

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

CARACTERIZACIÓN DE LA GESTANTE CON ANTECEDENTE DE
CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL 2013 AL 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Brigitte Cynthia Coaquira Huanacuni

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**CARACTERIZACIÓN DE LA GESTANTE CON ANTECEDENTE DE
CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015**

TESIS

Presentado por:

BACH. BRIGGITHE CYNTHIA COAQUIRA HUANACUNI

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobada por*Unanimidad*....., ante el siguiente Jurado

.....
Dra. Iris Paredes Gonzáles
Presidente

.....
Mgr. Nérida Pérez Cabanillas
Secretaria

.....
Mgr. Bernardino Damián López
Miembro

Dedicatoria

A Dios por guiarme en cada etapa de mi vida, dándome las fuerzas necesarias para seguir adelante y la esperanza de seguir luchando con amor y humildad.

A mis queridos padres que siempre estuvieron a mi lado alentándome a culminar mis metas y brindándome su apoyo incondicional, confianza y amor.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por estar siempre a mi lado guiando mis pasos.

A mis padres y hermanos por el amor, comprensión, apoyo incondicional a lo largo de estos años.

A mis asesores Mgr. Rey Ángel Linares Dávalos y Lic. Silvia Mamani Ramos por su apoyo y asesoría en la elaboración de esta investigación, asimismo a todas aquellas personas que de una u otra forma, encaminaron y colaboraron la realización de este trabajo.

CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema	5
1.2. Formulación del problema.....	9
1.3. Justificación e importancia	9
1.4. Objetivos	12

1.4.1. Objetivo general.....	12
1.4.2. Objetivos específicos	12

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	14
2.2. Base teórica.....	24
2.2.1. América Latina, primero en cesárea en el mundo	26
2.2.2. Tasas de éxito en pacientes con cesárea previa	27
2.2.3. Complicaciones maternas del parto vaginal con cesárea previa.....	28
2.2.4. Complicaciones fetales del parto vaginal con cesárea previa.....	29
2.2.5. Analgesia Obstétrica en pacientes con cesárea previa	30
2.3. Definición de términos	31

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación	34
3.2. Diseño de la investigación	34
3.3. Población y Muestra	34
3.3.1. Población de estudio.....	34
3.3.2. Muestra	34
Variables de estudio	36
3.4. Operacionalización de variables.....	37
3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos	42
3.5.1. Técnica de recolección de datos	42
3.5.2. Instrumento de recolección de datos	42
3.5.2. Procedimientos de recolección de datos	42
3.6. Procesamiento de datos	43

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

RESULTADOS.....	44
DISCUSIÓN	76
CONCLUSIONES	88
RECOMENDACIONES.....	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS.....	100

ÍNDICE DE TABLA

	Pág.
Tabla 1: Incidencia de gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	45
Tabla 2: Distribución por grupo etáreo de la gestante con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	47
Tabla 3: Distribución del estado civil de la gestante con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	49
Tabla 4: Distribución de la procedencia de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	51
Tabla 5: Distribución de la ocupación de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto	

	vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	53
Tabla 6:	Distribución del grado de instrucción de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	55
Tabla 7:	Distribución de la paridad de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	57
Tabla 8:	Distribución del número de cesáreas previas de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	59
Tabla 9:	Distribución del número de control prenatal de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	61
Tabla 10:	Distribución del periodo intergenésico de las gestantes con antecedente de cesárea anterior	

	atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	63
Tabla 11:	Distribución de la edad gestacional de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	65
Tabla 12:	Distribución de patologías durante el embarazo de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	67
Tabla 13:	Distribución de complicaciones maternas de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	70
Tabla 14:	Distribución de complicaciones perinatales de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Incidencia de gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	46
Gráfico 2: Distribución por grupo etáreo de la gestante con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	48
Gráfico 3: Distribución del estado civil de la gestante con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	50
Gráfico 4: Distribución de la procedencia de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	52

Gráfico 5:	Distribución de la ocupación de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	54
Gráfico 6:	Distribución del grado de instrucción de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	56
Gráfico 7:	Distribución de la paridad de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	58
Gráfico 8:	Distribución del número de cesáreas previas de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	60
Gráfico 9:	Distribución del número de control prenatal de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital	

	Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	62
Gráfico 10:	Distribución del periodo intergenésico de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	64
Gráfico 11:	Distribución de la edad gestacional de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	66
Gráfico 12:	Distribución de patologías durante el embarazo de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	69
Gráfico 13:	Distribución de complicaciones maternas de las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.	72
Gráfico 14:	Distribución de complicaciones perinatales de	

las gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.

75

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es realizado con el objetivo de determinar la caracterización de la gestante con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015. Se trató de un diseño no experimental, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal; los datos fueron obtenidos del Sistema Informático Perinatal (SIP). Se estudió 260 gestantes con antecedente de 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, cabe destacar que no hubo complicaciones maternas en este estudio, sin embargo dentro de las complicaciones perinatales se encontraron 2 casos de muerte neonatal (0,8%), el mismo número de asfixia neonatal (0,8%); sin embargo se tuvo 9 casos de bajo peso al nacer (3,5%) y 7 casos de óbitos fetales (2,7%); además las pacientes que terminaron otra vez con la indicación de cesárea en la mayoría fue por desproporción Feto Pélvica seguida de cesareada anterior y sufrimiento fetal.

Palabras clave: culminación del parto, cesárea previa, parto vaginal, cesárea, trabajo de parto.

ABSTRACT

This research is carried out with the objective of determining the characterization of the pregnant woman with antecedent of previous cesarean section attended by vaginal delivery in hospital Hipólito Unanue of Tacna during the 2013 to 2015. It was a non-experimental, descriptive, retrospective and cross-sectional design; the data were obtained from the Perinatal Computer System (SIP). It was studied 260 pregnant women with previous cesarean section who also met the inclusion and exclusion criteria. The study found that the patients with previous cesarean section successfully completed their vaginal delivery, it should be noted that there were no maternal complications in this study; however, within the perinatal complications, 2 cases of neonatal death (0,8%) were found, The same number of neonatal asphyxia (0,8%); However, there were 9 cases of low birth weight (3,5%) and 7 cases of fetal deaths (2,7%); In addition the patients who ended again with the indication of cesarean section in the majority was by disproportion pelvic fetus followed by previous cessation and fetal suffering.

Key words: culmination of labor, previous cesarean section, vaginal delivery, cesarean, labor.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha sido motivo de controversia la interrogante de la vía del nacimiento en embarazos de mujeres con antecedente de cesárea. Dicho debate se ha dirigido principalmente a la seguridad relativa del nacimiento por vía abdominal con respecto al vaginal en presencia de una cicatriz uterina. La práctica de la cesárea en sus inicios no fue considerada una práctica segura, siendo utilizada solo en casos excepcionales.

Mientras que obstetras en Europa, Asia y África se inclinaban por una prueba de trabajo de parto, en Estados Unidos se prefería la realización de una cesárea electiva. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología declaró que “una mujer con cesárea anterior debería ser aconsejada a intentar un parto vaginal”. Estos cambios en el manejo favorecieron el incremento de la tasa de partos vaginales en cesáreas anteriores. Sin embargo, también incrementaron los reportes de complicaciones materno fetales, rotura uterina y aumentó la tasa de cesáreas a 31,1%. En un esfuerzo por disminuir esta tasa, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomendó que las pacientes con

cesárea anterior podrían ser sometidas a una prueba de trabajo de parto, debido a que el porcentaje de éxito de lograr un parto vaginal fluctuaba entre 60% y 80%, con riesgo de rotura uterina menor al 1%, resultados importantes en la toma de decisiones. Desde ese momento, varios investigadores han intentado dilucidar los factores que estarían asociados con un parto vaginal exitoso después de una cesárea anterior. (1)

América Latina cuenta con los índices más altos de partos por cesárea. El índice de cesáreas (IC) fluctúa entre 20 y 25% en hospitales públicos y es mayor al 50% en las instituciones médicas privadas. La Organización Mundial de Salud (OMS) señala que el índice de cesáreas a nivel poblacional no debe ser superior al 15%, y concluyó estadísticamente que no existen beneficios adicionales para la salud por encima de este porcentaje pero esto va aumentando en los últimos años según el centro hospitalario, factores como la reducción en la paridad (aumento de nulíparas), postergación de la maternidad (aumento de primigestas añosas), el uso de pruebas de vigilancia del bienestar fetal, alto riesgo médico legal, factores socioeconómicos y culturales como la preferencia social y el tipo de aseguramiento. En Latinoamérica 12 de 19 países estudiados tienen tasas de cesáreas mayores al 15%, con rangos que varían de 16,8 a 40%. (2)

Según la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive, documento redactado por el Ministerio de Salud en el año 2007, la frecuencia de cesáreas en el Perú es de 15 %. En nuestro país actualmente la tasa de cesárea varía entre 20,2 – 54,5%. (2)

En el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), según la oficina de estadística e informática, se ha observado claramente un incremento de las intervenciones quirúrgicas en obstetricia en los últimos años; además que la mayoría de las cirugías obstétricas (93%) realizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el 2013, correspondieron a cesáreas, habiendo una tendencia clara al incremento de este tipo de intervenciones en relación a lo observado en los últimos años; en el 2010 un 39,9%, en el 2011 un 43,8%, en el 2012 un 44,3% y en el 2013 un 44.5% del total de partos; respectivamente. (3)

En los últimos 20 años muchos trabajos de investigación se han realizado , numerosos investigadores y clínicos han intentado determinar qué mujeres podrían ser sometidas a un parto vaginal después de un parto por cesárea y cuales tendrían resultados pobres si son sometidas al mismo, ya que en la actualidad aún sigue siendo controversial el manejo del trabajo de parto de la paciente con antecedente de cesárea, para

lograr esto se necesita de parámetros clínicos y exámenes de ayuda diagnóstica que permitan tomar buenas decisiones clínicas en el manejo de estas pacientes y se reduzcan al mínimo los acontecimientos adversos como la ruptura uterina. (4)

Por estas razones el presente trabajo ha sido diseñado con el objetivo de investigar a las gestantes que culminan su parto por vía vaginal con antecedente de cesárea previa que acuden al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, determinando cuáles son las características, a cuantas se les somete a una prueba de trabajo de parto y las complicaciones que presentan las gestantes y sus productos. Dicha información permitirá un adecuado manejo de la paciente con antecedente de cesárea en lo que respecta a las vías de terminación del parto, haciendo que el parto vaginal sea una alternativa segura tanto para la madre como para el feto, así mismo favorecerá la reducción de la tasa de cesáreas con la consecuente disminución de los costos en la atención de la mujer gestante.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 . Descripción del problema

En calidad de servicio de Segundo Nivel, el Hospital Hipólito Unanue es un centro de referencia asistencial donde se atienden pacientes con embarazos de alto riesgo como es el caso de gestantes con una cesárea anterior que requieren un manejo especial y que no pueden ser atendidos en un primer nivel por las complicaciones y riesgos que pueden surgir antes o 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 Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015, estableciendo el tipo de complicaciones del mismo.

