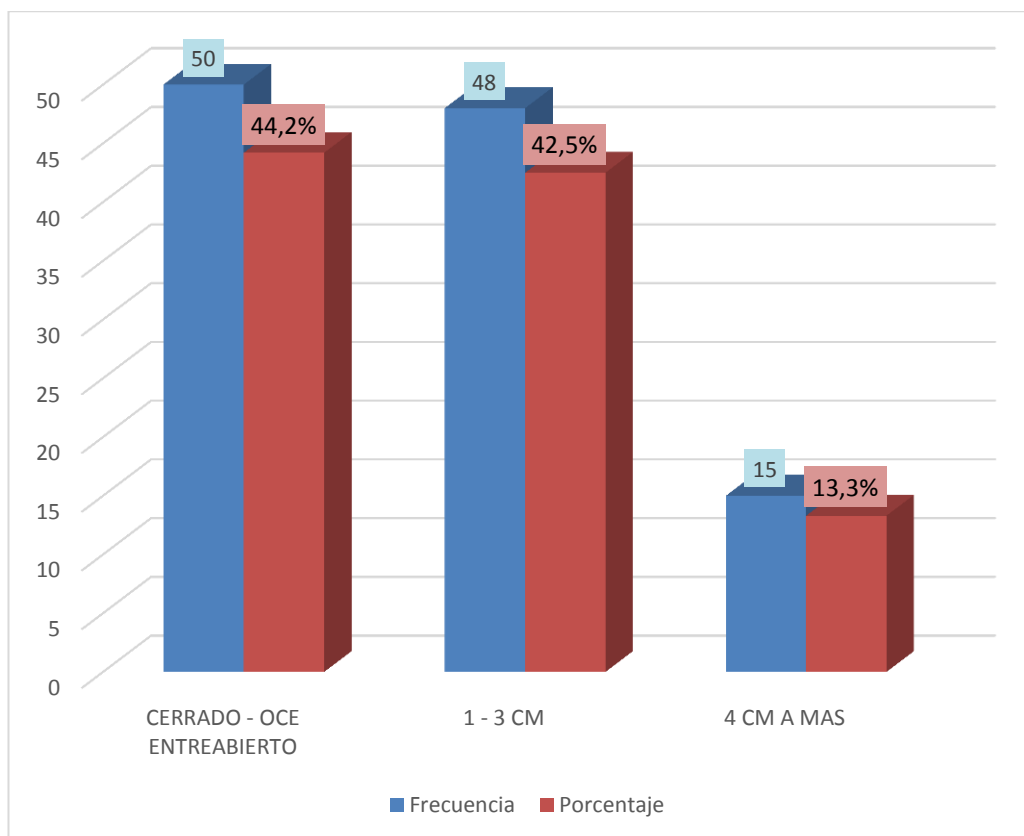
FUENTE: Historias clínicas y ficha de recolección – Hospital III DAC

INTERPRETACIÓN

La tabla y el gráfico N° 06, se puede observar la mayoría de las pacientes presentaron al ingreso de su internación al tacto vaginal entre cérvix cerrado – orificio cervical entreabierto y cérvix cerrado con un 44,2% y en segundo lugar cérvix 1-3 cm con un 42,5%.

GRÁFICO N° 06

**DATOS CLÍNICOS AL INGRESO A SALA DE PARTOS EN PACIENTES
CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE
JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013**



FUENTE: Tabla N° 06

TABLA N° 07

INDICACIÓN DE LA CESÁREA ACTUAL DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013

INDICACIONES DE LA CESAREA ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	NRO.	%
PARTO DISFUNCIONAL	15	29,4
SUFRIMIENTO FETAL	21	41,2
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO	7	13,7
OTRAS	8	15,7
TOTAL	51	100

