

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad de Obstetricia

PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE
CESÁREA Y COMPLICACIONES MATERNO - PERINATALES
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE.

TACNA 2014 - 2015

TESIS

Presentada por:

Lic. Flora Valuisa Sosa Yujra

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

TACNA - PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN- TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad de Obstetricia

**PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA
Y COMPLICACIONES MATERNO - PERINATALES EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE. TACNA 2014 – 2015**

TESIS

Presentada por:

Lic. FLORA VALUISA SOSA YUJRA

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

Aprobado por _____, ante el siguiente jurado:



**Dra. Olga Choque Chura
Presidente**



**Dr. Luis Choque Mamani
Miembro**



**Lic. Silvia Victoria Mamani Ramos
Miembro**



**Mgr. Nérida Pérez Cabanillas
Asesora**

DEDICATORIA

A Dios, por toda su bondad para conmigo al haberme permitido realizar mis sueños personales y profesionales.

A mi hija, esposo y queridos padres quienes con sus palabras de aliento me motivaron a concretar éste objetivo.

AGRADECIMIENTO

*A la Mgr. Nélida Pérez Cabanillas,
por su acertada asesoría y aportes en la
realización del presente trabajo.*

*A la Dra. Diana Huanco Apaza,
un agradecimiento muy especial por
haberme guiado en el presente trabajo
con sus acertadas sugerencias y aportes.*

*Al Dr. Alejandro Aldana Cáceres,
por sus sugerencias y orientación
metodológica que enriquecieron la
presente investigación.*

CONTENIDO

| | |
|----------------------|------|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| RESUMEN | viii |
| ABSTRACT | ix |
| INTRODUCCION | 1 |

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

| | |
|---------------------------------------------------|----|
| 1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA..... | 3 |
| 1.1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 5 |
| 1.1.3. DELIMITACION DEL PROBLEMA | 5 |
| 1.2. OBJETIVOS | 6 |
| 1.2.1. OBJETIVOS GENERAL..... | 6 |
| 1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 6 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN | 7 |
| 1.4. FORMULACION DE HIPOTESIS..... | 8 |
| 1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 10 |

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

| | |
|-----------------------------------------------|----|
| 2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA | 11 |
| 2.1.1. Antecedentes Internacionales | 11 |
| 2.1.2. Antecedentes Nacionales | 14 |
| 2.1.2. Antecedentes Internacionales | 18 |
| 2.2. BASES TEÓRICO-CIENTÍFICAS | 22 |
| 2.2.1. PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA | 22 |
| 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS | 39 |

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

| | |
|------------------------------------------------------|----|
| 3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 41 |
| 3.2. AMBITO DE ESTUDIO | 41 |
| 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA | 41 |
| 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 43 |
| 3.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS | 43 |

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

| | |
|-----------------------------------------|-----------|
| 4.1. RESULTADOS:..... | 45 |
| 4.2 DISCUSIÓN | 67 |
| CONCLUSIONES | 72 |
| RECOMENDACIONES..... | 76 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 77 |
| ANEXOS..... | 80 |

RESUMEN

El **objetivo** de la investigación fue determinar la relación entre el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea y complicaciones materno - perinatales en el Hospital Hipólito Unánue. Tacna 2014 – 2015.

Metodología: Es una investigación de tipo relacional, retrospectiva no experimental, de corte transversal y se realizó en 84 paciente gestantes con antecedentes de cesárea previa. **Resultados:** la duración del periodo expulsivo menor o igual a 20 minutos (89.2%), en cuanto a duración/forma de alumbramiento el 72.6% dirigido y el 27.4% tuvo una duración de mayor o igual que 15 minutos. En cuanto al tipo del alumbramiento y la cantidad de sangrado, tiene que Schultze como Duncan el 65,6% presentaron un sangrado no más de 200 CC. El Peso del R.N./ Edad gestacional promedio oscila entre 3501-4000grs / de 38-41 semanas. Las complicaciones que presentaron desgarro perineal I° y retención de membranas un 16.7%. En el Apgar de R.N. de 95.2% de 7-10. **Conclusión:** No existe relación significativa entre pacientes con antecedente de cesárea previa y complicaciones del parto vaginal (83.3%), y no presentó ninguna complicación mientras que sólo el 16,7% presentó desgarro I° y membranas.

Palabras clave: Cesárea previa, complicaciones materno perinatales.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between vaginal delivery in patients with a history of caesarean section and maternal - perinatal complications in the Hipolito Unánue Hospital. Tacna 2014 - 2015. Methodology: This is a relational, retrospective non-experimental, cross-sectional investigation and was carried out in 84 pregnant patients with a previous history of caesarean section. Results: the duration of the expulsive period less than or equal to 20 minutes (89.2%), in terms of duration / delivery form 72.6% directed and 27.4% had a duration of greater than or equal to 15 minutes. Regarding the type of delivery and the amount of bleeding, Schultze, like Duncan, had 65.6% had bleeding no more than 200 CC. The Weight of the R.N./ Average gestational age ranges between 3501-4000grs / 38-41 weeks. The complications that presented perineal tear I ° and retention of membranes 16.7%. In the Apgar of R.N. of 95.2% of 7-10. Conclusion: There is no significant relationship between patients with a previous history of caesarean section and complications of vaginal delivery (83.3%), and there was no complication, while only 16.7% had a tear and membranes.

Key words: Caesarean section, maternal perinatal complications.

INTRODUCCION

El presente estudio trata de demostrar que el parto vaginal en pacientes con cesárea previa es más seguro que el quirúrgico tanto para la madre como para el feto. 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%.

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%. Solamente 15.6% de las pacientes con cesárea previa tienen contraindicaciones relativas o absolutas para realizar trabajo de parto y parto por vía vaginal.

Desde mucho tiempo la complicación más temida por los obstetras al ofrecer parto vaginal con cesárea previa, es la ruptura uterina. Es importante diferenciar los tipos de ruptura uterina pues en los casos de dehiscencias o "ventanas" por lo general tienen poca significancia clínica y no presentan resultados adversos fetales-neonatales, mientras que la ruptura completa se puede acompañar de alta morbi-mortalidad materno-

fetal. La incidencia de ruptura uterina en pacientes con cesárea previa oscila en 2.6%, incluyendo casos de dehiscencia.

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 morbi-mortalidad materno-fetal que un parto vaginal.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Una de las principales controversias en la Obstetricia es el manejo de una paciente con antecedente de cesárea ante una nueva gestación. Múltiples estudios dan a conocer ventajas y desventajas que tienen ambas vías de parto; además, nuevos estudios internacionales hacen referencia acerca de que la vía de parto por cesárea de repetición está incrementándose y alcanza 23% en EE UU, en el año 2002. Así mismo, la posibilidad de parto vaginal después de cesárea aumentó de 19% en 1989 a 27% en 1996, disminuyendo luego a 13% en el 2002 ¹.

La decisión de utilizar como procedimiento una cesárea o parto vaginal en cesárea previa depende de diversos factores, los cuales influyen en la posibilidad de presentar complicaciones.

En el caso de cesárea iterativa, se observa complicaciones relacionadas a hemorragia, anestesia, infecciones en herida operatoria y daño de órganos aledaños². Las complicaciones obstétricas más frecuentes son la placenta previa y placenta ácreta y las complicaciones perinatales, al igual que la mortalidad neonatal son menores en el grupo de parto vaginal después de cesárea.

En el caso de la elección de vía vaginal después de cesárea, resulta exitoso en 60 a 80%, favoreciendo además con hospitalizaciones maternas cortas, menor pérdida sanguínea, menos infecciones y eventos tromboembólicos¹. La rotura uterina es la complicación más temida en la prueba de trabajo de parto vaginal, que ocurre en menos de 1% y depende del tipo de incisión previa e intervalo intergenésico.

Este estudio busca conocer la presencia de complicaciones materno – perinatales en pacientes de parto vaginal con antecedente de cesárea.

1.1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existirá relación entre el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea y complicaciones maternas - perinatales en el Hospital Hipólito Unánue? Tacna 2014 – 2015?

1.1.3. DELIMITACION DEL PROBLEMA

a) Área del conocimiento

Área general: Ciencias de la Salud

Área específica: Obstetricia

Especialidad: Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias
Obstétricas

Tópico: Cesárea previa y complicaciones materno
perinatales

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVOS GENERAL

Determinar la relación entre el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea y complicaciones maternas - perinatales en el Hospital Hipólito Unánue. Tacna 2014 – 2015

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar las características del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea según diagnóstico de cesárea previa.
- b) Determinar características del parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea previa según la duración del período expulsivo.
- c) Determinar características del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa según la forma y duración del alumbramiento.

- d) Determinar características del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa según el tipo de alumbramiento y cantidad de sangrado.
- e) Determinar características del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea según edad gestacional por exámen somático y peso del recién nacido.
- f) Determinar las complicaciones materno perinatales en pacientes con antecedente de cesárea previa durante el trabajo de parto.
- g) Determinar las complicaciones materno perinatales en pacientes con antecedente de cesárea previa según el Apgar del recién nacido.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Conveniencia: Los resultados permitirán conocer la existencia de mayores complicaciones en los partos vaginales que las cesáreas electivas en mujeres con cesárea anterior, con la posibilidad de ratificar la conveniencia de dar oportunidad de parto vaginal a estas mujeres.

Relevancia social: El estudio es trascendente ya que beneficiará a las gestantes cesareadas anteriores para que no sean sometidas erróneamente a una nueva cesárea, elevando los costos innecesarios de esta intervención quirúrgica y ser expuestas a complicaciones materno – perinatales.

Implicancias prácticas: El estudio permitirá contribuir a solucionar un problema de salud materno - perinatal, ya que en los últimos años se ha incrementado el porcentaje de cesáreas sólo por diagnóstico de cesárea anterior, sin otra explicación.

1.4. FORMULACION DE HIPOTESIS

H₀:

Existe una relación entre el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea y complicaciones maternas - perinatales en el Hospital Hipólito Unánue. Tacna 2014 – 2015.

H₁:

No existe una relación entre el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea y complicaciones maternas -

perinatales en el Hospital Hipólito Unánue. Tacna 2014 –
2015.