El parto, como todo acto fisiológico, debe cursar sin complicaciones; a medida que aumenta la tecnología y mejora la calificación de los profesionales se va a transformar en distócico. En la historia de la

Medicina, en el imperio romano (700 AC), se dan los primeros pasos de la cesárea actual, lo que ayudó a prevenir múltiples complicaciones maternas fetales. (5)

Con el decursar de los años esta solución se ha convertido en un problema mundial por el alto índice de cesáreas que se informa: en muchos países alcanza hasta un 40%. Muchos obstetras consideran que toda cesárea debe continuar con otra cesárea, criterio ampliamente generalizado en Cuba, conclusión a la que se llegó debido a que, en sus inicios, la técnica operatoria que se aplicaba era la incisión corpórea del útero o cesárea clásica, la que implicaba un elevado riesgo de rotura uterina. (6)

La paciente gestante con antecedente de cesárea se ha convertido en los últimos años en tema de múltiples trabajos de investigación, debido a lo especial de su condición y a lo controversial de su manejo. Esto último es mayor en lo que respecta a las vías de culminación del parto. En la actualidad existe gran cantidad de literatura extranjera que reporta resultados que podrían favorecer al parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea, sin embargo, no toda la literatura goza de

aceptación y muy pocos trabajos son considerados lo suficientemente serios como para ser tomados en cuenta. En nuestro medio, se han realizado pocos trabajos de investigación sobre el tema, y una de las causas son los problemas relativos a las fuentes de información que faciliten la realización de los mismos.

En el 2004 y el 2005, se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS en 24 regiones de ocho países de América Latina. En la encuesta se obtuvieron datos de todas las mujeres que ingresaron para tener el parto en 120 instituciones seleccionadas al azar. La mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%. (7)

Esta misma tendencia se ha venido incrementando en los últimos años en nuestro país, ya que como se evidencia en múltiples estudios nacionales existe una alta tasa de incidencia de cesárea; las cuales en algunos casos se deben a la asociación de diferentes factores predisponentes, algunos de ellos de tipo materno, fetales u ovulares; y en otros casos siendo estrictamente causas de tipo personales y/o

económicas. Esta problemática evidencia una falta de homogeneidad en los criterios que llevan a dicha intervención quirúrgica. (8)

Sin bien es cierto que hoy en día, las cesáreas son por lo general procedimientos con un alto grado de “seguridad”; no debemos olvidar que cualquier tipo de cirugía conlleva riesgos como: aumento del sangrado (que podría requerir una transfusión de sangre), infecciones de herida operatoria, daño accidental al intestino y/o vejiga, reacción adversa a medicamentos, muerte materno-fetal (muy poco frecuente) y posibles daños al neonato. Además de tener presente las implicaciones médico-legales que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento. (9)

Además de persistir esta problemática, podría ocasionar en la población una generalización de esta tendencia, con diversas consecuencias como: Disminución de atención de parto eutócico, incremento en las consecuencias post operatorias y un incremento en el gasto familiar por parte de la población (ya que al generalizarse esta tendencia las familias optarían por la realización de este procedimiento quirúrgico). Todo esto conllevaría a que la realización de este

procedimiento que debería ser estrictamente de tipo médico-asistencial, sea con fines netamente lucrativos. (9)

Por todo lo anterior es importante conocer la frecuencia, características sociodemográficas-obstétricas y complicaciones materno-perinatales; con el fin de que la mayoría de los casos de parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea previa termine en un exitoso parto por vía vaginal.

1.2 . Formulación del problema

¿Cuál es la caracterización de la gestante con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015?

1.3 . Justificación e importancia

El Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, como principal centro de referencia para la atención de las mujeres gestantes, no cuenta en la actualidad con estadísticas de parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea, como practica obstétrica encaminada a la reducción de la tasa global de cesárea en relación a sus complicaciones e impacto en el binomio materno fetal, lo que nos orienta a

la realización del análisis de los datos estadísticos con que se cuenta en el periodo comprendido del 2013 al 2015, con el fin de estadificar y determinar la frecuencia de parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea y los factores relacionados, así como las complicaciones maternas presentadas y el desenlace perinatal tanto en este grupo de paciente como en mujeres con antecedente de una cesárea.

En el Perú, de acuerdo con lo reportado por Balizan y colaboradores, igual que lo encontrado en otros países menos desarrollados – como Bolivia, Haití y Guatemala – la incidencia de cesárea se había mantenido por debajo de 10%, cifra muy inferior a la descrita en países como Puerto Rico (45%), Chile (40%), Brasil (27%), Argentina (25%) y México (24%). No obstante, este panorama parece haber cambiado sustancialmente sobre todo en los últimos años. (7)

El presente estudio se justifica por la importancia de conocer la Tasa de Incidencia de Cesárea, debido al incremento en la demanda de esta intervención quirúrgica por parte de la población como podemos apreciar en una Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal (realizada por la OMS en el año 2004-2005) donde encontraron que la mediana de la tasa de

partos por cesárea fue del 33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%. (7)

Además la falta de investigación acerca de este tema brinda una importancia adicional para que estudios similares se realicen en diferentes hospitales del país con el fin de identificar y esclarecer esta problemática que viene en aumento en los últimos años.

No debemos olvidar que son muchos los factores que subyacen al uso excesivo de la cesárea, por una parte aquéllos asociados a las preferencias o prácticas del propio personal de salud, por otra parte, la comercialización de esta intervención quirúrgica donde las propias mujeres se convierten en demandantes activas de la cesárea, porque la ausencia de información en torno a las posibles complicaciones favorece el que sea vista como una forma de parto sin dolor.

Se justifica porque los resultados van a permitir profundizar sobre la frecuencia de las variables en presencia de partos vaginales en una cesareada anterior; con ello se busca sensibilizar al personal de salud y gestantes con antecedente de cesárea de una prueba de trabajo de parto

con una tasa de éxito por vía vaginal, para así disminuir la incidencia de cesáreas y prevenir la aparición de complicaciones.

1.4 . Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la caracterización de la gestante con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.

1.4.2. Objetivos Específicos

- a) Determinar la frecuencia de gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal.
- b) Identificar las características sociodemográficas de gestantes en estudio como: edad, estado civil, procedencia, ocupación y grado de instrucción.
- c) Identificar las características obstétricas de gestantes en estudio como: paridad, número de cesáreas previas, número de controles

prenatales, periodo intergenésico, patologías durante el embarazo y edad gestacional.

- d) Conocer las complicaciones maternas (rotura uterina, trauma obstétrico, infección puerperal, hemorragia postparto, muerte materna) de la gestante con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal.
- e) Conocer las complicaciones perinatales (bajo peso al nacer, asfixia neonatal, distocia de hombros, óbito fetal, muerte del recién nacido), de la gestante con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Se han encontrado en las bases de datos internacionales, nacionales y locales algunos trabajos de investigación que de alguna manera se relacionan con el presente estudio.

A nivel internacional

En Bogotá-Colombia, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital militar Central, M. Castañeda, L. Soto, L. Navarro en el año 2013; realizó un estudio en el que se evidencio una frecuencia de cesárea después de cesárea equiparable a los pocos estudios reportados en la literatura, pero se encontró una frecuencia de parto vaginal después de cesárea baja con relación a lo reportado en la literatura, lo cual se ve reflejado en el incremento de morbilidad tanto materna como perinatal, tal como se describe en la literatura.

La edad gestacional promedio de todas las pacientes incluidas fue de 39 semanas lo que indica que las gestaciones en su mayoría se encontraban a término para el momento del parto. La edad materna promedio fue de 29 años lo que indica que las pacientes se encontraban por debajo de los 35 años, edad en la que se incrementa el riesgo de desenlaces maternos y perinatales adversos. En cuanto a complicaciones maternas y perinatales posterior a un nacimiento por cesárea los resultados son extrapolables con lo encontrado en la literatura, es decir se encontró incremento en complicaciones maternas dadas principalmente por hemorragia postparto con una paciente que presenta una complicación severa y requiere manejo en UCI e histerectomía postcesarea, incremento en la frecuencia de infección puerperal. En cuanto a los desenlaces perinatales se concluye que se presentó un mayor ingreso a la UCI neonatal posterior a la realización de una cesárea, lo cual no se observó en el grupo de nacimientos por parto vaginal, adicionalmente se pudo observar que los recién nacido de parto vaginal tuvieron mejor puntaje de apgar al minuto y a los cinco minutos. (10)

En Cali-Colombia, Cuero O. y Clavijo C. en el año 2011; realizaron un estudio de tipo analítico cohorte retrospectivo; con el objetivo de determinar la incidencia de parto vaginal después de una cesárea previa y evaluar la capacidad predictiva del puntaje predictor de parto vaginal descrito por Flamm en 1997. Obteniendo como resultado 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. Estos autores llegaron a la conclusión de 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. (11)

En Namibia de la Maternidad del Hospital Central de Windhoek, E. Sandeliz, J. Conde, J. Castañedo, M. Medina en el año 2009; realizaron un estudio descriptivo transversal

constituido por 528 pacientes cesareadas que fueron atendidas durante el año correspondiente con el objetivo de reducir el número de cesáreas que se realizan. Se concluyó que el mayor número de pacientes se encontraban entre 20 y 25 años de edad, que hubo un predominio de pacientes con parto por cesárea en segundo embarazo (62,9%) y con parto fisiológico (37,1%) en el segundo embarazo, que predominó el peso adecuado de 3000 - 3999gramos (42,9%) y que las complicaciones fueron más frecuentes en las pacientes que presentaron parto por cesárea (37%) y resultó en un 20% para las que tuvieron parto fisiológico; estos resultados fueron expresados en tablas y luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se emitieron conclusiones y recomendaciones. (12)