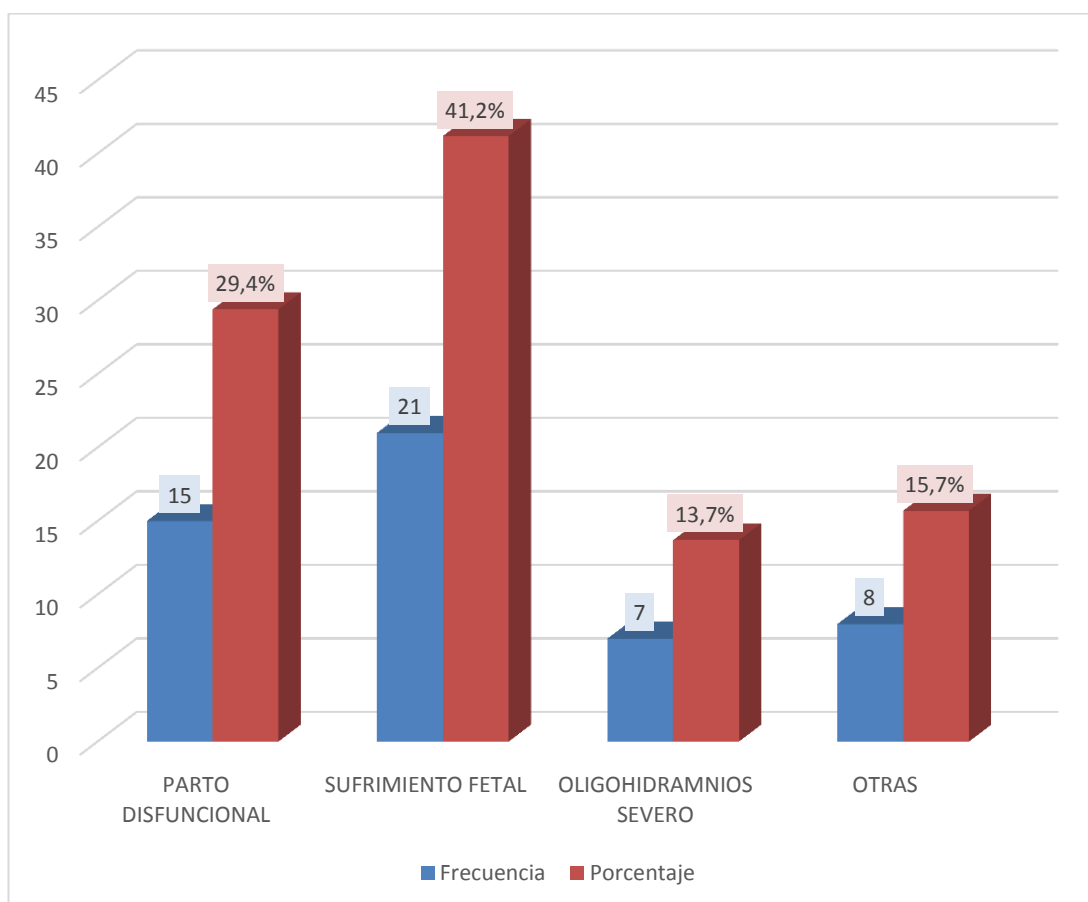
FUENTE: Historias clínicas y ficha de recolección – Hospital III DAC

INTERPRETACIÓN

La tabla y el gráfico N° 07, se puede observar que la principal indicación de realizar nuevamente la cesárea fue el sufrimiento fetal con un 41,2%, en segundo lugar tenemos con un 29,4% al parto disfuncional, a estas pacientes se ofreció prueba de trabajo de parto y en otras se incluye (Rotura prematura de membranas, insuficiencia placentaria, fallo inducción) con un 15,7%.

GRÁFICO N° 07

INDICACIÓN DE LA CESÁREA ACTUAL DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013



FUENTE: Tabla N° 07

TABLA N° 08

**EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES CON
CESÁREA PREVIA ATEN DIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE
JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013**

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	NRO.	%
37-38 SEM	23	20,4
39-41 SEM	90	79,6
TOTAL	113	100

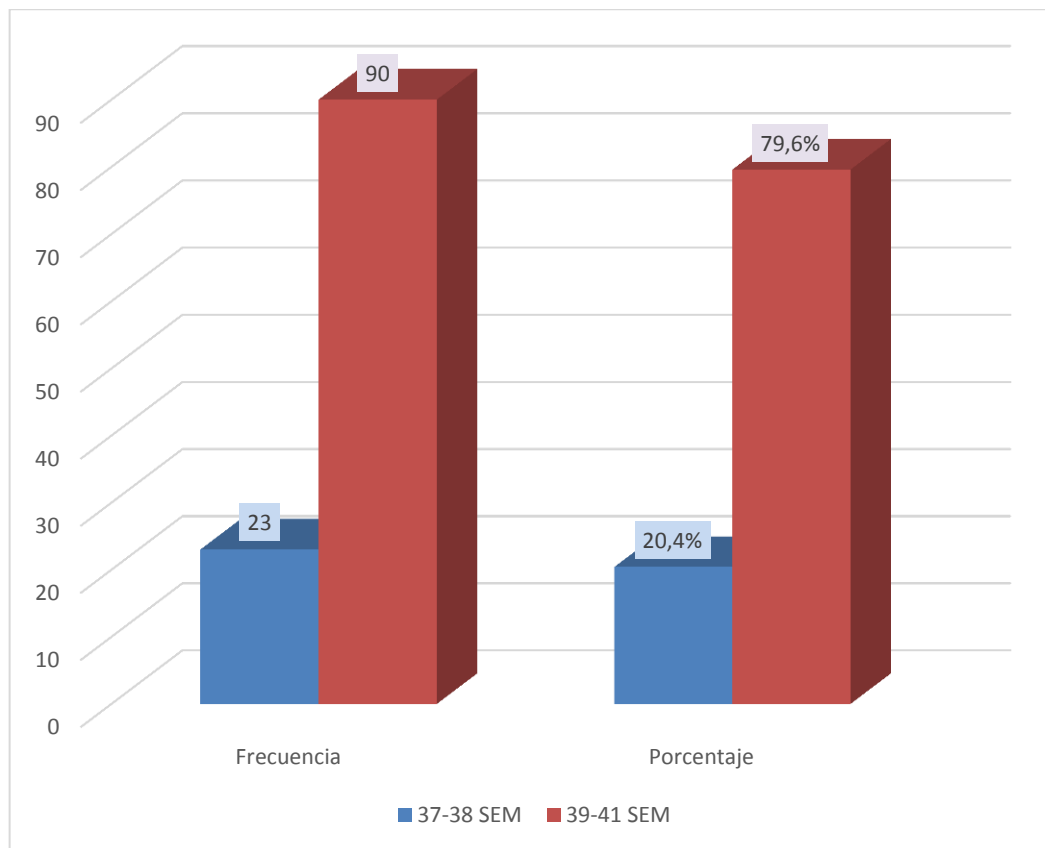
FUENTE: Historias clínicas y ficha de recolección – Hospital III DAC