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variables | Indicadores | Sub Indicadores | Categoría | Escala de medición |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| V. Independiente Parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea. | Duración del periodo expulsivo | | En minutos | Nominal |
| | Forma de alumbramiento | | Espontaneo Dirigido | Nominal |
| | Tipo de alumbramiento | | Schultz Duncan | Nominal |
| | Sangrado Vaginal | | En cc | Nominal |
| | Edad gestacional por examen somático | | Menor de 37 De 37 a 41 De 42 a más | Ordinal |
| | Peso del recién nacido | | Pequeño (menor de 2,500 mg) Normal (2500 – 3800) Sobrepeso (mayor de 3800) | |
| Diagnóstico de cesárea previa | | Desconocida Preeclampsia Eclampsia Anomalías. placentarias Desprop. cefalopelvia T.P. prolongado Inminencia rotura. Uterina | Nominal | |
| V. Dependiente Complicaciones materno-perinatales | Complicaciones maternas | Hemorragia post parto Desgarros perineales Retención de membranas | SI – NO SI – NO SI – NO SI – NO SI – NO | Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal |
| | Complicaciones perinatales | Valoración del apgar del recién nacido | Al minuto 0 a 3 4 a 6 7 a 10 A los 5 minutos 0 a 3 4 a 6 7 a 10 | Ordinal |

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Agüero⁶ presenta un análisis de 331 embarazos en úteros portadores de una o más cicatrices de cesáreas, terminaron en partos vaginales atendidos personalmente por el autor, en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas entre 1965 y 1991. En el 40% de los casos se trataba de segundigestas. La edad promedio fue de 29,9 años. Las indicaciones más frecuentes de las cesáreas fueron: desproporción feto-pélvica, anomalías de la dilatación cervical, presentación podálica y estrechez pélvica. El parto fue conducido según la rutina usual, con analgesia endovenosa, anestesia epidural en 93,05% de los casos y empleo de oxitocina en 48,9%. El forceps se utilizó en 95,4%. Hubo 2 desuniones de cicatriz uterina (0,6%), tratadas una con histerectomía y la otra con histerorrafia. No hubo mortalidad perinatal imputable. No hubo muertes maternas. Se concluye que, salvo contraindicaciones absolutas para la salida

vaginal del feto, debe darse siempre una oportunidad de parto vaginal a embarazadas con una cicatriz de cesárea.

Sánchez⁷ reporta que en México como en otros países, se ha visto un incremento importante en los nacimientos por cesárea, siendo esta última una importante causa de morbilidad materna. En Estados Unidos de América, la cesárea constituye el procedimiento quirúrgico más efectuado, al grado que, por cada cuatro nacimientos, uno es por cesárea. En un estudio publicado en agosto de 1996 reportan un incremento alarmante siendo la tasa de cesáreas de 5.5% en 1970 al 22.8% en 1988.

Ricci⁸ en Chile encuentra que el parto vaginal después de una cesárea tiene un éxito superior al 70%. Bajo ciertas condiciones, es considerado seguro, y con una baja probabilidad de complicaciones. Sin embargo, cuando éstas ocurren, pueden resultar catastróficas para el feto y la madre. Una de las más temidas es la rotura uterina, que puede ocurrir en menos del 1%. Encontró que, del total de 423 pacientes estudiadas, 304 (71.8%) les realizó una operación cesárea. La indicación más frecuente por la cual han requerido cirugía fue por falta de progresión del trabajo de parto (50.4%). Una paciente presentó ruptura uterina seguida de histerectomía. La

morbilidad perinatal fue semejante a la población general. Concluye que el 28.2% finalizaron en cesárea y el 71.8% en parto vaginal.

Cuero⁹ realizó un estudio de cohorte retrospectivo de mujeres con antecedente de cesárea y embarazo de al menos 37 semanas, que consultaron al Hospital San Juan de Dios de Cali (HSJD) entre mayo 30 de 2007 y mayo 30 de 2008. Se calculó la tasa de parto vaginal y se evaluó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) y las razones de verosimilitud positiva (RVP) y negativa (RVN) del puntaje predictor de parto vaginal después de una cesárea cuando los valores de estos son de 4 o más y de 8 o más. Encontró que la proporción de parto vaginal en este grupo fue del 20,3%. El 36% de las gestantes con puntajes entre 4 y 7 tuvieron parto vaginal y el 83% de las gestantes con 8 o más puntos. Con un punto de corte ≥ 4 puntos la sensibilidad fue de 85,7%, la especificidad 69,1%, VPP 41,3% y VPN 95%, RVP 2,8 y RVN 0,2. Si el punto de corte fue ≥ 8 la sensibilidad fué de 83,3%, la especificidad 82,6%, VPP 17,9% y VPN 99,1%, RVP 4,8 y RVN 0,2. Concluye que la frecuencia de parto vaginal posterior a cesárea es del 20%. Las gestantes con puntajes menores de 4 tuvieron una baja probabilidad de tener un parto vaginal.

Ortiz¹⁰ reporta que el incremento de la operación cesárea ha estimulado la búsqueda de alternativas para intentar reducir su frecuencia, entre ellas el parto vaginal post cesárea. En Cuba, por primera vez, se trabaja sobre este controvertido tema, y desde 1995 funciona en el Hospital Gineco obstétrico Docente "Clodomira Acosta Ferrales" una Consulta Especializada de Cesárea, en la cual se seleccionan los casos con el antecedente de haberse realizado una operación cesárea, que reúnan las condiciones requeridas para intentar el parto transpelviano. Se muestran en este trabajo los primeros resultados de esta consulta, que incluyen la satisfacción de los primeros partos vaginales después de cesárea que se logran de forma programada en nuestro país, así como un análisis de los aspectos que impidieron un mayor número de casos en esta primera etapa de trabajo.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Sáenz¹ en Hospital Nacional Cayetano Heredia, realizó un estudio durante los años 2001 a 2009 analizando 1591 pacientes con antecedente de cesárea atendidas de los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), encontró que la tasa de partos vaginales en pacientes con antecedente de cesárea fue 19%, y 81% de

pacientes fué sometida a nueva cesárea. Hubo 18 casos de endometritis y 3 de infección de herida operatoria en el grupo de cesareadas a repetición, en contraste con dos casos de endometritis y ningún caso de infección de herida operatoria en el grupo de parto vaginal. Hubo pocos casos de Ápgar bajo y ninguno de muerte neonatal. Concluye que el porcentaje de complicaciones materno neonatales fué similar en ambos grupos.

Pérez² en el Instituto Nacional Materno Perinatal realizó un estudio en gestantes con cesárea anterior durante el año 2014, comparando parto vaginal y cesárea electiva. Encontró que de las 191 pacientes que tuvieron parto vaginal, el 2,6% (n=5) tuvo complicaciones; por su parte, de 133 pacientes que culminaron su parto por cesárea, el 0,8% (n=1) registró complicaciones. De las pacientes que sí tuvieron complicaciones maternas y perinatales, el 83,3% (n=5) tuvo parto vaginal y el 16,7 % (n=1) restante fue por cesárea. Respecto a las complicaciones maternas, se encontró que solo un 0,5% (n=1) registró complicaciones maternas en el parto vaginal y que apenas un 0,8% (n=1) las tuvo en el parto por cesárea. Respecto a las complicaciones perinatales, se halló que en el parto vaginal un 2,1% (n=4) si tuvo complicaciones perinatales, en tanto que en el parto por

cesárea solo las tuvo un 0,8% (n=1) de los sujetos estudiados. Del total de pacientes que sí tuvieron complicaciones perinatales, el 80% (n=4) corresponde a parto vaginal mientras el 20% restante (n=1) a parto por cesárea. Concluye que no se halló asociación significativa entre el tipo de parto y las complicaciones maternas y perinatales.

Lindo³ en el hospital Uldarico Rocca de EsSalud durante los años 2000 a 2004 realizó un estudio en gestantes con antecedente de cesárea. Encontró que la tasa de éxito de parto vaginal fué de 54,7%, el 63,2% tenía entre 26 y 35 años, el periodo intergenesico corto fue de 8,6%, el parto eutócico se dio en 90,8%, se estimuló con oxitocina el trabajo de parto en 14,7%. El peso promedio de neonatos fue de 3406 g. y el 4,9% fuer macrosómico, el 99,4% tuvo Apgar ≥ 7 a los 5 minutos, no hubo casos de rotura uterina. Concluye que el parto vaginal en cesareada anterior, se considera seguro y con altas probabilidades de éxito y mínimos riesgos; por lo tanto, es una alternativa aceptable para evitar una cesárea repetida electiva en pacientes con cesárea previa.

Pocco⁴ en el Instituto Nacional Materno Perinatal encontró que no existen diferencias significativas entre las complicaciones

obstétricas cuando se comparó el grupo de gestantes sometidas a parto vaginal con el grupo de las gestantes sometidas a cesárea electiva. No se encontró complicaciones en recién nacidos. La tasa de éxito de parto vaginal en la gestante con cesárea anterior una vez fue de 65,4%. La mayoría de gestantes que presentaron trabajo de parto fallido tuvieron niños de mayor peso al nacer. La mayor indicación de cesárea electiva fue PIN menor de 2 años, seguido de distocia funicular y luego tener como antecedente ser cesareada anterior. Concluye que no hay asociación estadística entre los grupos de estudio con respecto a las complicaciones materno perinatales.

Pérez⁵ en Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el 2000 al 2002 comparó la morbimortalidad materno perinatal entre parto vaginal y cesárea electiva en gestantes a término con antecedente de cesárea anterior una vez. Encontró que en la población de estudio el grupo etario predominante fué de 20 a 34 años con 79.0%; el 100% fueron gestantes a término, sólo 61.1% tenían control prenatal adecuado (mayor o igual a 5); 408 gestantes (47.0%) del total culminaron en cesárea; de 691 gestantes que intentaron parto vaginal 460 (66.77%) fueron exitosos; las

complicaciones presentes fueron endometritis, infección de herida operatoria, ITU, fiebre puerperal, transfusión sanguínea, éstas dos últimas sin causa definida, las gestantes que se sometieron a cesárea electiva tuvieron 6.78% de complicaciones en comparación con el 5.35% de gestantes que intentaron parto vaginal, pero en conjunto no hubo diferencia significativa. No hubo ningún caso de rotura uterina, muerte materna o neonatal. Oxitocina fué usada en 161 pacientes (18.54%), se usó fórceps en 03 gestantes (0.34%), vácum extractor en 02 gestantes (0.23%). Existió mayor frecuencia de asfixia moderada a severa en el grupo de cesárea electiva con 1.13%(02 neonatos) en comparación con el grupo de chance vaginal con 0.87%(06 neonatos). estadísticamente no significativa. Concluye que el chance vaginal en cesareadas anteriores una vez fué exitoso en 66.77%, no encontrándose diferencia significativa en la morbilidad materno perinatal en comparación con el parto por cesárea.