A nivel nacional

En Lima, los Olivos-Perú, Herrera M, Carrión C, en el año 2015, en la Clínica particular CORI GYN; realizaron un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal para determinar los factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa. Se estudió a 90 mujeres con cesárea previa. Obteniendo como resultado la edad promedio de las mujeres

con cesárea previa fue 29,6 años, donde la edad ≤ 35 años fue el predominante (96,7%), asimismo el grado de instrucción fue mayormente universitario (54,4%) y el estado civil casada (70,0%). Entre los factores maternos más frecuentes asociados a la decisión del parto vaginal fue el período intergenésico de 2 - 5 años (60,0%), parto vaginal previo en un 53,3%, ser multigesta (51,1%) e inicio de parto espontáneo (92,2%). En el 93,3% de los casos la decisión de la vía de culminación fue tomada por el médico. Respecto a las complicaciones, el 6,7% presentaron complicaciones en el puerperio inmediato (retención de restos placentarios, sangrado e infección de episiotomía) y el 20,0% presentaron complicaciones en el puerperio mediato (fiebre, infección de episiotomía y alza térmica). En los factores fetales asociados a la decisión del parto vaginal se encontró que la edad gestacional fue de 38 a 40 semanas con un peso promedio de 3,296 gramos. Las conclusiones a las que se le llegó fue que los factores más frecuentes asociados a la decisión de parto por vía vaginal en mujeres con cesárea previa fueron el período intergenésico entre 2 y 5 años, parto vaginal previo, ser multigesta, además

de la edad gestacional a término y ponderado del peso fetal normal. (13)

En Lima-Perú, en el Servicio de Obstetricia, Hospital Nacional Cayetano Heredia, A. Vargas, A. Castro, M. Lazo en el año 2011; realizaron un estudio retrospectivo para determinar si los puntajes de Flamm y Grobman son útiles para predecir el éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior de un hospital general. Se revisó las historias clínicas de las gestantes a término con cesárea anterior que ingresaron en trabajo de parto en forma espontánea por el servicio de emergencia durante el periodo de enero 2010 a diciembre 2011. Se recolectó datos demográficos y obstétricos del ingreso, se aplicó los puntajes de Flamm y Grobman. Se obtuvo como resultado que durante el periodo de estudio, 398 gestantes con antecedente de cesárea anterior y trabajo de parto espontáneo ingresaron por el servicio de emergencia. Se comparó el área bajo la curva de ROC, la cual fue 0,79 (IC 95% 0,74 a 0,82) para la escala de Flamm y 0,74 (IC 95% 0,70 a 0,79) para la escala de Grobman, con diferencia estadística ($p=0,03$). En la comparación de ambos puntajes, el de Flamm fue

mejor predictor. Conclusiones: Ambos puntajes demostraron ser útiles para predecir el éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior, siendo el de Flamm mejor predictor. (1)

En Lima-Perú, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, E. Huertas, D. Pocco en el año 2010; realizaron un estudio de cohortes, retrospectivo, analítico para determinar los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa, a quienes se les indicó prueba de trabajo de parto. Se revisó 584 historias clínicas de mujeres con antecedente de una cesárea previa que dieron a luz entre enero y diciembre de 2007.

Se excluyó las pacientes que no cumplían los criterios de inclusión y se obtuvo los resultados materno perinatales de las 266 gestantes restantes. Obtuvieron como resultados de 266 gestantes con antecedente de una cesárea previa y sin contraindicación para el parto vaginal, a 188 (70,7%) se les indicó cesárea electiva repetida y a 78 (29,3%), prueba de trabajo de parto. De estas últimas, 51 (65,3%) tuvieron éxito. En cuanto a las características demográficas se pudo demostrar que más del 78% tenían edades de entre 20 a 35 años, solo

53% eran menores de 20 años; en cuanto a la paridad el 73% eran primíparas hasta antes de este parto, el 44% presentaban periodo intergenésico corto (menor de 24 meses). Los resultados maternos muestran en el grupo de cesárea electiva una rotura uterina, una histerectomía y dos casos de hemorragia posparto. En el grupo prueba de trabajo de parto, no hubo rotura uterina, histerectomía, hemorragia posparto. No hubo muertes maternas en algún grupo. En cuanto a los resultados perinatales, no hubo caso de muerte intraútero anteparto o intraparto, apgar menor de 7 a los 5 minutos, ni muertes neonatales, en ninguno de los dos grupos. Concluyeron que no hubo diferencia estadísticamente significativa en los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa a quienes se indicó prueba de trabajo de parto, comparados con quienes se indicó cesárea electiva repetida. La tasa de éxito del grupo prueba de trabajo de parto fue 65,3%. (14)

En Lima-Perú, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, L. Yui, V. Bazul en el año 2010; realizaron un estudio retrospectivo de 1045 pacientes gestantes que tuvieron una

cesárea previa y fueron atendidas entre el 12 de enero y el 31 de diciembre de 1992, en el Instituto Materno Perinatal. Se dividió a las pacientes en dos grupos, según que lograron un parto vaginal o fueron sometidas a cesárea de repetición. Se obtuvo una tasa de parto vaginal de 80% entre 561 pacientes a quienes se les permitió una prueba de trabajo de parto. Se realizó parto instrumentado en dos pacientes. Se reintervino por indicación obstétrica absoluta a 475 pacientes (76,70%) y por criterio del examinador a 121 pacientes (20,30%). La principal indicación de cesárea para las pacientes que fallaron la prueba de trabajo de parto fue un sufrimiento fetal (44%). Se encontró dehiscencia de cicatriz uterina en 1,53%. Las complicaciones placentarias fueron acretismo placentario y placenta previa en 0,29% y 1,44%, respectivamente. No hubo muertes maternas. La morbilidad puerperal y los días de hospitalización fueron significativamente mayores en pacientes a quienes se les sometió a nueva cesárea. La morbimortalidad del recién nacido fue similar en los dos grupos de pacientes. (15)

A nivel local

En Tacna-Perú, en el Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD, Huiza M. en el año 2014; realizó un estudio no experimental, descriptivo, transversal, retrospectivo en los meses de Junio del 2012 a Junio del 2013. 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 con el 54,9% (62 pacientes), además la indicación de cesárea anterior más frecuente de las pacientes mencionadas es el sufrimiento fetal 41,2% (21 pacientes) y de las pacientes que terminaron otra vez con la indicación de cesárea en la mayoría fue por lo mismo con el 28,3% (32 pacientes). En cuanto a los resultados neonatales; la mayoría de los recién nacidos tuvieron una edad gestacional de 39 – 41 semanas según Capurro con un 79,6% (90 pacientes). La mayoría de los recién nacidos pesaron entre más de 3500gr 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 a los 5 minutos los 113 recién nacidos tuvieron un apgar de 7-10. Según su edad las mujeres fueron adultas entre

los 27 – 35 años con un 56,6% (64 pacientes). 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% (1 paciente). La gran mayoría de las pacientes que ingresaron al estudio la constituyo la población segundigesta representando el 52,2% (59 pacientes). La mayoría de las pacientes presentaron al ingreso de su internación al tacto vaginal cérvix orificio cervical externo entreabierto – cerrado con 44,2% (50 pacientes) y en segundo lugar cérvix 1-3cm con 42,5% (48 pacientes). (16)

2.2. Base teóricas

La cesárea, una alternativa de solución a problemas materno perinatales en la práctica médica, el incremento en su frecuencia muchas veces ocasiona aumento de complicaciones materno perinatales, mayor estancia hospitalaria y costo incrementado por fármacos entre otros. Todavía hay controversias acerca de qué es lo que conviene a una embarazada con una cesárea previa: trabajo de parto u otra cesárea. Históricamente, los obstetras son reacios a indicar el trabajo de parto post

cesárea por el mayor riesgo de ruptura uterina y asfixia perinatal comparado con los riesgos que acompañan a la cesárea repetida planificada. Sin embargo, el riesgo absoluto de asfixia perinatal sigue siendo escaso. Por ahora, la complicación más frecuente para el recién nacido después de parto por cesárea es la morbilidad respiratoria; por lo tanto, para evitar la prematuridad iatrogénica, la mayoría de los obstetras no hacen la cesárea electiva antes de la semana 39 de gestación sin haber documentado la madurez pulmonar fetal mediante la amniocentesis. (4)

Otro problema actual es que muchos obstetras temen someter a la paciente con cesárea previa al estrés uterino y perineal de un parto vaginal. En algunas instituciones de todo el mundo, se ha tomado la conducta de someter a estas pacientes al trabajo de parto normal con resultados exitosos: se ha visto una evolución similar a las pacientes nulíparas, de tal forma que en cuanto a dilatación con respecto al tiempo siguen las tendencias de las curvas de Friedman. Una conclusión importante es que el parto vaginal en pacientes con cesárea previa no aumenta la mortalidad materna ni fetal. Existen contraindicaciones absolutas para que se lleve a cabo el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, tales como: incisión clásica o corporal uterina, dehiscencia de cicatriz uterina previa, y las llamadas contraindicaciones relativas que incluye sufrimiento fetal, falta de progreso en el trabajo de parto, retardo

en el crecimiento intrauterino, productos pretérmino, macrosomía fetal, embarazo múltiple, desconocimiento del sitio de incisión uterina previa entre otras. (4)

2.2.1. 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 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 oriente, Argentina, tuvo un 26,7% de cesáreas en 2011, según datos del gobierno. Según los expertos 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. (17)

2.2.2. Tasas de éxito en pacientes con cesárea 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 (SFA) de 71% a 92%, cesáreas previas por embarazo gemelar con tasas de 72%, presentación podálica con 84% a 91% y por 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 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 1992 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 solo del 33,3% y aquellas pacientes que los indicadores pronósticos para parto por vía vaginal no eran favorables un 66,6% tuvieron un parto por vía 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. (18)

2.2.3. Complicaciones maternas del parto vaginal con cesárea 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:

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.
(19)

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. (20)