INTERPRETACIÓN

La tabla y el gráfico N° 08, se puede observar que la edad gestacional por Capurro que prevaleció fue de 39 – 41 semanas con un 79,6%y en menor porcentaje con 20,4% fue los que estaban en el rango de 37 – 38 semanas.

GRAFICO N° 08

**EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO EN PACIENTES CON
CESAREA PREVIA ATEN DIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRION DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE
JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013**



FUENTE: Tabla N° 08

TABLA N° 09

**PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE
ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO
DEL 2013**

PESO AL NACER	Frecuencia	Porcentaje
	NRO.	%
< DE 2500 GRAMOS	1	0,9
2500-3000 GRAMOS	8	7,1
3001-3500 GRAMOS	45	39,8
MAS DE 3500 GRAMOS	59	52,2
Total	113	100

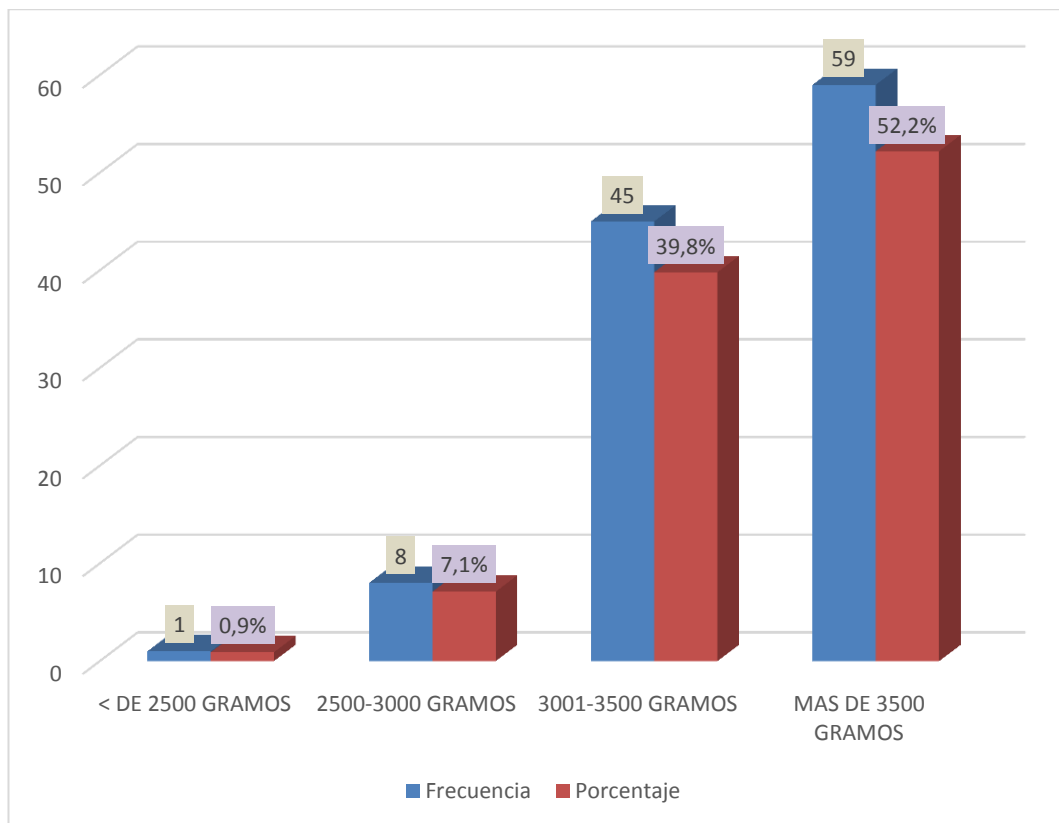
FUENTE: Historias clínicas y ficha de recolección – Hospital III DAC

INTERPRETACION

La tabla y el gráfico N° 09, se puede observar que la mayoría de los recién nacidos pesaron más de 3500 gramos con un 52,2%, en segundo lugar con un 39,8% los recién nacidos pesaron entre 3001- 3500 gramos y solo tuvimos un 0,9% para un caso de un recién nacido que peso menos de 2500 gramos.