2.1.2. Antecedentes Internacionales

Agüero⁶ presenta un análisis de 331 embarazos en úteros portadores de una o más cicatrices de cesáreas, terminaron en partos vaginales atendidos personalmente por el autor, en el Hospital

Privado Centro Médico de Caracas entre 1965 y 1991. En el 40% de los casos se trataba de segundigestas. La edad promedio fué de 29,9 años. Las indicaciones más frecuentes de las cesáreas fueron: desproporción feto-pélvica, anomalías de la dilatación cervical, presentación podálica y estrechez pélvica. El parto fue conducido según la rutina usual, con analgesia endovenosa, anestesia epidural en 93,05% de los casos y empleo de oxitocina en 48,9%. El forceps se utilizó en 95,4%. Hubo 2 desuniones de cicatriz uterina (0,6%), tratadas una con histerectomía y la otra con histerorrafia. No hubo mortalidad perinatal imputable. No hubo muertes maternas. Se concluye que, salvo contraindicaciones absolutas para la salida vaginal del feto, debe darse siempre una oportunidad de parto vaginal a embarazadas con una cicatriz de cesárea.

Sánchez⁷ reporta que en México como en otros países, se ha visto un incremento importante en los nacimientos por cesárea, siendo esta última una importante causa de morbilidad materna. En Estados Unidos de América, la cesárea constituye el procedimiento quirúrgico más efectuado, al grado que, por cada cuatro nacimientos, uno es por cesárea. En un estudio publicado en agosto de 1996

reportan un incremento alarmante siendo la tasa de cesáreas de 5.5% en 1970 al 22.8% en 1988.

Ricci⁸ en Chile encuentra que el parto vaginal después de una cesárea tiene un éxito superior al 70%. Bajo ciertas condiciones, es considerado seguro, y con una baja probabilidad de complicaciones. Sin embargo, cuando estas ocurren, pueden resultar catastróficas para el feto y la madre. Una de las más temidas es la rotura uterina, que puede ocurrir en menos del 1%. Encontró que, del total de 423 pacientes estudiadas, 304 (71.8%) les realizó una operación cesárea. La indicación más frecuente por la cual han requerido cirugía fue por falta de progresión del trabajo de parto (50.4%). Una paciente presentó ruptura uterina seguida de histerectomía. La morbilidad perinatal fue semejante a la población general. Concluye que el 28.2% finalizaron en cesárea y el 71.8% en parto vaginal.

Cuero⁹ realizó un estudio de cohorte retrospectivo de mujeres con antecedente de cesárea y embarazo de al menos 37 semanas, que consultaron al Hospital San Juan de Dios de Cali (HSJD) entre mayo 30 de 2007 y mayo 30 de 2008. Se calculó la tasa de parto vaginal y se evaluó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo

(VPP) y negativo (VPN) y las razones de verosimilitud positiva (RVP) y negativa (RVN) del puntaje predictor de parto vaginal después de una cesárea cuando los valores de estos son de 4 o más y de 8 o más. Encontró que la proporción de parto vaginal en este grupo fue del 20,3%. El 36% de las gestantes con puntajes entre 4 y 7 tuvieron parto vaginal y el 83% de las gestantes con 8 o más puntos. Con un punto de corte ≥ 4 puntos la sensibilidad fue de 85,7%, la especificidad 69,1%, VPP 41,3% y VPN 95%, RVP 2,8 y RVN 0,2. Si el punto de corte fue ≥ 8 la sensibilidad fue de 83,3%, la especificidad 82,6%, VPP 17,9% y VPN 99,1%, RVP 4,8 y RVN 0,2. Concluye que la frecuencia de parto vaginal posterior a cesárea es del 20%. Las gestantes con puntajes menores de 4 tuvieron una baja probabilidad de tener un parto vaginal.

Ortiz¹⁰ reporta que el incremento de la operación cesárea ha estimulado la búsqueda de alternativas para intentar reducir su frecuencia, entre ellas el parto vaginal post cesárea. En Cuba, por primera vez, se trabaja sobre este controvertido tema, y desde 1995 funciona en el Hospital Gineco obstétrico Docente "Clodomira Acosta Ferrales" una Consulta Especializada de Cesárea, en la cual se seleccionan los casos con el antecedente de haberse realizado

una operación cesárea, que reúnan las condiciones requeridas para intentar el parto transpelviano. Se muestran en este trabajo los primeros resultados de esta consulta, que incluyen la satisfacción de los primeros partos vaginales después de cesárea que se logran de forma programada en nuestro país, así como un análisis de los aspectos que impidieron un mayor número de casos en esta primera etapa de trabajo.

2.2. BASES TEÓRICO-CIENTÍFICAS

2.2.1. PARTO VAGINAL 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 de diferentes países. El ofrecer trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa puede disminuir 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, para el manejo del trabajo de parto durante la fase activa y todo el proceso del trabajo de parto.

A. TASAS DE EXITO 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 recurrentes¹³

Puf compara pacientes con antecedente de cesárea por distocia obstétricas, 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 perjudicaría a un gran porcentaje de pacientes candidatas para parto vaginal, sabiendo que la distocia obstétrica recurrente es una 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 Pichardo 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, 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 parto¹⁴.

B. REQUISITOS PARA EL PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA

La paciente debe ingresar al hospital solamente cuando presente inicio del trabajo de parto a no ser que alguna condición médica u obstétrica indique lo contrario. Existen algunos requisitos que hay que tener en cuenta a la hora de atender un parto vaginal en pacientes con cesárea previa y son los siguientes:

1. Exámenes de laboratorio clínico: como hemograma, hemo clasificación (grupo sanguíneo y factor Rh), coagulograma y reserva de 2 unidades de sangre.
2. El trabajo de parto y el parto deben ser monitorizados con estrecha vigilancia clínica de la frecuencia cardiaca fetal.
3. Sonda Foley para detectar precozmente la presencia de orina hematúrica.
4. Disponibilidad permanente de quirófano para realizar en caso de que así se indique una cesárea de urgencia.
5. Una vena permeable con un catéter adecuado para administrar grandes volúmenes de líquidos o soluciones.

Por lo tanto, si se decide ofrecer parto vaginal a las pacientes con cesárea previa la institución debe contar con los elementos necesarios para realizar una cesárea de urgencia.

El partograma donde demuestra el progreso del trabajo de parto siempre se debe diligenciar y actuar acorde a los resultados del mismo, puesto que la incidencia de ruptura uterina es mayor cuando se ha pasado en tiempo la línea de acción según la curva de Friedman, esto puede llevar a un aceptable pero poco incremento de las tasas de cesárea, pero con beneficios notorios como la disminución de la incidencia de ruptura uterina y la morbilidad materno-fetal.

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. 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 distrés fetal es el hallazgo más común (78%) en caso de ruptura uterina.

La revisión digital del segmento uterino a nivel de la cicatriz previa, es recomendada 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, 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.¹³

B.1. Ventajas para la madre:

- Mejor presión arterial.
- Mejorar el aporte de oxígeno a la placenta y feto mantiene estables los niveles de azúcar en la sangre.

- Facilitar la integración de la madre consigo misma.
- El trabajo de parto va adelgazando el segmento abajo del útero para que si hay necesidad de una cesárea el corte es menos riesgoso (el músculo es menos grueso) y la recuperación es más rápida.

B.2. Ventajas para el neonato:

- Arroja todo el líquido del pulmón.
- Mejorar la oxigenación general y cerebral.
- El bebé está más alerta.
- El apego favorece la producción de leche.
- Él bebe permanece en la habitación con sus padres inmediatamente (apego\ precoz).

C. 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

absolutos aquellos casos de cesárea corporal clásica o cesárea en "T" invertida, así mismo como una dehiscencia de una cicatriz uterina previa que requirió reparo de la misma, esto se hace incluso para las "ventanas" de cualquier tipo.

Contraindicaciones relativas como dos o más cesáreas previas, cicatriz uterina de tipo desconocido, embarazos gemelares o macrosomía fetal diagnosticada previamente por exámenes ultrasonográficos. Dos o más cesáreas previas se presenta solo en el 2.3% de la población obstétrica, debido tal vez a que en un procedimiento quirúrgico inicial es probable que la paciente acepte la ligadura 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 concluyentes actualmente. No se encontraron estudios donde el antecedente de una infección intra-amniótica o el desarrollo de una endometritis post cesárea puedan influir de manera adversa la tasa de complicaciones maternas al ofrecer trabajo de parto en los embarazos siguientes.

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

D. 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 a saber son:

- a) DEHISCENCIA: Corresponde a una "ventana", la solución de continuidad uterina no compromete el peritoneo y no hay vaciamiento de su contenido.
- b) RUPTURA INCOMPLETA: Abertura de la cicatriz con expulsión del contenido uterino sin compromiso del peritoneo.
- c) RUPTURA COMPLETA: Hay expulsión del producto y ruptura del peritoneo.

Hay que diferenciar los 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.

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 anchos 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 eperidural, 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 2.6%, incluyendo casos de dehiscencia. En un estudio multicéntrico realizado en EE.UU. (66) 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 abrupcio de placentae (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, ésta 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 laparatomía.

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 post 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".