2.2.4. Complicaciones fetales del parto vaginal con cesárea 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. (21)

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 observo una incidencia de 0,7% en rupturas uterinas y solo 3 casos de muerte fetal atribuible a la ruptura uterina (0,24%). (22)

2.2.5. Analgesia Obstétrica en pacientes con cesárea 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. (23)

2.3. Definición de Términos

Para efectos de este trabajo se retoman los conceptos enunciados

- a) Parto: es la expulsión o extracción fuera del útero gestante de un producto de la concepción de 20 semanas o más; el feto pesa 500 gramos o más. Parto eutócico es el parto normal que ocurre espontáneamente con feto único en occipito iliaca anterior. El trabajo de parto se caracteriza por contracciones uterinas que son regulares, incrementan gradualmente su intensidad y duración y producen incorporación y dilatación cervical progresivas. (24)
- b) Parto eutócico: es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebe 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. (25)
- c) 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. (26)

d) Cesárea: se define como la terminación quirúrgica de la gestación por medio de incisiones en la pared abdominal y en la cara anterior del útero, a través de las cuales es extraído el feto, se lleva a cabo cuando la madre o el feto se encuentran en situación de peligro de muerte. (27)

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. (28)

e) Cesareada anterior: se define como gestante con historia de cesárea previa una o más veces. Es la extracción de un feto mayor de 20 semanas, vivo o muerto, a través de incisiones abdominal y uterina. La cesárea en el Hospital Regional de Loreto fue el 19% de los partos en 2009. Actualmente, se considera el parto vaginal en pacientes con cesárea previa como una alternativa segura, que no presenta un incremento en la morbilidad materno y fetal, donde el riesgo de ruptura uterina es la principal preocupación; sin embargo, ésta se presenta en menos del 1% de los casos. Los estudios reportan que

hasta un 82% de las pacientes con antecedente de cesárea podrían tener un parto vaginal. (29)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Es un estudio descriptivo, retrospectivo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

3.2. Diseño de la investigación:

El diseño empleado es de corte transversal, no experimental.

3.3. Población y muestra

3.3.1 Población de estudio

El universo poblacional estará constituido por 10363 gestantes que tuvieron parto vía vaginal o cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.

3.3.2 Muestra

La muestra estará constituido por 260 gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna del 1º de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2015.

a) Criterios de inclusión

- Gestantes con cesárea previa
- Parto eutócico
- Historia clínica accesible y con información requerida completa.
- Parto atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

b) Criterios de exclusión

- Gestantes con indicaciones absolutas de cesárea.
- Diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas.
- Presentaciones o situaciones fetales anómalas.

c) Unidad de Análisis

Gestante con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de enero del 2010 a diciembre del 2015

Variable de estudio

Características sociodemográficas

- Edad
- Estado civil
- Procedencia
- Ocupación
- Grado de instrucción

Características obstétricas

- Paridad
- Número de cesáreas previas
- Número de controles prenatales
- Periodo intergenésico
- Edad gestacional.
- Patologías durante el embarazo (anemia, infección urinaria, enfermedad hipertensiva del embarazo, ruptura prematura de membranas, etc.).

Complicaciones maternas

- Rotura uterina.
- Trauma obstétrico

- Infección puerperal
- Hemorragia postparto
- Muerte materna

Complicaciones perinatales

- Bajo peso al nacer
- Asfixia neonatal
- Distocia de hombros
- Óbito fetal
- Muerte neonatal

3.4. Operacionalización de variables

Es conveniente agrupar las variables según su clasificación.

VARIABLES		DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES
PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR		Paciente con parto eutócico y antecedentes de cesárea anterior.	Se definirá según lo expresado.	Nominal	No () Si ()
FRECUENCIA		Número de veces que aparece, sucede o se realiza una cosa durante un período o un espacio determinados	Se definirá por lo referido en la historia clínica	Numérico	
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	EDAD DE LA MADRE	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nace	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio. Se medirá en años.	Numérico Continuo	<19 años () 20-34 años () >35 años ()
	ESTADO CIVIL	Expresión jurídica y político de la comunidad humana constituida para cumplir fines trascendentales dentro de la comunidad.	Estado jurídico político referido por la madre al momento del estudio: soltera, casada, divorciada, viuda.	Nominal	Soltera () Casada () Conviviente () Viuda ()
	PROCEDENCIA	Lugar de origen de los pacientes.	Se definirá por la historia clínica en urbano, marginal.	Nominal	Urbana () Rural ()
	OCUPACIÓN	Empleo remunerado que ejerce el paciente.	Se definirá de acuerdo a que si tiene su propio negocio, profesional, obrero y desempleado.	Nominal	Ama de casa () Comerciante () Artesana () Empleada () Agricultora ()
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel educacional recibido por parte del paciente.	Se definirá por la historia clínica en: analfabeto, primaria, secundaria, superior no universitario y superior Univ.	Ordinal	Primaria () Secundaria () Superior no universitario () Superior Universitario ()

CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	PARIDAD	Clasificación de la madre según el número de partos anteriores a la Gestación actual: Primípara (1 hijo) múltipara (2-4 hijos) y gran múltipara (≥ 5).	Se definirá por lo referido en la historia clínica.	Ordinal	Primípara () Múltipara () Gran Múltipara ()	
	Nº DE CESAREAS PREVIAS	Número de cesáreas previas practicadas a la misma paciente.	Se definirá por lo referido en la historia clínica	Numérico	Una () Dos ()	
	Nº DE CONTROLES PRENATALES	Son una serie de entrevistas o visitas programadas que realiza la embarazada con el equipo de salud, con el objetivo de vigilar el embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.	Se definirá por lo referido en la historia clínica	Numérico	1-4 () 5-8 () 9-12 ()	
	PERIODO INTERGENESICO	Es el intervalo de tiempo que se debe dejar pasar entre un embarazo y otro.	Se definirá por lo referido en la historia clínica	Numérico	<1 año () 1 año – 2 años () 3 años – 4 años () 5 a más ()	
	EDAD GESTACIONAL	Es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste.	Se definirá por lo referido en la historia clínica	Numérico	1º trimestre () 2do trimestre () 3er trimestre ()	
	PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO	INFECCION URINARIA	Es la existencia de gérmenes e infecciones patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata	Se definirá según lo expresado.	Nominal	No () Si ()
		ANEMIA	Enfermedad en la que la sangre tiene menos glóbulos rojos de lo normal.	Se definirá según lo expresado.	Nominal	No () Si ()
		ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	Es la presión arterial alta diagnosticada antes del embarazo o antes de la semana número 20 de embarazo.	Se definirá según lo expresado.	Nominal	No () Si ()

COMPLICACIONES MATERNAS	ROTURA UTERINA	Pérdida de la solución de continuidad de la pared uterina, existiendo comunicación de la cavidad uterina con la cavidad peritoneal.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No () Si ()
	HEMORRAGIA POSTPARTO	Sangrado vaginal de 500 ml o más en las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o de 1000 ml o más después del parto por cesárea, documentado en la historia clínica.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No () Si ()
	TRAUMA OBSTETRICO	Presencia de lesión o desgarro perineal de 2° al 4° grado o presencia de lesión traumática en el feto.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No () Si ()
	INFECCION PUERPERAL	Presencia de fiebre de 38° C o más, en dos o más registros sucesivos de temperatura, después de las primeras 24 horas y durante los 10 primeros días del posparto.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No () Si ()
	MUERTE MATERNA	Muerte de una mujer mientras está en embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por, el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No () Si ()

COMPLICACIONES PERINATALES	BAJO PESO AL NACER	Recién nacido (RN) que pesa menos de 2500 g (5.5 libras) al nacer en la semana 37 de gestación. Muy bajo peso al nacer es aquel RN con peso menor de 1500 gr.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No () Si ()
	ASFIXIA NEONATAL	Agresión producida al feto o al recién nacido alrededor del momento del nacimiento por la falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular adecuada, para lo que se considerará una puntuación de apgar del recién nacido < 7 a los 5 minutos.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No () Si ()
	DISTOCIA DE HOMBROS	Es el fallo en la salida del tronco fetal, que precisa maniobras obstétricas adicionales para la extracción de los hombros fetales, durante el parto vaginal, una vez que la tracción moderada de la cabeza hacia abajo ha fallado	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No () Si ()
	MUERTE NEONATAL	Es la muerte del producto de la concepción entre la semana 22 de gestación o 500 gramos o más de peso hasta los siete días de nacido.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No () Si ()
	OBITO FETAL	Muerte intrauterina del feto luego de las 20 semanas de cualquier causa.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No () Si ()

3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos

3.5.1. Técnica de recolección de datos

Análisis documental a través de la revisión de la Historia Clínica Perinatal informatizada contenida en el Sistema de Información Perinatal (SIP).

3.5.2. Instrumento de recolección de datos

Se aplicará la ficha de recolección de datos que se ha confeccionado para la presente investigación, para ello se seleccionara de la base de dato del Sistema de Información Perinatal (SIP) las variables de estudio y se exportara al Software Excel, para su análisis respectivo.

3.5.3. Procedimientos de recolección de datos

- Gestionar el permiso para tener acceso a la información mediante solicitud al Director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Disponer del acceso a la información de las Historias Clínicas Perinatales informatizadas del Sistema de Información

Perinatal (SIP) del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre enero de 2013 a diciembre de 2015.

- Recolectar información de las mujeres con diagnóstico de parto vaginal en cesareada anterior exportando en una nueva base de datos y corroborar la información obtenida con la revisión de los libros de sala de partos del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

3.6. Procesamiento de datos

Para el análisis univariado de los datos se utilizará la estadística descriptiva a través de las frecuencias absolutas, relativas y las medidas de tendencia central como promedio y desviación estándar. Para la presentación de los datos se hará de dos formas: presentación tabular (tablas) y presentación gráfica (barras simples). Se utilizará el software estadístico SPSS versión 21.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 01

INCIDENCIA DE GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.