GRAFICO N° 09

PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATEN DIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013



FUENTE: Tabla N° 09

TABLA N ° 10

**APGAR DEL RECIÉN NACIDO AL MINUTO EN PACIENTES CON
CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE
JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013**

APGAR AL MINUTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	NRO.	%
BAJO (4 - 6)	3	2,7
NORMAL (7 - 10)	110	97,3
TOTAL	113	100

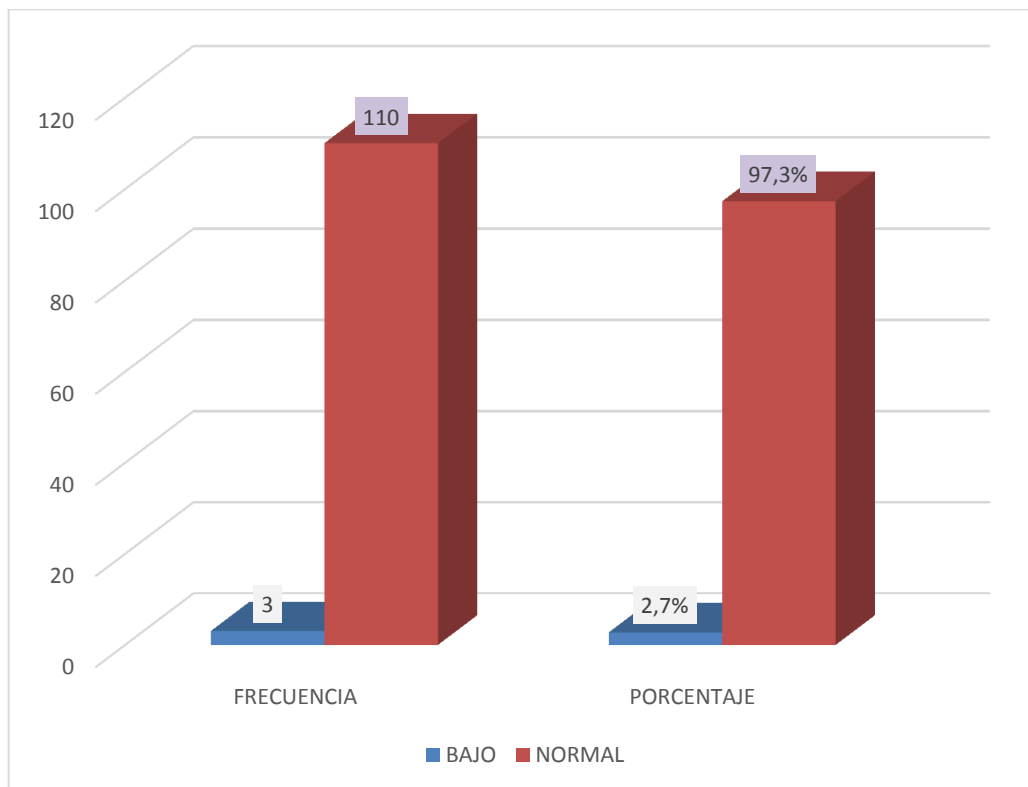
FUENTE: Historias clínicas y ficha de recolección – Hospital III DAC

INTERPRETACIÓN

La tabla y el gráfico N°10, la puntuación del Apgar en el recién nacido se evaluó en esta tabla al minuto de nacido de los cuales con un 97,3% presentaron Apgar de 7-10 y con un 2,7% presentaron Apgar de 4-6.

GRAFICO N ° 10

APGAR DEL RECIÉN NACIDO AL MINUTO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013



FUENTE: Tabla N° 10

TABLA N° 11

**APGAR DEL RECIÉN NACIDO A LOS 5 MIINUTOS EN PACIENTES
CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE
JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013**

APGAR A LOS 5 MINUTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	NRO.	%
NORMAL (7-10)	113	100