E. 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. El APGAR al minuto fue mayor de 8 en el 97% de las pacientes con parto y cesárea previa. Miller en un estudio a 10 años en el que incluye 17.322 pacientes con cesárea previa de las que el 73% se les ofreció prueba de trabajo de parto con una tasa de éxito de 82% solo observó una incidencia de 0.7% en rupturas uterinas y solo 3 casos de muerte fetal atribuible a la ruptura uterina (0.24%).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Parto vaginal

Entendemos por parto la expulsión del feto y sus anexos a través de la vagina. Se considera parto normal al que ha transcurrido dentro de unos límites de duración y evolución, que se consideran fisiológicos. Podemos decir que un parto ha sido normal o eutócico cuando ha terminado por completo. El parto marca el fin de la gestación.

Cesárea

Es la intervención quirúrgica por la que se realiza la extracción de un feto a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared

uterina. Y parto por cesárea se define como el nacimiento de un feto a través de incisiones en la pared abdominal.

Complicaciones maternas:

Son todas las patologías y complicaciones durante el parto y puerperio que ocurren en parto vaginal o cesárea iterativa, en gestantes con antecedente de cesárea.

Complicaciones perinatales:

Son todas las patologías o complicaciones que ocurren en el recién nacido o hijos de gestantes con antecedente de cesárea, sea el parto por vía vaginal o cesárea iterativa.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo: No experimental, cuantitativo

Diseño: analítico, relacional, retrospectivo, de corte transversal.

3.2. AMBITO DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna, ubicada en Blondel s/n Cercado - Tacna.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Población cualitativa**

La población estará comprendida por todas las pacientes con parto vaginal con antecedente de cesárea comprendidas entre el 2014 y 2015 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna acorde con los criterios de inclusión.

- **Población cuantitativa**

Está conformada por 84 gestantes con antecedente de cesárea previa.

a) Criterios de inclusión:

- Embarazo a término
- Historia clínica ingresada al Sistema Informático Perinatal (SIP2000)
- Gestantes de 20 a 30 años
- Gestantes con período intergenésico de 2 años a menos
- Gestantes sometidas a cesárea anterior
- Gestantes sometidas a episotomía
- Gestantes con adecuado control prenatal

b). Criterios de exclusión:

- Embarazo múltiple
- Malformaciones congénitas
- Presentaciones o situaciones fetales anómalas
- Obito fetal ante parto
- Gestante infectada con VIH

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue el análisis documental y la revisión y análisis de base de datos. El instrumento que se utilizó fué la historia clínica perinatal informatizada y el libro de registro de partos.

Se revisó la base de datos del Sistema Informático Perinatal del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna y se exportó los registros de las gestantes y sus recién nacidos que reúnan los criterios de selección en una nueva base de datos en el Software Microsoft Excel. Se realizó el análisis de datos elaborándose informe final.

3.1. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

La principal metodología estadística a utilizada fue la descriptiva y luego la comparativa, haciendo uso de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Además, se empleó la prueba Chi cuadrado para conocer si hay relación entre la presencia de complicaciones maternas y perinatales entre el grupo de mujeres con parto vaginal y las cesáreas electivas; y finalmente un riesgo relativo para evaluar la asociación entre la variable independiente tipo de parto y la variable dependiente complicaciones maternas y perinatales

La discusión de los resultados se realizó mediante la comparación de nuestros resultados con los hallazgos de otros estudios y se planteó conclusiones en base a los objetivos propuestos.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS:

En el presente capítulo se analizan y discuten los resultados obtenidos del proceso de recolección de información, mediante la estadística descriptiva, estableciéndose las frecuencias, porcentajes y relación estadística.

TABLA N° 01

**PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA
SEGUN DIAGNOSTICO DE LA CESAREA PREVIA**

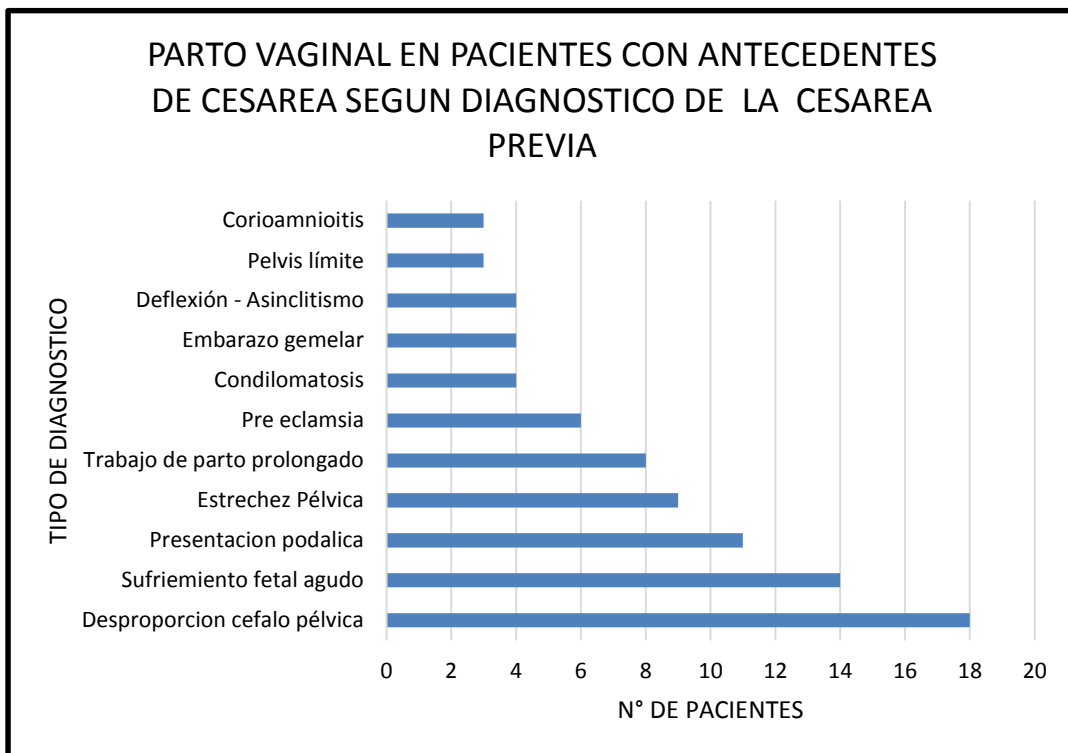
| TIPO | DIAGNOSTICO DE CESAREA ANTERIOR | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------|------------|
| | N | % |
| Desproporción céfalo pélvica (macrosomía fetal) | 18 | 21,4 |
| Sufrimiento fetal agudo | 14 | 16,6 |
| Presentación podálica | 11 | 13,1 |
| Estrechez Pélvica | 9 | 10,7 |
| Trabajo de parto prolongado | 8 | 9,5 |
| Pre eclampsia | 6 | 7,1 |
| Condilomatosis | 4 | 4,8 |
| Embarazo gemelar | 4 | 4,8 |
| Deflexión – Asinclitismo | 4 | 4,8 |
| Pelvis límite | 3 | 3,6 |
| Corioamnioititis | 3 | 3,6 |
| TOTAL | 84 | 100 |

FUENTE: Matriz de sistematización de datos

Las gestantes que tuvieron parto vaginal, con antecedente de cesárea, tuvieron como diagnóstico, en primer lugar: Desproporción céfalo pélvica (macrosomía fetal) con un 21.4%, seguido del Sufrimiento Fetal Agudo 16.6% y en tercer lugar por presentación podálica con un 13.1%. Los diagnósticos subsiguientes se presentaron en menor proporción.

GRÁFICO N° 01

PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA SEGUN DIAGNOSTICO DE LA CESAREA PREVIA



FUENTE: Tabla N° 01

TABLA N° 02
CARACTERISTICAS DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON
ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA SEGUN
LA DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO

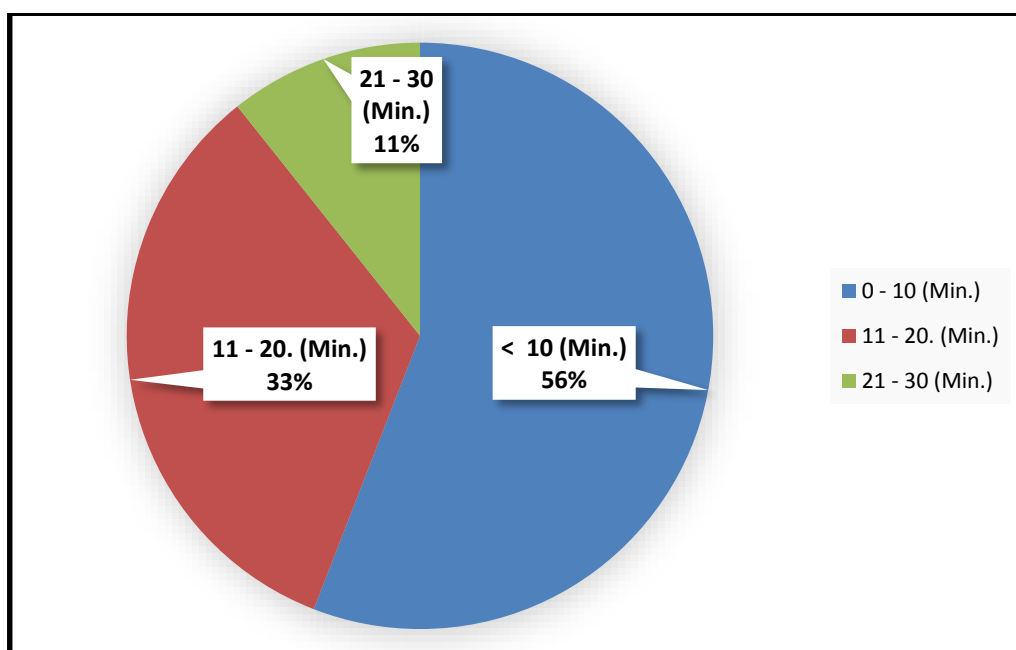
| TIEMPO (En minutos) | DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO | |
|---------------------|--------------------------------|------------|
| | N | % |
| < 10 | 47 | 55,9 |
| 11 - 20 | 28 | 33,4 |
| 21 – 30 | 9 | 10,7 |
| TOTAL | 84 | 100 |

FUENTE: Matriz de sistematización de datos

El periodo expulsivo mayormente tuvo una duración menor o igual a 10 minutos con un considerable 55.9%. Una duración de entre 11 y 20 minutos 33.4%; mientras que sólo el 10,7% tuvo una duración mayor a 21 minutos.