Años	Frecuencia	Total de Partos	Incidencia (%)
2013	80	3547	2.3%
2014	94	3306	2.8%
2015	86	3510	2.5%
Total	260	10363	2.5%

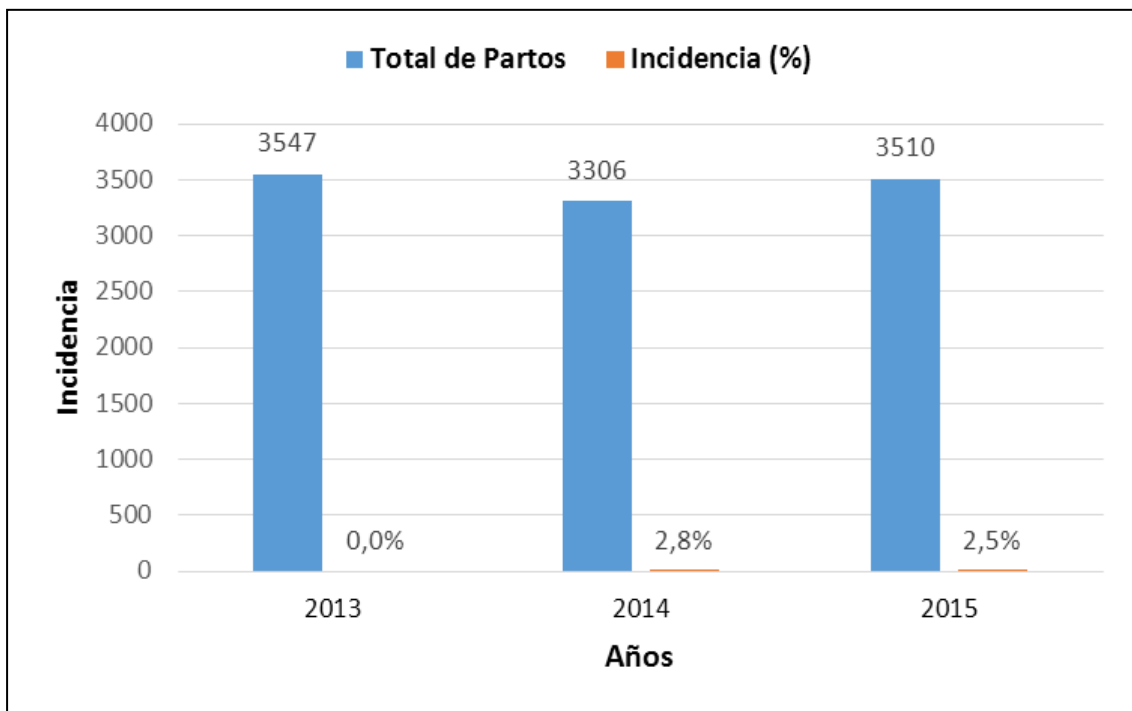
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 01, se observa la incidencia por años de gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Cabe destacar que la frecuencia es baja en el periodo observado, siendo para el año 2013 de 2,3%, en el año 2014 (2,8%) y en el año 2015 (2,5%), teniendo una incidencia acumulada del trienio de 2,5%.

GRÁFICO Nº 01

**INCIDENCIA DE GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA
ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL 2013 AL 2015.**



Fuente: Tabla Nº 01

TABLA N° 02

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETÁREO DE LA GESTANTE CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.

Grupo etáreo	Frecuencia	Porcentaje
≤ 19 años	7	2,7%
20 a 34 años	188	72,3%
35 a más años	65	25,0%
Total	260	100,0%

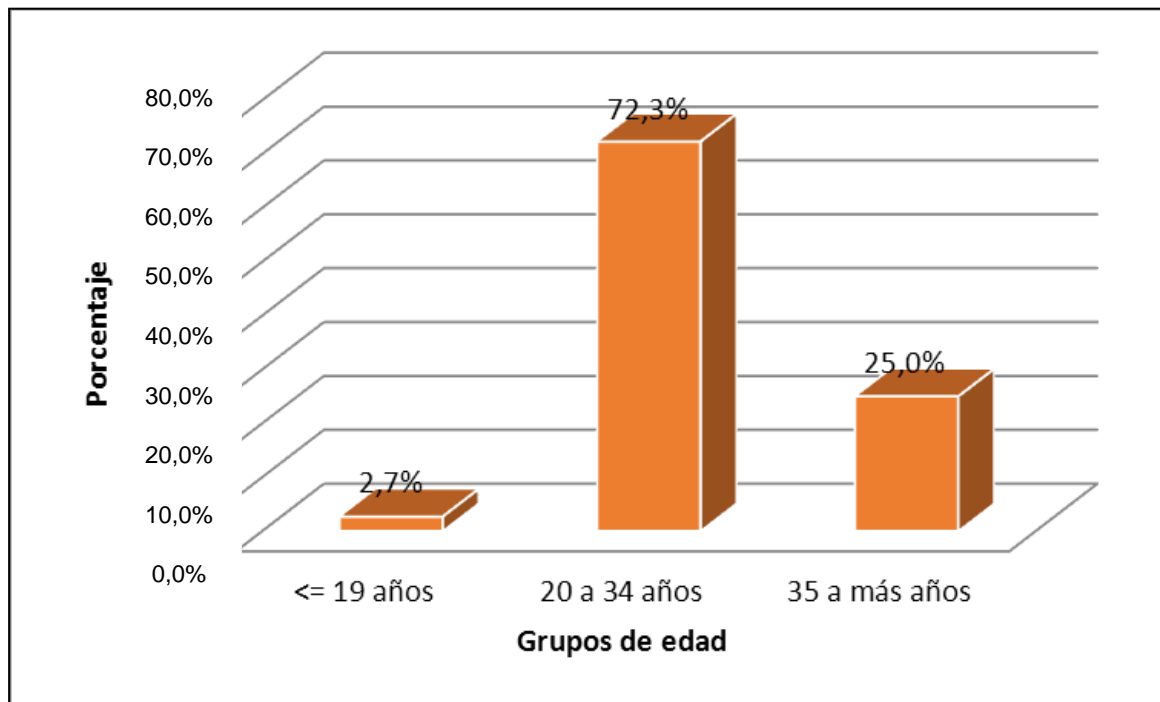
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico 02, se observa que según grupo etáreo, el mayor porcentaje de gestantes con antecedente de cesárea anterior es para el grupo de 20 a 34 años de edad (72,3%), seguido de las añosas de 35 a más años con 25% y una minoría de 2,7% fue para las adolescentes menores de 19 años. El promedio de edad fue de 29,6 años con baja variabilidad de datos (D.E. = 6,0).

GRÁFICO Nº 02

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETÁREO DE LA GESTANTE CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.



Fuente: Tabla Nº 02

TABLA N° 03

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LA GESTANTE CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	33	12,7%
Conviviente	204	78,5%
Soltera	23	8,8%
Total general	260	100,0%

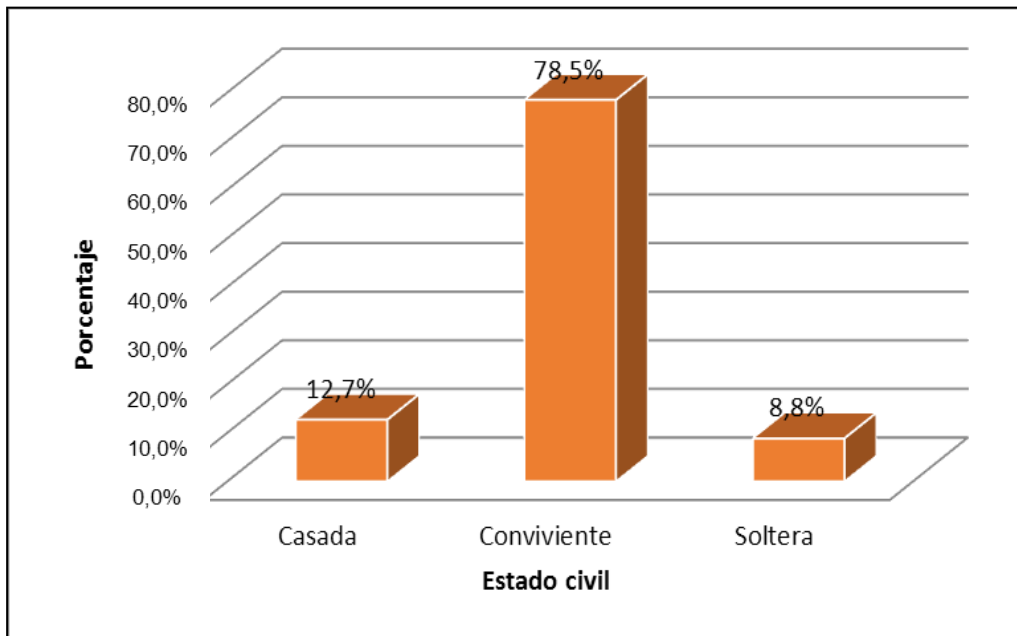
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 03, muestra la frecuencia del estado civil, donde el mayor porcentaje de gestantes con antecedente de cesárea anterior es para las que son convivientes con 78,5% y menores porcentajes se presentó en las casadas con 12,7% y solteras con 8,8%.

GRÁFICO Nº 03

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LA GESTANTE CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.