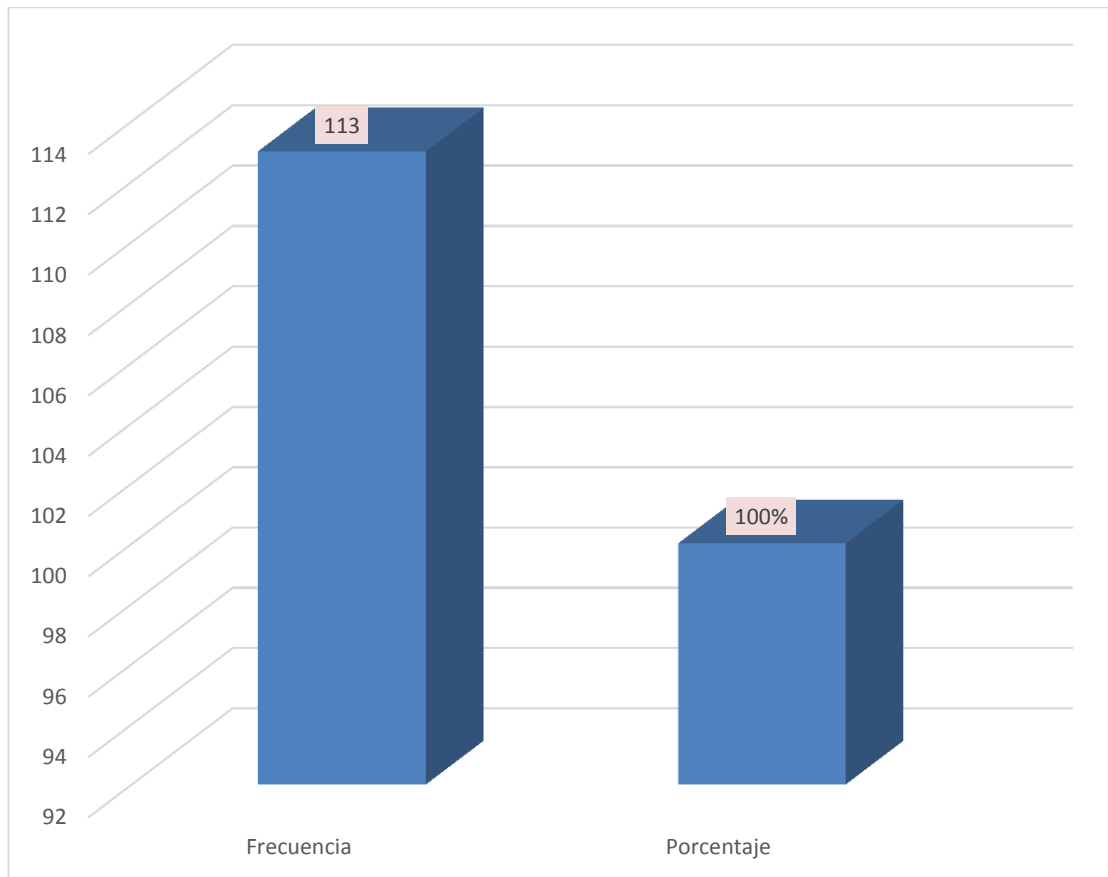
FUENTE: Historias clínicas y ficha de recolección – Hospital III DAC

INTERPRETACIÓN

La tabla y el gráfico N°11, se observa que a los 5 minutos de nacido con un 100% presentaron 7-10 de Apgar, que se le considera normal.

GRAFICO N° 11

**APGAR DEL RECIÉN NACIDO A LOS 5 MIINUTOS EN PACIENTES
CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA EN LOS MESES DE
JUNIO DEL 2012 A JUNIO DEL 2013**



FUENTE: Tabla N° 11

DISCUSIÓN

El Seguro Social de Salud –EsSalud- atendió 100,000 partos en los centros de salud de las 28 redes asistenciales de todo el país durante el año 2013, de los cuales más de 40,000, es decir el 40%, fueron por cesárea. Con el estudio realizado se pretendió investigar la culminación del parto en pacientes con cesárea previa que han desarrollado trabajo de parto con una población de estudio de 113 casos, de las cuales el 62 pacientes terminaron en parto vaginal y el 51 pacientes culminaron en cesárea, teniendo como resultado una tasa de éxito de 54.9% la cual más o menos va acorde a la tasa de éxito reportada internacionalmente de 60 a 80%. Se observa que las pacientes que terminaron su parto vaginal en la mayoría son mujeres adultas tuvieron éxito en su trabajo de parto con muy buenos resultados neonatales; en cambio las que terminaron en cesárea hay 3 casos de recién nacidos que tuvieron un bajo Apgar al minuto pero luego a los 5 minutos tuvieron un Apgar normal.

El éxito del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior depende de las características demográficas y obstétricas; el antecedente de parto vaginal previo es importante, porque permite predecir las posibilidades de éxito de la prueba de trabajo de parto en una gestante con antecedente con cesárea previa. En 1997, Flamm y Col. (31) presentaron un estudio

de 5022 pacientes con antecedente de cesárea sometidas a prueba de trabajo de parto, en el cual el antecedente de parto vaginal (previo o posterior a la cesárea) aumentaba la probabilidad de parto vaginal exitoso. Esto mismo se corrobora el año 2005, cuando Landon (48) publica su serie de 14529 pacientes, en las cuales observa que el mejor predictor de éxito de la prueba de trabajo de parto en cesareadas anteriores era el antecedente de parto vaginal previo.

Respecto a los resultados maternos y perinatales, nuestros datos indican que la prueba de trabajo de parto en mujeres con antecedente de una cesárea previa se asocia con un menor riesgo de resultados adversos, comparando con las pacientes que terminaron en cesárea nuevamente.

Hay que tener en cuenta que la posibilidad de éxito de la vía vaginal en las gestantes con una cesárea previa dependerá de la correcta selección de las pacientes candidatas a una prueba de trabajo de parto. A diferencia de otros estudios que reportan una mayor incidencia de complicaciones perinatales (48)-como la encefalopatía hipoxico-isquémica-, en el nuestro no se observó complicación perinatal alguna, debido probablemente al número de casos estudiados.