GRÁFICO N° 02

CARACTERÍSTICAS DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA SEGÚN LA DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO



FUENTE: Tabla N° 02

TABLA N° 03

**CARACTERISTICAS DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES
CON ANTECEDENTE DE CESAREA SEGUN LA FORMA Y
DURACION DEL ALUMBRAMIENTO**

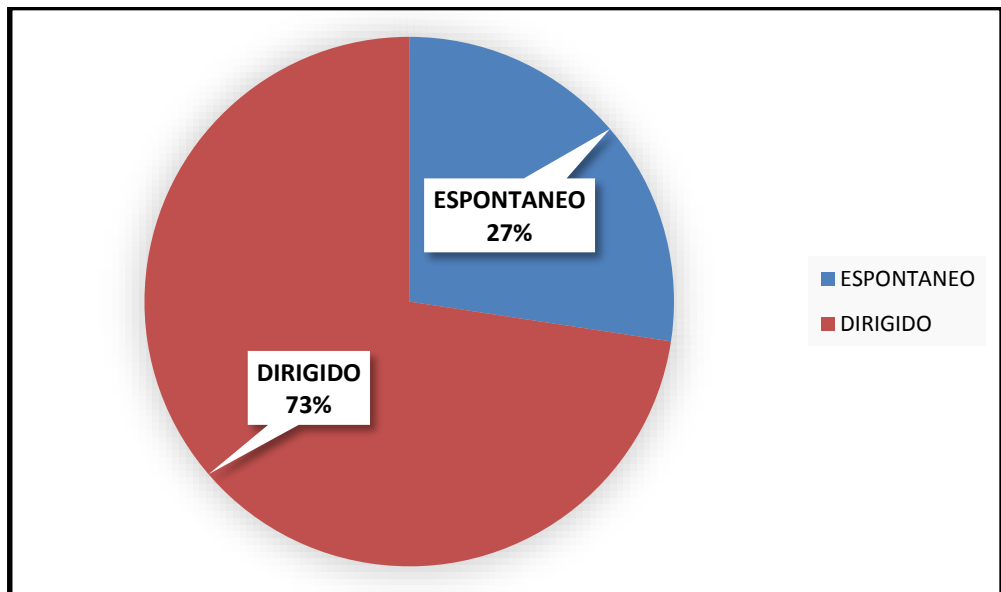
| FORMA DE ALUMBRAMIENTO | DURACION DEL ALUMBRAMIENTO | | | | | | TOTAL | |
|------------------------|----------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | 0 - 5 | | 6 - 10 | | 11 - 15 | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| ESPONTANEO | 9 | 10,7 | 5 | 6 | 9 | 10,7 | 23 | 27,4 |
| DIRIGIDO | 48 | 57,1 | 8 | 9,5 | 5 | 6 | 61 | 72,6 |
| TOTAL | 57 | 67,8 | 13 | 15,5 | 14 | 16,7 | 84 | 100 |

FUENTE: Matriz de sistematización de datos

Tenemos que la forma de alumbramiento dirigido constituye el mayor porcentaje con un 72,6% y, con una duración de 0-5 minutos el 57,1 %, mientras que el alumbramiento espontáneo presenta sólo el 27.4% y una duración para el alumbramiento de la placenta de 0-15 min., considerando en ambos casos dentro de los rangos normales.

GRAFICO N° 03

**CARACTERISTICAS DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES
CON ANTECEDENTE DE CESAREA SEGUN LA FORMA Y
DURACION DEL ALUMBRAMIENTO**



FUENTE: Tabla N° 03

TABLA N° 04

CARACTERISTICAS DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA SEGÚN EL TIPO DE ALUMBRAMIENTO Y LA CANTIDAD DE SANGRADO

| TIPO DE ALUMBRAMIENTO | CANTIDAD DE SANGRADO EN CC. | | | | | | TOTAL | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | 0 - 200 | | 201 - 400 | | 401 - 600 | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| SCHULTZE | 40 | 47,6 | 10 | 11,9 | 4 | 4,7 | 54 | 64,2 |
| DUNCAN | 15 | 18 | 10 | 11,9 | 5 | 5,9 | 30 | 35,8 |
| TOTAL | 55 | 65,6 | 20 | 23,8 | 9 | 10,6 | 84 | 100 |

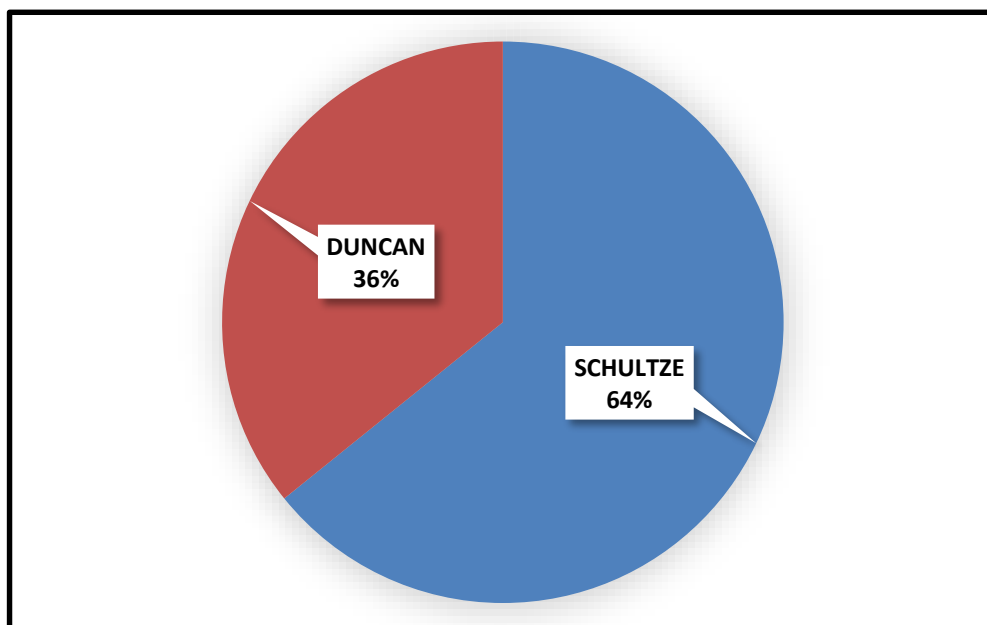
FUENTE: Matriz de sistematización de datos

El alumbramiento tipo Shultze, tuvo el 47,6% y un sangrado no mayor a los 200cc, y en alumbramiento tipo Duncan se presentó en un 18%, con un sangrado igualmente no mayor de 200 CC.

En líneas generales el 64.2% fue alumbramiento tipo Shultze, y un 35.8, tipo Duncan, en ambos no tuvieron problemas de hemorragias.

GRÁFICO N° 04

CARACTERÍSTICAS DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA SEGÚN EL TIPO DE ALUMBRAMIENTO Y LA CANTIDAD DE SANGRADO



FUENTE: Tabla N° 04

TABLA N° 05

CARACTERISTICAS DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA SEGÚN EDAD GESTACIONAL POR EXAMEN SOMATICO Y PESO DEL RECIEN NACIDO

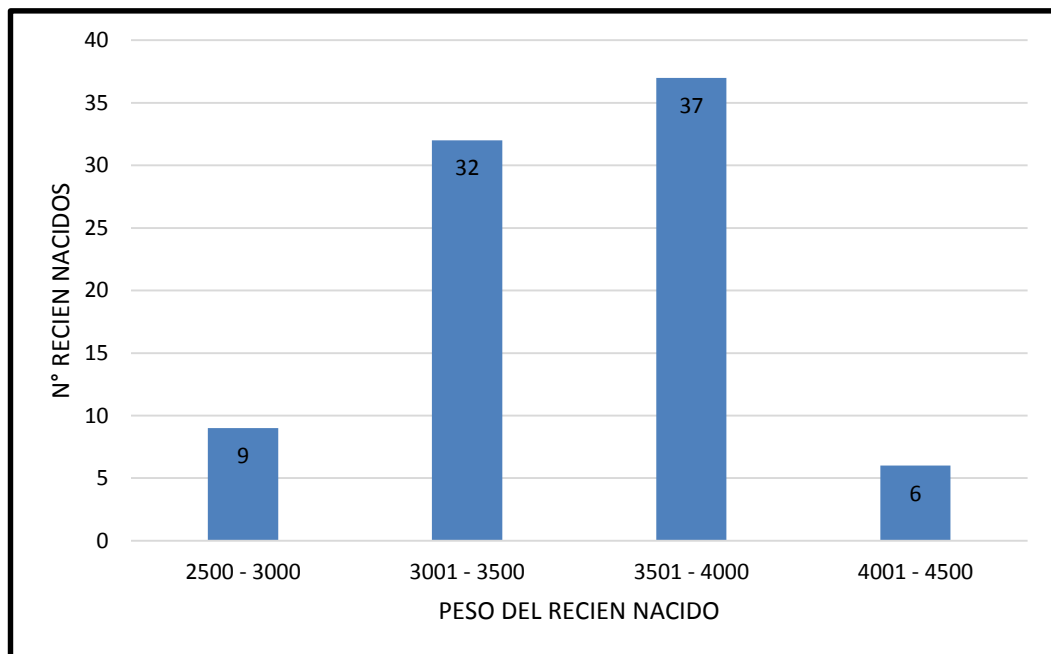
| PESO DEL RECIEN NACIDO EN GR | EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS | | | | | | TOTAL | |
|------------------------------|-----------------------------|----------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | 36 -37 | | 38 - 39 | | 40 - 41 | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| 2500 - 3000 | 3 | 3,6 | 5 | 5,9 | 1 | 1,2 | 9 | 10,7 |
| 3001 - 3500 | 2 | 2,4 | 20 | 23,8 | 10 | 12 | 32 | 38,2 |
| 3501 - 4000 | | | 24 | 28,5 | 13 | 15,4 | 37 | 43,9 |
| 4001 - 4500 | | | 3 | 3,6 | 3 | 3,6 | 6 | 7,2 |
| TOTAL | 5 | 6 | 52 | 61,8 | 27 | 32,2 | 84 | 100 |

FUENTE: Matriz de sistematización de datos

El 43.9% de Recién Nacidos, tienen un promedio de 3,501-4000 gramos de peso al nacer, cuya edad gestacional oscila entre 38-39 semanas por examen somático (28,5%). El 38.2% de 3001-3500, con una Edad Gestacional de 38-39 semanas con un 23,8%. Finalmente se reporta sólo el 7.25% de Recién nacidos con más de 4000 gramos y una edad gestacional de 38-41 semanas.