Fuente: Tabla Nº 03

TABLA N° 04

DISTRIBUCIÓN DE LA PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Tacna	167	64,2%
Ciudad Nueva	41	15,8%
Alto de la Alianza	31	11,9%
Pocollay	10	3,8%
Inclán	4	1,5%
Ilabaya	2	0,8%
Camilaca	1	0,4%
Estique	1	0,4%
Otros	3	1,2%
Total	260	100,00%

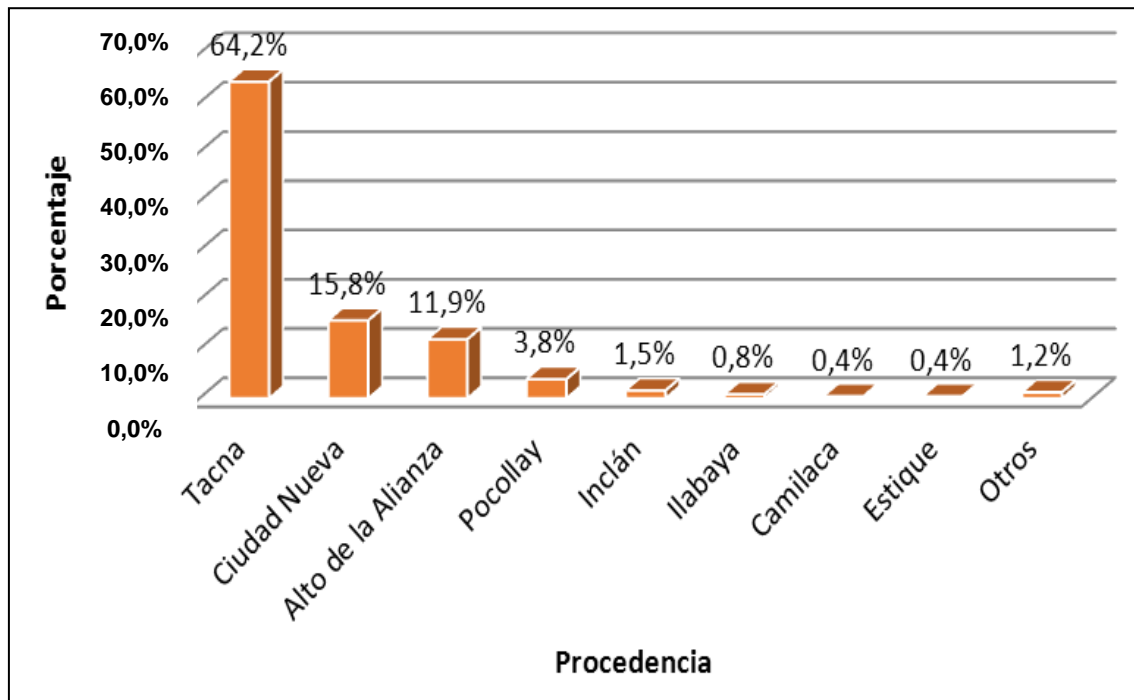
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 04, muestra la distribución de la procedencia, donde la mayor frecuencia de las gestantes con antecedente de cesárea anterior son del distrito de Tacna con 64,2%, Ciudad Nueva con 15,8% y Alto de la Alianza 11,9%, estos agrupan a cerca del 92% del total. Sólo algunas gestantes provinieron de los distritos de Pocollay, Inclán, Ilabaya, Camilaca, Estique y otros.

GRÁFICO Nº 04

DISTRIBUCIÓN DE LA PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.



Fuente: Tabla Nº 04

TABLA N° 05

DISTRIBUCIÓN DE LA OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	194	74,6%
Comerciante	38	14,6%
Artesana	13	5,0%
Empleada	11	4,2%
Agricultora	4	1,5%
Total	260	100,00%

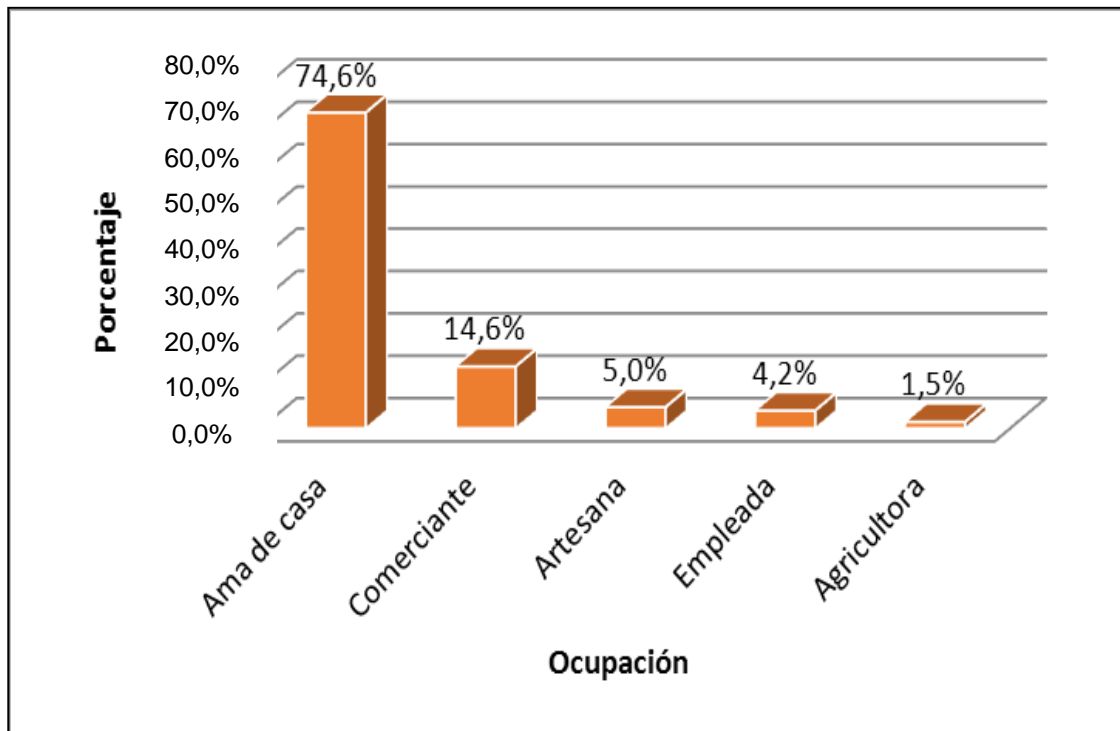
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 05, presenta la distribución de la ocupación, donde la mayor frecuencia de gestantes con antecedente de cesárea anterior son ama de casa con 74,6% y comerciante con 14,6%, estos agrupan alrededor del 90% del total. Una minoría de gestantes se dedica a la artesanía (5%), algunos son empleados (4,2%) y agricultoras (1,2%).

GRÁFICO Nº 05

DISTRIBUCIÓN DE LA OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.



Fuente: Tabla Nº 05

TABLA N° 06

DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	28	10,8%
Secundaria	181	69,6%
Superior No Universitaria	34	13,1%
Superior Universitaria	17	6,5%
Total	260	100,00%

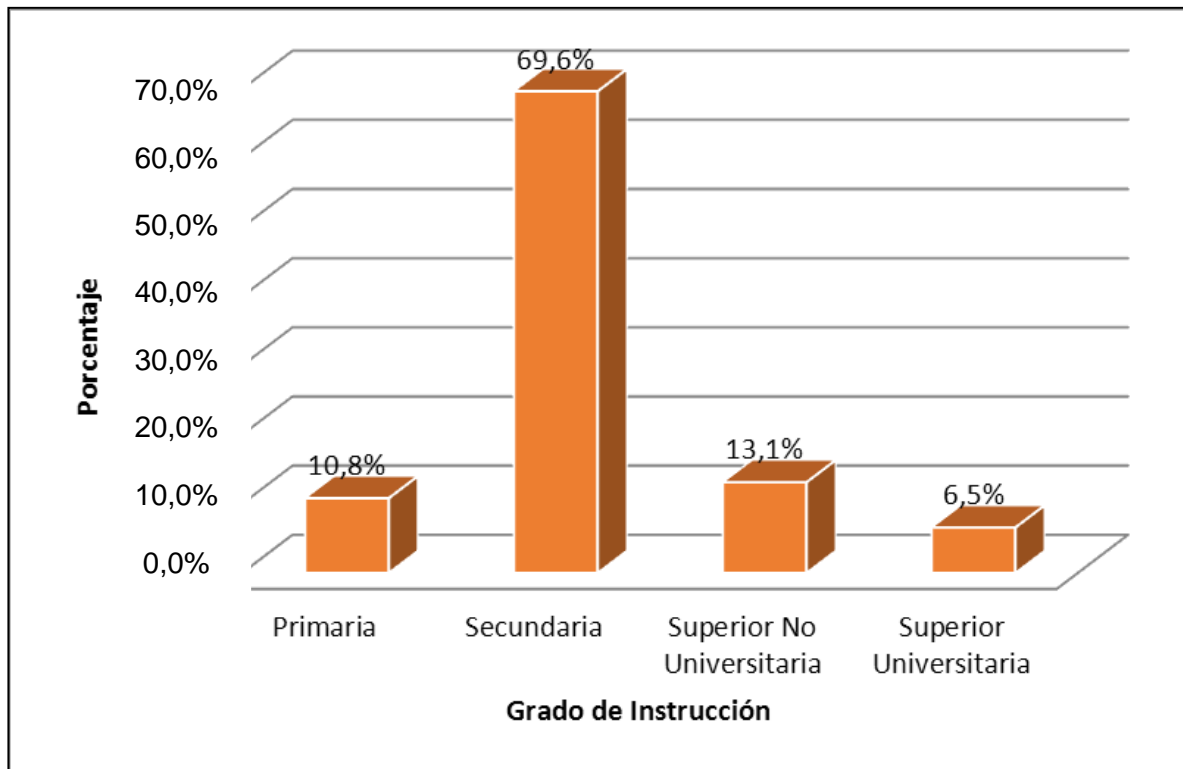
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 06, muestra la distribución del grado de instrucción, encontrándose que la mayor frecuencia de gestantes con antecedente de cesárea anterior tuvieron nivel secundario con 69,6%, seguido del nivel superior no universitaria con 13,1%, nivel primario 10,8% y una minoría alcanzaron el nivel superior universitario con 6,5%.

GRÁFICO Nº 06

DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.