CONCLUSIONES

1. En cuanto a la culminación del parto, de las pacientes que se incluyeron en el estudio el 54.9 % término en parto vaginal (62pacientes) y el 45.1% terminaron en parto cesárea, (51 pacientes).
2. En cuanto a la principal indicación de cesárea actual en pacientes con cesárea previa que desarrollo trabajo de parto fue el sufrimiento fetal con 41.2% (21 pacientes) y el menor porcentaje fue de 15.7% aquí se considera dentro de la opción otras RPM prolongado, fallo inducción, insuficiencia placentaria.
3. En cuanto a la principal indicación en la cesárea previa fue el sufrimiento fetal con 28.3% (32 pacientes) la segunda causa más frecuente fue pre eclampsia o eclampsia – presentación anormal del feto con 21.2% (24 pacientes), en tercer lugar el parto disfuncional con un 15% (17pacientes).
4. En cuanto a los resultados neonatales; la mayoría de los recién nacidos tuvieron un edad gestacional de 39 – 41 semanas según Capurro con un 79.6% (90 pacientes). La mayoría de los recién nacidos pesaron entre más de 3500 gr con 52.2% (59 pacientes). La puntuación del Apgar en el recién nacido se evaluó al minuto a los 5 minutos de nacido, de los cuales 110 al primer minuto

presentaron Apgar de 7-10 (normal) y solo 3 casos presentaron Apgar de 4-6(bajo) y a los 5 minutos los 113 recién nacidos tuvieron un Apgar de 7-10.

5. Los pacientes que ingresaron en el estudio fueron en su mayoría mujeres adultas siendo el rango entre los 27 - 35 años el más frecuente con un 56.6% (64 pacientes)
6. La mayor parte de las pacientes que ingresaron al estudio no tienen ningún parto vaginal correspondiendo al 75.2% (85 pacientes). Pacientes con 1 - 2 partos 23.9% (27 pacientes) y con tres partos 0.9% (1paciente).
7. La gran mayoría de las pacientes que ingresaron al estudio la constituyo la población segundigesta representando el 52.2% (59 pacientes).
8. La mayoría de las pacientes presentaron al ingreso de su internación al tacto vaginal cérvix orificio cervical externo entreabierto - cerrado con44.2% (50 pacientes) y en segundo lugar cérvix 1-3 cm con 42.5% (48 pacientes)

RECOMENDACIONES

1.- Se recomienda a toda paciente con cesárea previa que no presente contraindicaciones para un parto vaginal, ofrecer prueba de trabajo de parto siempre y cuando esta se realice en un tercer nivel de atención y se cuente con disponibilidad inmediata de quirófano para realizar una cesárea de urgencia.

2.- La tasa de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Essalud de Tacna durante el periodo de estudio del presente trabajo se puede considerar alta a pesar de ofrecer parto vaginal a las pacientes con cesárea previa, por lo que es conveniente revisar otros factores que puedan influenciar en esta alta tasa de cesáreas y disminuir las mismas sin aumentar la morbilidad materna o fetal.

3.- Pacientes con cesárea iterativa constituye el criterio más frecuente de exclusión para el parto vaginal en este tipo de pacientes, por lo cual es recomendable mejorar la orientación sobre planificación familiar en este tipo de pacientes, principalmente por la morbimortalidad materna.

4.- En ninguno de los pacientes donde se terminó el embarazo por parto vaginal se presentó la rotura uterina como complicación, por lo que podría reafirmar que aquellas pacientes que cumplen con los criterios para parto

vaginal con cesárea previa no presentan mayores riesgos de complicación en el posparto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GONZÁLEZ C. José A., GONZALEZ G. RILKE René. Indicaciones de cesárea segmentaria en adolescentes; hospital universitario "Dr. Luis Razetti, Barcelona. Estado Anzoátegui en el año 2007.[fecha de acceso 20de mayo del 2013]
2. PAIMA P., Rosario De Jesús, Vásquez Jara, Ruth Isabel. Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en post-cesareadas adolescentes en el instituto nacional materno perinatal, Lima, Perú en el año 2011.[fecha de acceso 20 de mayo del 2013]
3. GUILLEN V., Dayana Lisett,, Laquita Gonzales, Dora Alicia. Principales indicaciones de cesárea en gestantes del hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud- Calana durante el año 2002. [fecha de acceso 20 de mayo del 2013]
4. Diccionario Enciclopédico Salvat. 2ª ed. Barcelona: Salvat; 1954.t-4:151-2.
5. TACURI C, Matorras R, Nieto D., Ortega A. Historia de la cesárea. Tokoginecol 1997;56(4):189-93.
6. FERNÁNDEZ H., ROQUE Y. La cesárea, mitología o realidad? Rev 16 de Abril 1996.191(2):27-9.
7. <http://hispanTV.com/detail/2013/03/17/217486/america-latina-primero-cesarea-mundo>.