GRÁFICO N° 05

CARACTERÍSTICAS DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA SEGÚN EDAD GESTACIONAL POR EXAMEN SOMÁTICO Y PESO DEL RECIEN NACIDO



FUENTE: Tabla N° 05

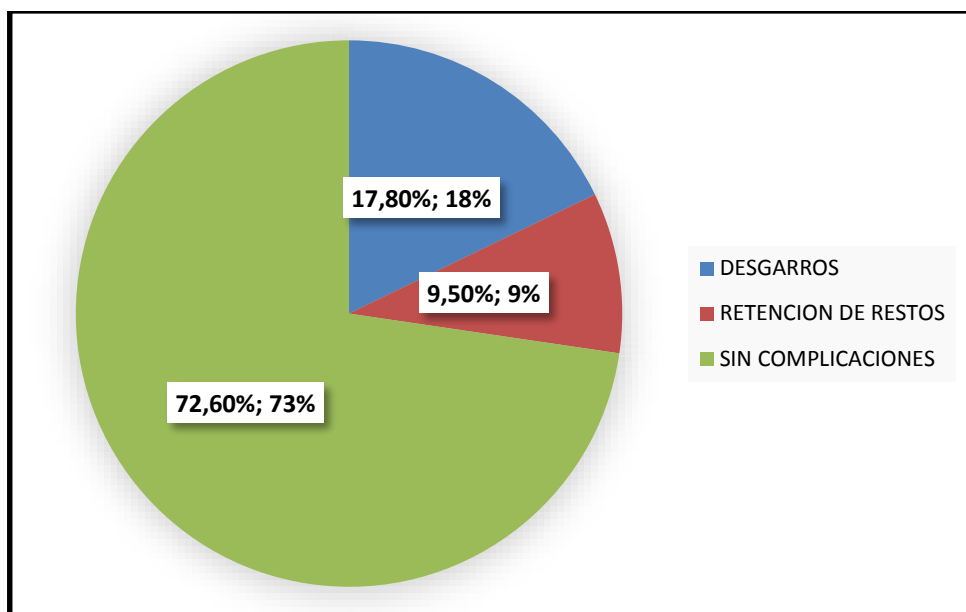
TABLA N° 06
COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN PACIENTES CON
ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA DURANTE
EL TRABAJO DE PARTO

| COMPLICACIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO | CASOS | |
|--------------------------------------------|-----------|------------|
| | n | % |
| DESGARRO PERINEAL | 15 | 17,8 |
| RETENCION DE RESTOS OVULARES | 8 | 9,5 |
| SIN COMPLICACIONES | 61 | 72,6 |
| TOTAL | 84 | 100 |

FUENTE: Matriz de sistematización de datos

Dentro de las complicaciones durante el trabajo de parto, el 72,6% de pacientes no presentaron ningún tipo de complicación, mientras que el 17% presentaron Desgarro perineal de primer grado en el momento del período expulsivo, y en un 9,5 % se presentó retención de restos ovulares, durante el período del alumbramiento.

GRÁFICO N° 06
COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN PACIENTES CON
ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA DURANTE
EL TRABAJO DE PARTO



FUENTE: Tabla N° 06

TABLA N° 07
COMPLICACIONES PERINATALES EN PACIENTES CON
ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA SEGÚN EL APGAR DEL
RECIEN NACIDO

| PUNTUACIÓN | APGAR DEL RECIEN NACIDO | | | |
|----------------|-------------------------|------------|-----------|------------|
| | 1 MIN | | 5 MIN | |
| | N° | % | N° | % |
| 0 - 3 | 1 | 1,2 | | |
| 4 - 6. | 3 | 3,6 | | |
| 7 - 10. | 80 | 95,2 | 84 | 100 |
| TOTAL | 84 | 100 | 84 | 100 |

FUENTE: Matriz de sistematización de datos

El 95.2% de Recién Nacidos, tuvieron una valoración de 7-10 al minuto de nacer. El 3,6% de 4-6 y solo un 1.2% tuvo una puntuación de 3 al min y el Apgar a los 5 minutos en su totalidad (100%) tuvieron una puntuación de 9-10.

Se realizó la prueba estadística Chi-Cuadrado, donde se observa que p-valor = 0,975 es mayor que el nivel de significancia ($\alpha = 5\%$), entonces se rechaza la H_1 y se acepta la H_0 .

| PRUEBAS DE CHI-CUADRADO | | | |
|--------------------------------|-------------------|----|--------------------------------------|
| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | ,051 ^a | 2 | ,975 |
| Razón de verosimilitud | ,098 | 2 | ,952 |
| Asociación lineal por lineal | ,044 | 1 | ,833 |
| N de casos válidos | 84 | | |

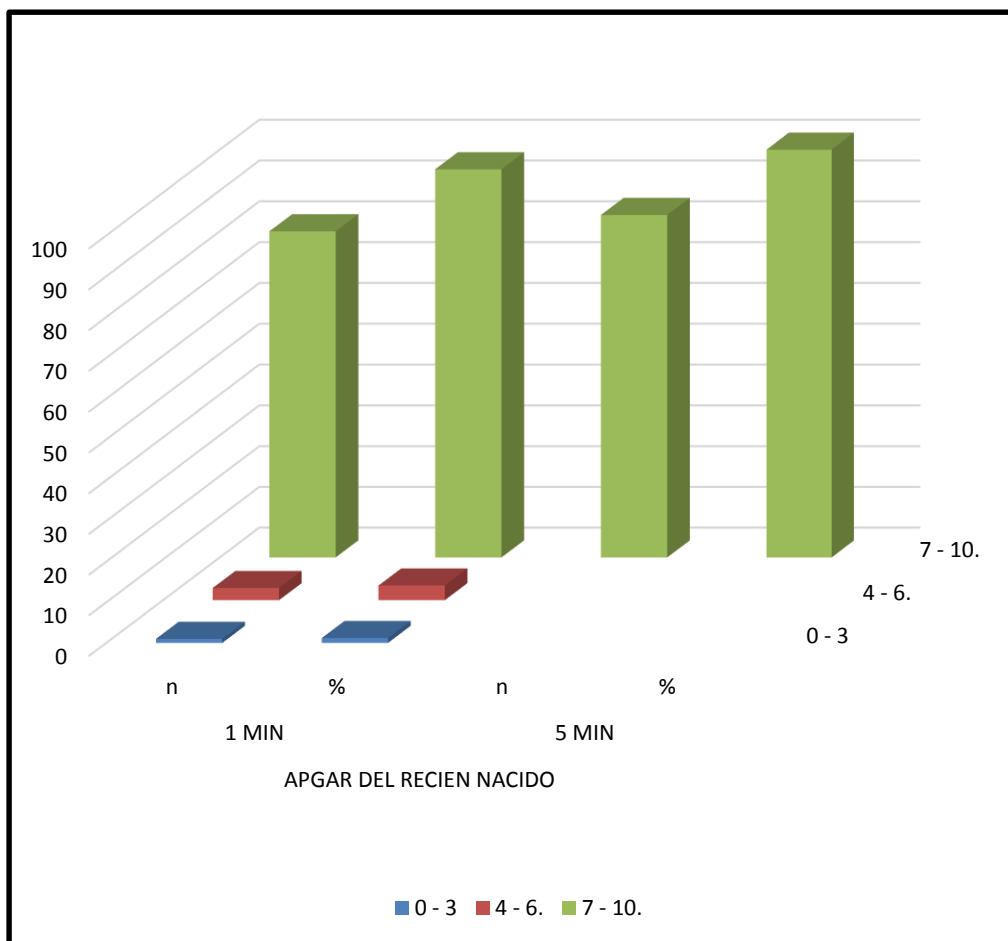
FUENTE: base de datos en el programa SPSS versión 21

$$X^2 = 0,51 \quad p = 0,975$$

Se concluye que hay una relación estadísticamente significativa entre las complicaciones perinatales en pacientes con antecedente de cesárea previa según el apgar del recién nacido

GRÁFICO N° 07

COMPLICACIONES PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA SEGÚN EL APGAR DEL RECIEN NACIDO



FUENTE: Tabla N° 07

TABLA N° 08
COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON
ANTECEDENTE DE CESAREA EN RELACION A DURACION
DEL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

| FORMAS DE ALUMBRAMIENTO/ RETENCIÓN DE MEMBRANAS | | DURACION DEL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO | | | | | | TOTAL | |
|----------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | | 0 - 5 | | 6 - 10. | | 11 - 15. | | | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Espontaneo | Con retención de membranas | 2 | 2,4 | 1 | 1,2 | 4 | 4,8 | 7 | 8,3 |
| | Sin retención de membranas | 7 | 8,3 | 4 | 4,8 | 5 | 6 | 16 | 19,1 |
| Dirigido | Con retención de membranas | 0 | | 1 | 1,2 | 1 | 1,2 | 2 | 2,4 |
| | Sin retención de membranas | 48 | 57,1 | 7 | 8,3 | 4 | 4,8 | 59 | 70,2 |
| TOTAL | | 57 | 67,8 | 13 | 15,5 | 14 | 16,7 | 84 | 100 |

FUENTE: Matriz de sistematización de datos

En el 19.1% de pacientes que tuvieron alumbramiento espontáneo, no hubo retención de membranas, pero en el 8.3% sí hubo retención de membranas, de los cuales en el 4.8% se produjo el alumbramiento entre 11-15 minutos. Por otro lado, en el alumbramiento dirigido, solo se reportaron 2 casos con retención de membranas que hacen el 2,4%, los mismos que ocurrieron entre 6-10 minutos y de 11-15 minutos respectivamente y; en el 70,2% no hubo retención de membranas.