Fuente: Tabla Nº 06

TABLA N° 07

DISTRIBUCIÓN DE LA PARIDAD DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Gran múltipara	3	1,2%
Múltipara	137	52,7%
Primípara	120	46,2%
Total	260	100,00%

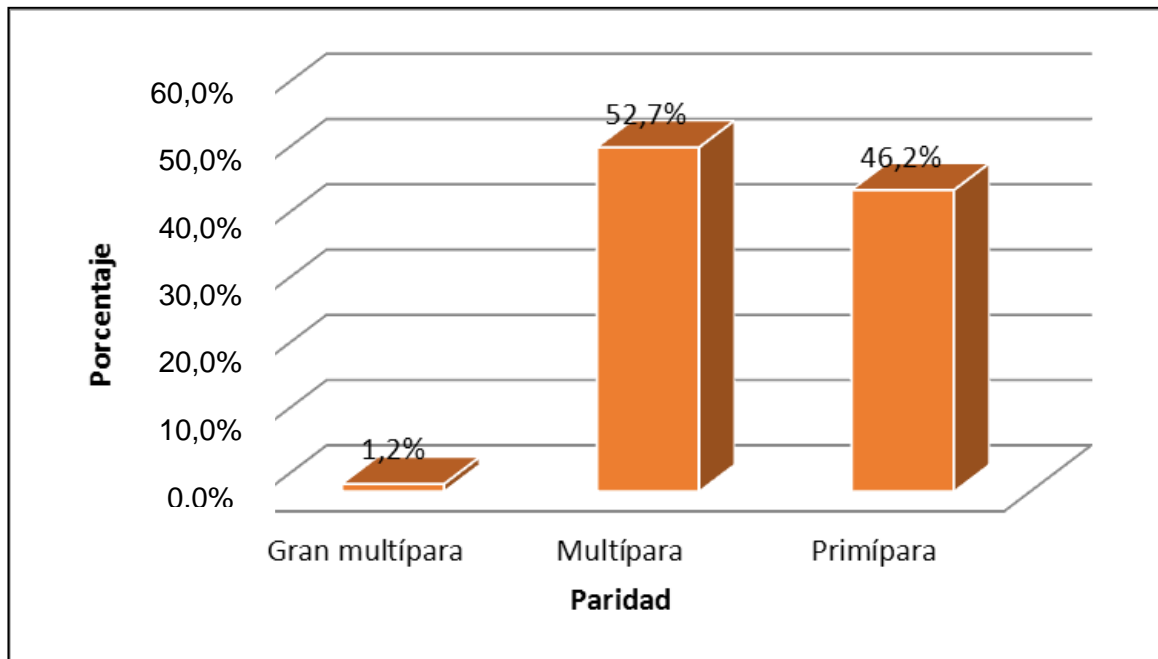
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 07, muestra la frecuencia de la paridad, encontrándose que la mayor proporción de gestantes con antecedente de cesárea anterior son múltiparas con 2 a 4 hijos (52,7%) y primíparas (46,2%), mientras sólo una minoría de 1,2% fue gran múltipara con 5 a más hijos.

GRÁFICO Nº 07

DISTRIBUCIÓN DE LA PARIDAD DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.



Fuente: Tabla Nº 07

TABLA N° 08

**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CESÁREAS ANTERIORES DE LAS
GESTANTES ATENDIDAS POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE
EL 2013 AL 2015.**

Número de cesáreas anteriores	Frecuencia	Porcentaje
Una	33	12,7%
Dos	204	78,5%
Total	260	100,0%

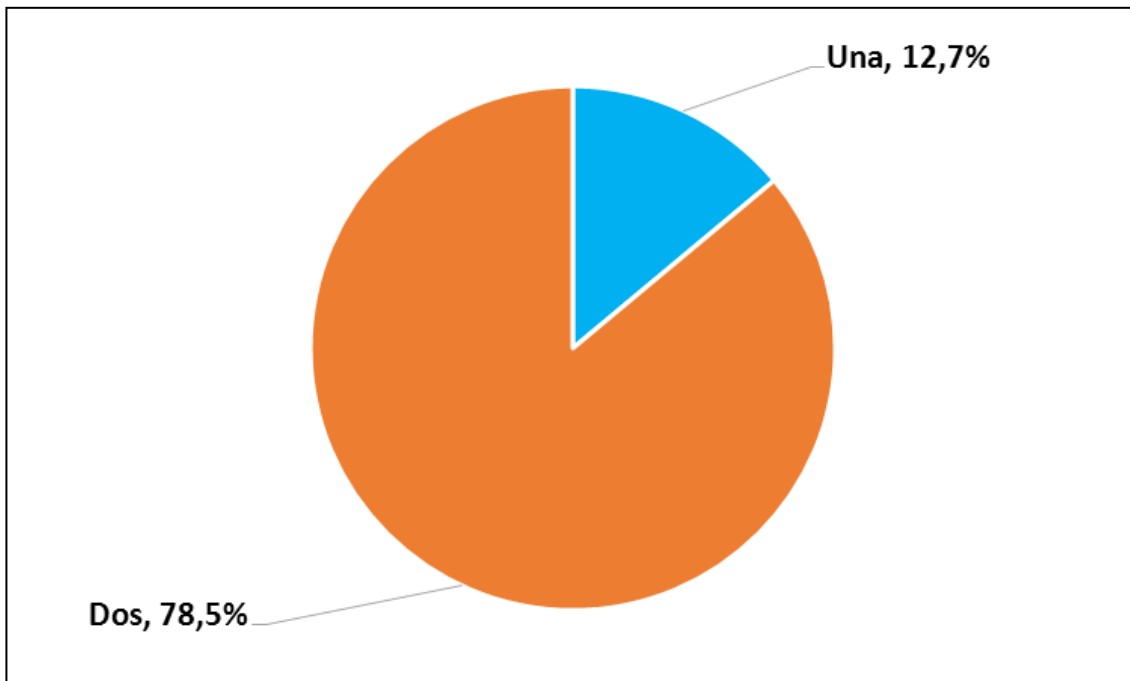
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 08, muestra que del total de gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015, la gran mayoría tuvo dos cesáreas (78,5%) y una minoría de 12,7% refirió tener una cesárea.

GRÁFICO N° 08

**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CESÁREAS ANTERIORES DE LAS
GESTANTES ATENDIDAS POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE
EL 2013 AL 2015.**



Fuente: Tabla N° 08

TABLA N° 09

**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CONTROL PRENATAL DE LAS
GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR
ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE
EL 2013 AL 2015.**

Número de Control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
1 a 4	32	12,3%
5 a 8	168	64,6%
9 a 12	34	13,1%
Ninguno	26	10,0%
Total	260	100,00%

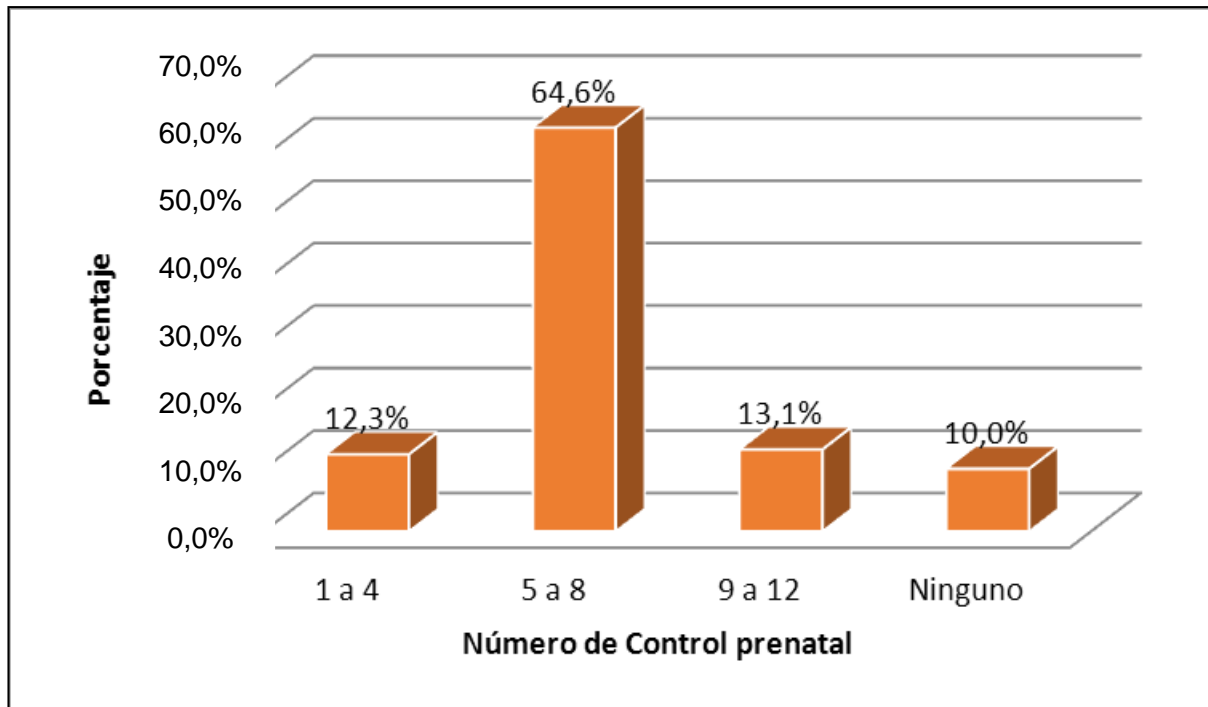
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 09, muestra la distribución del número de control prenatal, encontrándose que la mayor proporción de gestantes con antecedente de cesárea anterior tuvieron entre 5 a 8 controles (64,6%), seguido de aquellas que tuvieron entre 9 a 12 controles con 13,1%. Por otro lado, se resalta que un grupo de 10% no tuvo ningún control prenatal y un 12,3% sólo tuvo entre 1 a 4 controles.

GRÁFICO Nº 09

**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CONTROL PRENATAL DE LAS
GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR
ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE
EL 2013 AL 2015.**



Fuente: Tabla Nº 09

TABLA Nº 10

DISTRIBUCIÓN DEL PERIODO INTERGENÉSICO DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.