8. HARLEY J. Operación Cesárea. Clin Ginecol Obstet. 1980;3:525-54
9. LAVIN J P, STEPHENS R J, MODOVNIK M, et al. Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. Obstet Gynecol. 1982;59:135-48
10. FLAMM B L, LIM O W, JONES C, et al. Vaginal birth after cesarean section: Results of a multicenter study. Am J Obstet Gynecol. 1988;158:1079-84
11. CLARKE S C, TAFFEL S. Changes in cesarean delivery in the United States, 1988 and 1993. Birth. 1995;22:63-7
12. SOCOL M L, GARCÍA P M, PEACEMAN A M, et al. Reducing cesarean birth at a primarily private university hospital. Am J Obstet Gynecol. 1993;168:1748-54
13. MILLER D A, DIAZ F G, PAUL R H. Vaginal birth after cesarean: A 10-year experience. Obstet Gynecol. 1994;84:255-8
14. PRIDJIAN G, HIBBARD J, MOAWAD A. Cesarean: Changing the trends. Obstet Gynecol. 1991;77:195-200
15. PIRIDJIAN G. Trabajo de parto con Cesárea previa. Clín Obstet Ginecol. 1992; 3: 429-38
16. RICHART R M. Is there a scientific basis for repeat cesarean? Contemp Obstet Gynecol. 1982;19:151-76
17. MEIER P R, PORRECO R P. Trial of labor following cesarean section: A two-year experience. Am J Obstet Gynecol. 1982;144:671-8

18. PHELAN J P, CLARK S L, DÍAZ F, et al. Vaginal birth after cesarean. Am J Obstet Gynecol. 1987;157:1510-5
19. NAEF R W, RAY M, CHAUHAN S P, et al. Trial of labor after cesarean delivery with a lower segment, vertical uterine incision: Is safe ?. Am J Obstet Gynecol. 1995;172:1666-74
20. NIELSEN T F, LJUNGBLAD U, HAGBERG H. Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery. Am J Obstet Gynecol. 1989;160:569-73
21. STOVALL T G, SHAVER D C, SOLOMON S K, et al. Trial of labor in previous cesarean section patients, excluding classical cesarean section. Obstet Gynecol. 1987;70: 713-7
22. FRIEDMAN A E. Primigravid labor: A graphicostatistical analysis. Obstet Gynecol. 1955;6:567
23. HARLASS F E, DUFF P. The duration of labor in primiparas undergoing vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol. 1990;75:45-7
24. DUFF P, SOUTHMAYD K, READ J A. Outcome of trial of labor in patients with a single previous low transverse cesarean section for dystocia. Obstet Gynecol. 1988;71:380-4

25. DEMIANCZUK N, HUNTER D S, TAYLOR W. Trial of labor after previous cesarean section: Pronostic indicators of outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;142:640-2
26. RODRIGUEZ M H, MASAKI D Y, PHELAN J P, et al. Uterine rupture: Are intrauterine pressure catheters useful in the diagnosis?. *Am J Obstet Gynecol.* 1989;161:666-9
27. ROZENBERG P, GOFFINET F, PHILLIPPE H J, Et AL. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects of scarred uterus. *Lancet.* 1996;347:281-4
28. FLAMM B L, GOINGS J R, FUELBERTH N J, et al. Oxytocin during labor after previous cesarean section: Results of a multicenter study. *Obstet Gynecol.* 1987;70:709-12
29. MACKENZIE I Z, BRADLEY S, EMBREY M P. Vaginal prostaglandins and labour induction for patients previously delivered by caesarean section. *Br J Obstet Gynecol.* 1984;91:7-10
30. SEGAL S, GEMER O, ZOHAV E, et al. Evaluation of breast stimulation for induction of labor in women with a prior cesarean section and in granmultiparas. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1995;74:40-1
31. FLAMM B L, GOINGS J R, LIU Y, et al. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A prospective multicenter study. *Obstet Gynecol.* 1994;83:927-32

32. Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer (julio de 2007). Parto. Citado por National Institutes of Health. Último acceso 20 de febrero de 2008.
33. Diagnóstico y Tratamientos Ginecoobstétricos. Alan H. De Cherney editor. Capítulo 10 Curso y Atención del Trabajo de Parto; Biswas y Craigo. Páginas 241-273. 7ª. Edición. Español.- Editorial Manual Moderno. 1997.
34. FRIEDMAN EA.- The Labor curva Clin Perinatol 1981;8:15.
35. DANFORTH Tratado de Obstetricia y Ginecología.- Capítulo 7 Trabajo de Parto, Parto y puerperio normales. Farrington y Ward.-8ª. Edición, Editorial Mc Graw Hill. 1999.
36. <http://es.wikipedia.org/wiki/Ces%C3%A1rea>
37. http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/protocolos/PROT_OPERAC_CESA_REA_1994.pdf
38. COX C, GRADY K, HOWELL C. Managing obstetric emergencies and trauma. In: The MOET course manual, 2nd edn. London: RCOG Press, 2007. <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=53029>
39. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 13: Caesarean section. London: NICE, 2004. www.nice.org.uk/CG013quickrefguide
40. [.http://www.slideshare.net/Gusbree/conceptos-bsicos-4876450](http://www.slideshare.net/Gusbree/conceptos-bsicos-4876450)

41. <http://es.wikipedia.org/wiki/Estetoscopio>
42. <http://www.slideshare.net/JavierRivasLenti/etapas-del-trabajo-de-parto>
43. <http://es.wikipedia.org/wiki/Parto>
44. <http://es.wikipedia.org/wiki/Pelvis>
45. http://www.babysitio.com/embarazo/complicaciones_sufr_fetal.php
46. <http://es.wikipedia.org/wiki/Eritroblastosis>
47. LANDON M HAUTH JC, LEVENO KJ, SPONG CY, LEINDECKER S; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. NEJM. 2004; 351:2581-9.