Se realizó la prueba estadística Chi-Cuadrado, donde se observa que p-valor = 0,001 es menor que el nivel de significancia ($\alpha = 5\%$), entonces se rechaza H_0 y se acepta la H_1 .

| PRUEBAS DE CHI-CUADRADO | | | |
|------------------------------|---------------------|----|--------------------------------------|
| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 22,602 ^a | 6 | ,001 |
| Razón de verosimilitud | 21,258 | 6 | ,002 |
| Asociación lineal por lineal | 17,685 | 1 | ,000 |
| N de casos válidos | 84 | | |

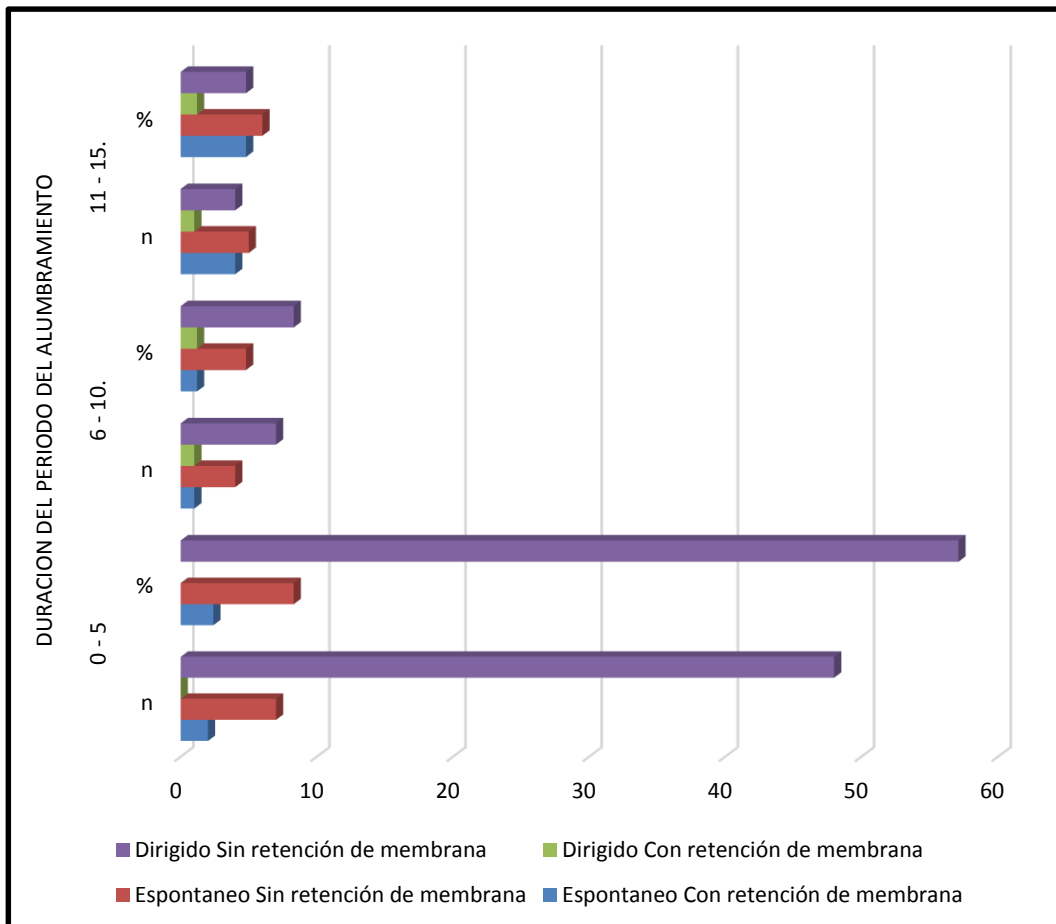
FUENTE: base de datos en el programa SPSS versión 21

$$X^2 = 22.602 \quad p = 0,001$$

Se concluye que no hay una relación estadísticamente significativa entre las complicaciones del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea en relación a duración del periodo de alumbramiento.

GRÁFICO N° 08

COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA EN RELACION A DURACION DEL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO



CUADRO N° 09
COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON
ANTECEDENTE DE CESAREA Y EN RELACION A DESGARRO
PERINEAL - DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO

| DESGARRO PERINEAL | DURACION DEL PERIODO DEL PERIODO EXPULSIVO | | | | | | TOTAL | |
|------------------------|--------------------------------------------|-------------|-----------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|
| | 0 - 10 | | 11 - 20. | | 21 - 30. | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Con desgarro P. | 8 | 9,5 | 1 | 1,2 | 5 | 6 | 14 | 16,7 |
| Sin desgarro P. | 39 | 46,4 | 27 | 32,1 | 4 | 4,8 | 70 | 83,3 |
| TOTAL | 47 | 55,9 | 28 | 33,3 | 8 | 10,8 | 84 | 100 |

FUENTE: Matriz de sistematización de datos

Considerando el desgarro perineal como complicación durante el periodo expulsivo se ha producido en un 9,5% de 0-10 min, 1,2% de 11-20 minutos. Un 6% de 21-30 minutos. Haciendo un total de 16,7% que presentaron dicha complicación. Mientras que el 83.3% no presentó ningún desgarro.

Se realizó la prueba estadística Chi-Cuadrado, donde se observa que $p\text{-valor} = 0,01$ es menor que el nivel de significancia ($\alpha = 5\%$), entonces se rechaza H_0 y se acepta la H_1 .

| PRUEBAS DE CHI-CUADRADO | | | |
|--------------------------------|---------------------|----|--------------------------------------|
| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 13,261 ^a | 2 | ,001 |
| Razón de verosimilitud | 11,816 | 2 | ,003 |
| Asociación lineal por lineal | 2,037 | 1 | ,154 |
| N de casos válidos | 84 | | |

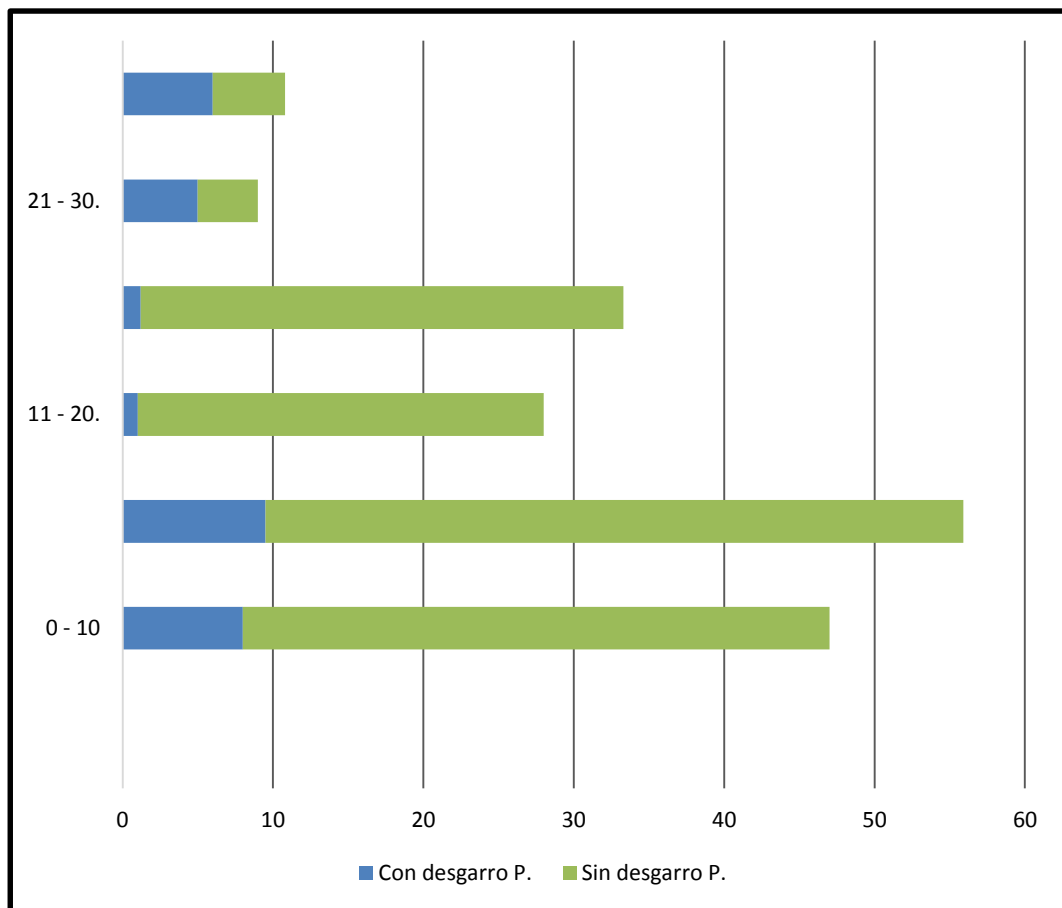
FUENTE: base de datos en el programa SPSS versión 21

$$X^2 = 13.261 \quad p = 0,001$$

Se concluye que no hay una relación estadísticamente significativa entre las complicaciones del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea y en relación a desgarro perineal - duración del periodo expulsivo.

GRÁFICO N° 09

COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA Y EN RELACION A DESGARRO PERINEAL - DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO



FUENTE: Tabla N° 09

4.2 DISCUSIÓN

Con el incremento de equipos modernos y de tecnología avanzada, permiten que muchas patologías que se pudieran presentar durante el trabajo de parto, sean identificadas precozmente y se tomen decisiones oportunas. SANZ¹ En un trabajo realizado en el Hospital Cayetano Heredia concluye que el 81% de pacientes con antecedente de cesárea, culmina nuevamente con cesárea, solo el 19% tuvieron parto vaginal. No especifica exactamente las razones, pero si menciona que de los partos vaginales no hubo complicaciones materno-perinatales, deducimos entonces que las que se complicaron terminaron en cesárea. De igual forma en un estudio realizado en el Instituto materno perinatal, en el 2014, concluye que no se encontraron diferencias significativas en cuanto a las complicaciones materno-perinatales, en pacientes de parto vaginal con las de parto por cesárea.

En el presente estudio, sólo se presentaron complicaciones maternas, que fueron solucionadas oportunamente. No se registró ninguna complicación perinatal.

El Diagnóstico más frecuente de la cesárea anterior fue Desproporción Céfalo-pélvica con un 21,4% seguido del Diagnóstico Sufrimiento Fetal Agudo, y en tercer lugar presentación podálica.

En cuanto a la relación entre el tiempo de duración del período expulsivo 16,7% presentaron complicaciones maternas. Del total de partos vaginales en un 9,5% de produce desgarro perineal dentro del rango de 0-10 minutos, esto quiere decir que podría tratarse de un parto precipitado, por un lado, y por otro lado la paciente acude al centro asistencial ya en período expulsivo. Por el temor de ser sometidas nuevamente a cesárea manejan su trabajo de parto en su domicilio y sólo acuden para la atención de su parto. Se evidencia desgarro perineal en un 7,2% entre 11 – 30 minutos de duración lo que nos lleva a pensar en que el producto sea algo grande o se trate de una pelvis limite y que, a pesar de haber realizado la episiotomía, ocurre el desgarro perineal. No está demás mencionar que el peso promedio del Recién Nacido es de 3501-4000grs. (43,9%) en relación a la edad gestacional por examen somático promedio siendo de 38-39 semanas (61.8%).

Así mismo tenemos como segunda complicación la retención de membranas. De acuerdo a la forma del alumbramiento. En el

Hospital Hipólito Unánue de Tacna, es parte del protocolo de atención, realizar el alumbramiento dirigido, por lo que, en nuestro estudio, el 72.6% es manejado de esta forma. De éste total sólo en el 2,4% se produjo retención de membranas registrándose en el rubro de 6-15 minutos de duración del alumbramiento, asumiendo que el tipo de alumbramiento en Duncan (35,8%) es también algo elevado y en pacientes con antecedente de cesárea es más frecuente la inserción anormal y luego el desprendimiento de la placenta. El alumbramiento tipo schultze, se ha presentado en 64,2%, en ambos casos de acuerdo al manejo en base a protocolos de atención, han presentado sangrado mínimo en el post parto, no más de 200 cc el 65,6%, el 23,8% de 201-400cc.

La puntuación del Apgar al minuto, el 95.2% tuvieron una puntuación de 7-10, valga la aclaración en este ítem sólo hubo tres casos con Apgar de 7, los demás tuvieron 9.

Sólo el 4,8 % tuvieron puntuación menor o igual a 6 (4 casos). El Apgar a los 5 minutos tuvo valoración de 9-10 (100%).

Dentro de nuestra teoría, una de las principales complicaciones en pacientes cesareadas anteriores es la inminencia

de la rotura uterina, pero estamos demostrando que no es así por lo menos no en el HHUT. Finalmente, si bien es cierto, que las gestantes con cesárea anterior son pacientes de riesgo, también es cierto que contamos con tecnología avanzada y profesionales capacitados que nos permite un manejo especializado y un monitoreo obstétrico permanente, que la ante la aparición de cualquier complicación, la solución es inmediata.

Es por todo ello, que el 100% de pacientes tomadas como muestra, terminaron en parto vaginal, y la presencia de esas dos complicaciones, fueron solucionadas oportunamente.

Como datos referenciales en los años 2014-2015 hubo un total de 6 816 partos de los cuales 3359 fueron Cesáreas y a su vez 231 pacientes ingresaron a cesárea por diagnóstico de cesárea anterior, 180 casos con cesárea previa, terminaron en parto vaginal, y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión obtuvimos una muestra de 84 pacientes, las mismas que reúnen características de edad, paridad, período intergenésico, etc. que nos ayudan para nuestro estudio.

Comparativamente hablando en el año 2016 hubo 3 413 partos, de los cuales 1777 terminaron en cesárea, 135 por cesárea anterior es decir cesáreas electivas. Y si seguimos analizando hasta inicios del mes de Julio 2017 ya existía, aproximadamente 850 cesáreas, se asume que a diciembre se estará duplicando.

CONCLUSIONES

PRIMERA

No existe una relación significativa entre las pacientes con antecedente de cesárea previa y las complicaciones del parto vaginal ya que en las pacientes con diagnóstico de cesárea previa el 83.3% no presentaron ninguna complicación, mientras que sólo el 16,7 presentaron alguna complicación. Del total de partos vaginales sólo en un 9,5% se produce desgarro perineal dentro del rango de 0-10 minutos y un 7,2% entre 11-30 minutos de duración en la expulsión del producto.

SEGUNDA

El 21,4% de pacientes de parto vaginal, tuvieron como diagnóstico de cesárea previa la Desproporción Céfalo-pélvica (macrosomía fetal) en primer lugar. El Sufrimiento Fetal Agudo con un 16,6% como segunda causa de cesárea, y como tercer diagnóstico de cesárea previa Presentación podálica.

TERCERA

La duración del período expulsivo en tiempo fué de menor o igual a 10 minutos, en un 55,9%, el 33,4% de 11-20 minutos, y de un 10.7% en el rango de 21-30 minutos.

CUARTA

La duración del período del alumbramiento dirigido tiene un 57,1% dentro de los primeros 5 minutos, mientras que en el alumbramiento espontáneo se tiene sólo el 10,7%. De manera concluyente el 72.6% es de manejo dirigido y el 27,4% fué espontáneo.

QUINTA

En relación al tipo del alumbramiento y la cantidad de sangrado, tenemos que el 64.2% tuvo un alumbramiento tipo Schultze, y el 35.8% fué Duncan. En ambos casos con un 65,6% presentaron un sangrado de no más de 200 CC.

SEXTA

El Peso del Recién Nacido, en relación a la Edad gestacional promedio oscila entre 3501-4000grs y una Edad Gestacional por exámen somático en un rango de 38-41 semanas, constituyendo así el 43.9%. Un 38,2% de 3001-3500grs de 36-41semanas. El 10,7% de Recién Nacidos entre 36-41 semanas tuvieron un peso de 2500 a 3000grs. y solo un 7,2% de recién nacidos tuvieron más de 4000grs de peso.

SEPTIMA

El 72.6% de pacientes no presentaron ningún tipo de complicaciones. Las complicaciones maternas que se presentaron durante todo el trabajo de parto sólo fueron dos, en primer lugar, con un 17,8% presentaron Desgarro perineal de primer grado y retención de membranas un 9,5%.

OCTAVA

En cuanto a la valoración del Apgar en el Recién Nacido, tenemos que el 95.2% al minuto de nacidos tuvieron una puntuación de 7-10; sólo el 4.8% de 3-6 y; a los 5 minutos el 100% tienen buen apgar de 9-10.

NOVENA

En lo referente a la retención de membranas y forma de alumbramiento tenemos que el 70,2% con manejo dirigido no presentó dicha complicación, el 2,4% presentó dentro del rango de 6-15 minutos de duración. Mientras que en las pacientes con alumbramiento espontáneo en 8,3% sí presentó retención de membranas, después de 6-15 minutos.

RECOMENDACIONES

- Considerando los resultados en ésta investigación sugerimos realizar una evaluación exhaustiva de las gestantes, antes de establecer como tratamiento definitivo la cesárea, puesto que un alto porcentaje de las gestantes con cesárea previa tuvieron un parto normal y sin complicaciones.
- Incluir mayor casuística de modo que los resultados sean cada vez más extrapolables y minimicen probables sesgos que pudieran presentar las unidades de estudio.
- Profundizar investigaciones que incluyan otros parámetros no contemplados en éste estudio, de modo que se pueda determinar la decisión de concluir en un parto vaginal sin complicaciones y no apresurarse a concluir el embarazo en un procedimiento quirúrgico innecesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SAENZ C, SANTANA S, TORRES L. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones materno neonatales. Rev Per Ginecol Obstet 2010; 56:232-237.
2. PÉREZ M. Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad San Martín de Porres. Lima, 2015.
3. LINDO M, PAREDES A, ZEA C, CIENFUEGOS H, LIMAS M. Parto vaginal en cesareada anterior: Experiencia de 4 años en un hospital de la Seguridad Social. Rev Per Ginecol Obstet 2004; 50(4): 217-222.
4. POCCO D. Parto vaginal en cesareada anterior una vez. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2010.
5. PÉREZ P. Parto vaginal en la cesareada anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el

- 2000 al 2002. Tesis para optar el grado de especialista en Gineco Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2005.
6. AGÜERO O. Cesárea anterior y parto vaginal. Rev Obstet Ginecol Venezuela 1992; 52(3): 135-9.
 7. SÁNCHEZ GR. Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa. Rev Fac Med UNAM 2003; 46(1): 28-31.
 8. RICCI P, PERUCCA E, ALTAMIRANO R. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. Rotura uterina, una complicación posible. Rev Chil Obstet Ginecol 2003; 68(6): 523-528.
 9. CUERO O, CLAVIJO C. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali Colombia. Estudio de cohorte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2011; 62(2).
 10. ORTIZ C, DE MARCOS N. Parto vaginal poscesárea. Primeros casos en Cuba. Rev cubana Obstet Ginecol 1998; 24(3).
 11. CAMPOS J, ALVAREZ J, GARCIA P, ROJAS M, NEMER C, ESTIÚ M. Parto vaginal después de una cesárea.

12. KUSHNER, DÁVALOS 2006. PARTO VAGINAL VS. CESAREA
[Serien en línea] Disponible: <http://www.saludfem.com>
13. ALBERTO, MESSA A. M.D. 2008. Parto Vaginal con Cesárea Previa
[Serien en línea] Disponible: <http://www.saludfem.com>.
14. ROMERO J. Determinación de los factores favorables para un parto vaginal post cesárea en primigestas juveniles de 15 a 20 años en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel. De septiembre de 2012 a febrero del 2013. Tesis para optar el título de obstetra. Universidad de Guayaquil. Ecuador, 2013.

ANEXOS

ANEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. DATOS DE LA MADRE

Antecedente de cesárea:

.....

Complicaciones maternas durante el trabajo de parto.....

....

.....

.....

Duración del Período expulsivo

.....

....

Duración del período del alumbramiento.....

....

Forma y tipo de alumbramiento

.....

....

2. DATOS DEL RECIEN NACIDO

Peso al nacer:

.....

...

Edad gestacional:

.....

...

Apgar al minuto:

.....

....

Apgar a los 5 minutos:

.....
.....

Complicaciones perinatales::

.....
...