ANEXOS

ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE DATOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

SEDE: HOSPITAL II DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD – TACNA

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas de cada paciente, el llenado debe ser correctamente tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, cambiar o modificar datos.

I. EDAD

1. 19 – 27

2. 27 – 35

3. 35 - 42

II. TERMINACIÓN DEL PARTO

1. EUTÓCICO

2. DISTÓCICO

III. ANTECEDENTES MATERNOS

A) GRAVIDEZ

1. SEGUNDIGESTA
2. MULTIGESTA

B) NRO DE PARTOS VAGINALES

1. NINGUNO
2. 1-2 PARTOS VAGINALES
3. 3 A MAS PARTOS VAGINALES

IV. INDICACIÓN DE LA CESAREA PREVIA

1. PARTO DISFUNCIONAL
2. SUFRIMIENTO FETAL
3. DESPROPORCION CEFALO PELVICA
4. PRE ECLAMPSIA O ECLAMPSIA – PRESENTACION ANORMAL DEL FETO
5. OTRAS

V. DATOS CLÍNICOS AL INGRESO A SALA DE PARTOS

1. CERRADO - OCE ENTREABIERTO
2. 1 - 3 CM
3. 4 CM A MAS

VI. INDICACIÓN DE LA CESAREA ACTUAL

1. PARTO DISFUNCIONAL
2. SUFRIMIENTO FETAL
3. OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO
4. RPM PROLONGADO
5. OTRAS

VII. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

A) EDAD GESTACIONAL

1. 37 – 38 SEMANAS
2. 39- 41 SEMANAS

B) PESO DEL RECIÉN NACIDO

1. < DE 2500 GRAMOS
2. 2500 – 3000 GRAMOS
3. 3001- 3500 GRAMOS
4. MAS DE 3500 GRAMOS

C) PUNTUACIÓN DE APGAR

AL MINUTO

1. 4-6
2. 7-10

A LOS 5 MINUTOS

1. 4-6
2. 7-10

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “CULMINACIÓN DEL PARTO EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN – ESSALUD DE TACNA JUNIO 2012 A JUNIO 2013”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	MARCO METODOLOGICO	CONCLUSIONES
<p>¿Cómo culmina el parto en gestantes con cesárea previa, atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión de la Red Asistencial de EsSalud de Tacna en los meses de junio del 2012 a Junio del 2013?</p>	<p>. Objetivo General: Determinar la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea previa, atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión de la Red Asistencial de Essalud de Tacna en los meses de junio del 2012 a Junio del 2013?</p> <p>. Objetivos Específicos: •Determinar la incidencia de partos vaginales en gestantes con antecedentes de cesárea previa •Determinar las indicaciones de cesárea en gestantes con cesárea previa en prueba de trabajo de parto. •Determinar los resultados neonatales en pacientes con cesárea anterior según la vía de terminación.</p>	<p>La mayoría de gestantes con cesárea previa sometidas a trabajo de parto podrían culminar su parto por vía vaginal</p>	<p>1) Tipo de investigación. La investigación fue de tipo descriptivo,</p> <p>2) Diseño de la investigación. El presente es un estudio Descriptivo retrospectivo corte transversal.</p> <p>3) Población y muestra. a) Población: Representado por el número total de pacientes gestantes con antecedente de cesárea previa que fueron atendidas en el hospital III Daniel Alcides Carrión de Essalud de Tacna - junio 2012 a junio 2013.</p> <p>b)Muestra: Durante este período se atendió 1374 partos, de ellos por vía vaginal y por cesárea. Solo ingresaron 192 gestantes con cesárea previa, de los cuales 113 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.</p>	<p>1. En cuanto a la culminación del parto, de las pacientes que se incluyeron en el estudio el 54.9 % término en parto vaginal (62pacientes) y el 45.1% terminaron en parto cesárea, (51 pacientes).</p> <p>2. En cuanto a la principal indicación de cesárea actual en pacientes con cesárea previa que desarrollo trabajo de parto fue el sufrimiento fetal con 41.2% (21 pacientes) y el menor porcentaje fue de 15.7% aquí se considera dentro de la opción otras RPM prolongado, fallo inducción, insuficiencia placentaria.</p> <p>3. En cuanto a la principal indicación en la cesárea previa fue el sufrimiento fetal con 28.3% (32 pacientes) la segunda causa más frecuente fue pre eclampsia o eclampsia – presentación anormal del feto con 21.2% (24 pacientes), en tercer lugar el parto disfuncional con un 15% (17pacientes).</p>