Periodo intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
< 1 año	6	2,3%
1 a 2 años	62	23,8%
3 a 4 años	75	28,8%
5 a más	117	45,0%
Total	260	100,00%

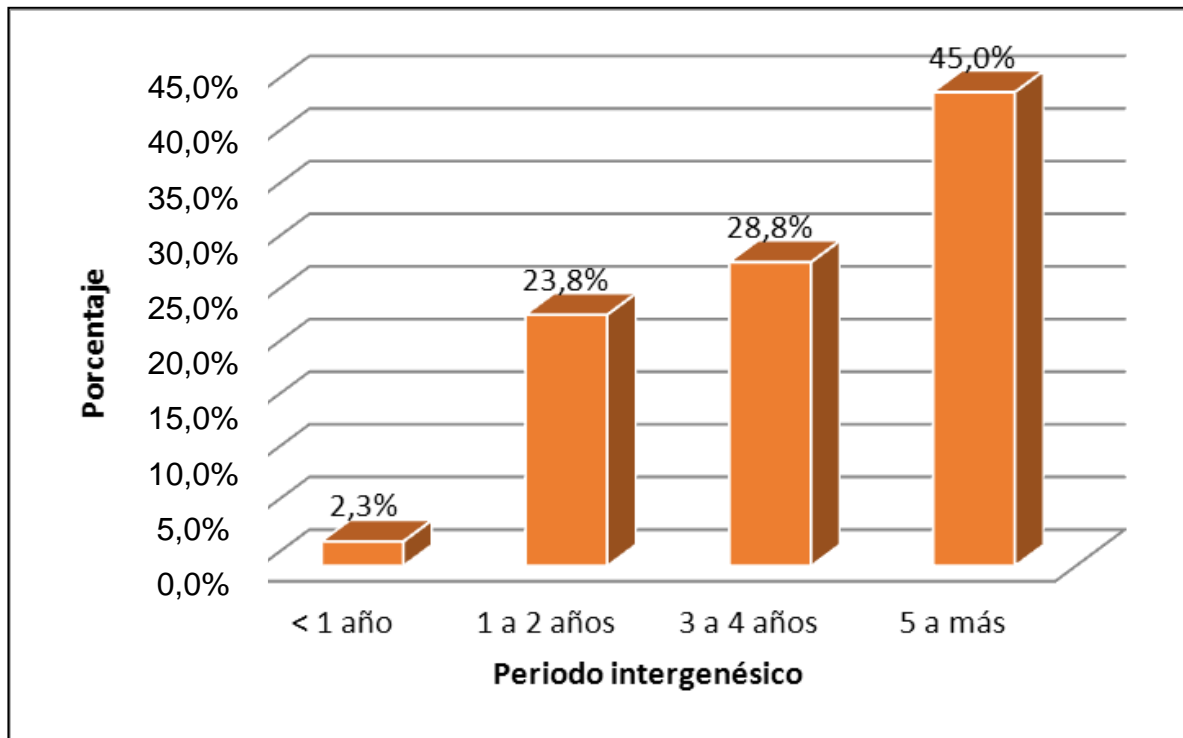
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 10, presenta la distribución del periodo intergenésico, encontrándose que la mayor frecuencia de gestantes con antecedente de cesárea anterior tuvieron un periodo de 5 a más años (45%), seguido de aquellas que tuvieron un periodo de 3 a 4 años (28,8%), estos agrupan a cerca del 74% del total. En cambio un menor porcentaje se observa en las gestantes que tuvieron un periodo de 1 a 2 años (23,8%) y menos a un año con sólo 2,3%.

GRÁFICO Nº 10

DISTRIBUCIÓN DEL PERIODO INTERGENÉSICO DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.



Fuente: Tabla Nº 10

TABLA N° 11

DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
I trimestre	0	0,0%
II Trimestre	5	1,9%
III Trimestre	255	98,1%
Total	260	100,0%

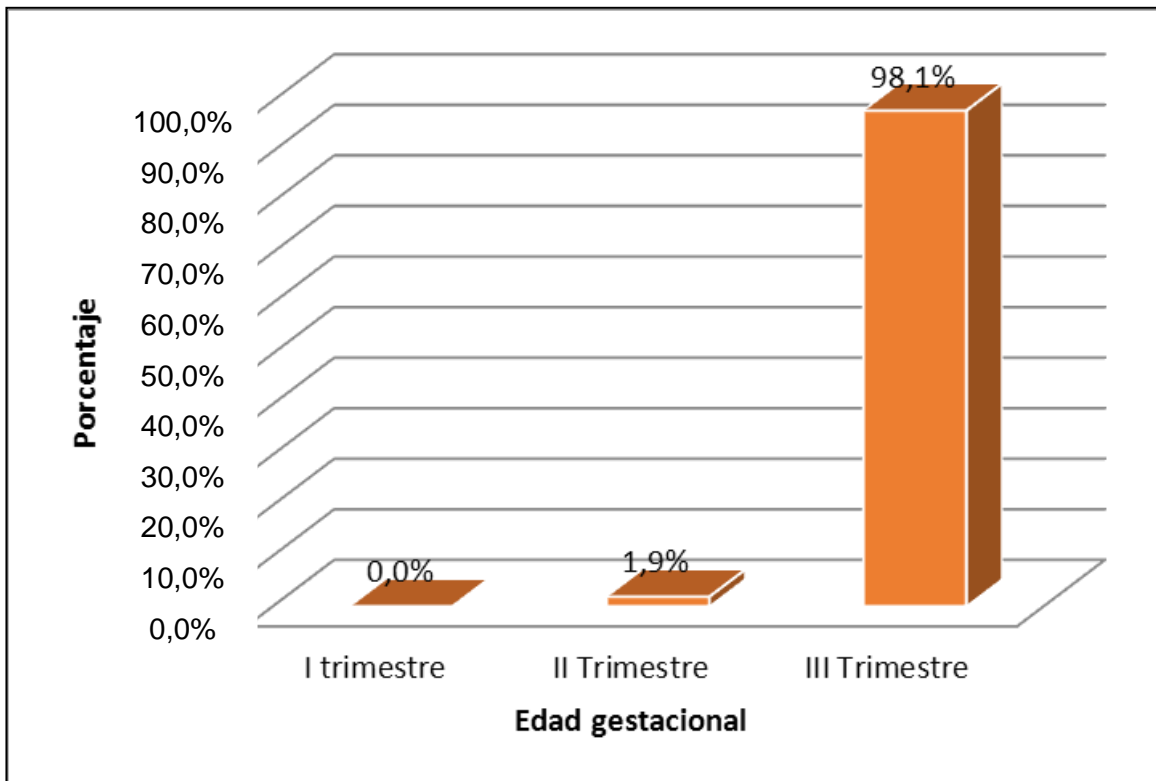
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 11, muestra la distribución de la edad gestacional, encontrándose que la gran mayoría de gestantes con antecedente de cesárea anterior llegaron al tercer trimestre en el parto vaginal (98,1%) y sólo una minoría de 5 (1,9%) tuvieron parto vaginal prematuro en el segundo trimestre.

GRÁFICO Nº 11

DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.



Fuente: Tabla Nº 11

TABLA Nº 12

**DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS
GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR
ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE
EL 2013 AL 2015.**

Patologías durante el embarazo		Frecuencia	Porcentaje
Anemia	NO	174	66,9%
	SI	86	33,1%
	Total	260	100,0%
ITU	NO	194	74,6%
	SI	66	25,4%
	Total	260	100,0%
HTA	NO	260	100,0%
	SI	0	0,0%
	Total	260	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

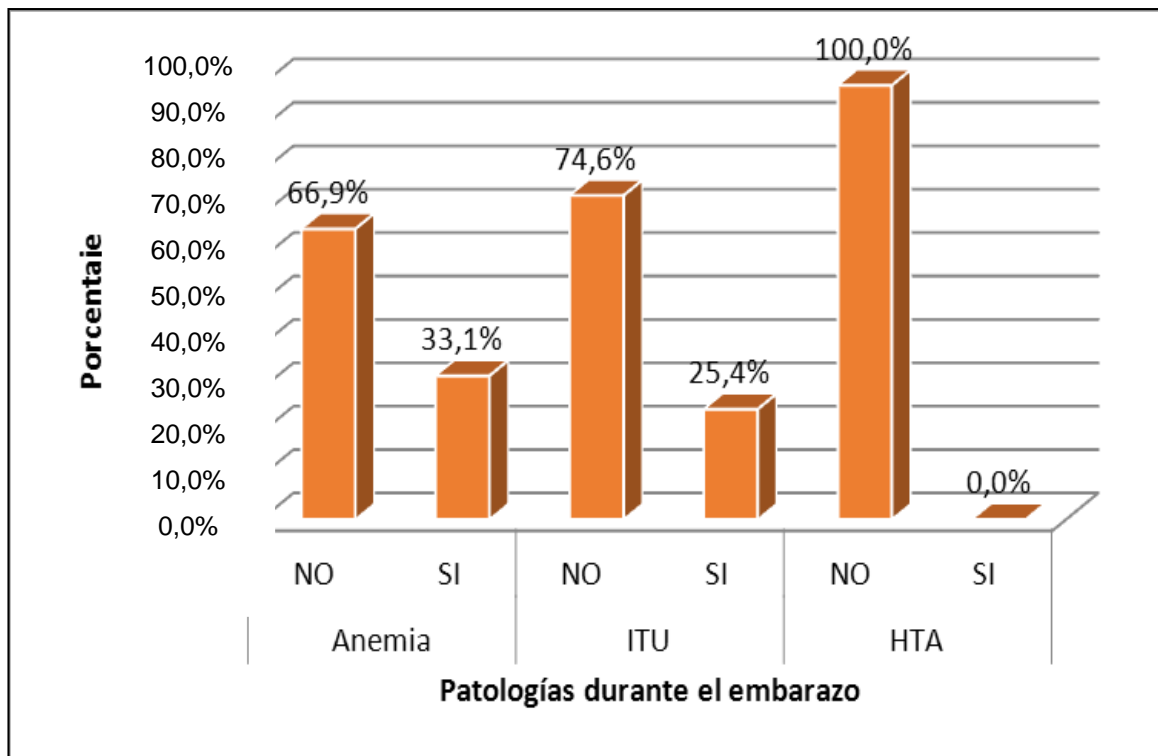
La tabla y gráfico 12, muestra la distribución de patologías durante el embarazo, encontrándose que en cuanto a la Anemia, una tercera parte (33,1%) de gestantes con antecedente de cesárea anterior presentaron anemia, sin embargo más de la mitad (66,9%) no tuvo anemia.

Una cuarta parte de gestantes con antecedente de cesárea anterior presentaron Infección del Tracto Urinario (25,4%), cabe destacar que la mayoría (74,6%) no tuvo ITU.

Con relación a la enfermedad hipertensiva del embarazo, cabe destacar que el 100% de gestantes con antecedente de cesárea anterior no tuvieron esta patología.

GRÁFICO Nº 12

**DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS
GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR
ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE
EL 2013 AL 2015.**



Fuente: Tabla Nº 12

TABLA Nº 13

**DISTRIBUCIÓN DE COMPLICACIONES MATERNAS DE LAS GESTANTES
CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO
VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.**

Complicaciones maternas		Frecuencia	Porcentaje
Rotura uterina.	NO	260	100,0%
	SI	0	0,0%
	Total	260	100,0%
Desgarro perineal	NO	254	97,7%
	SI	6	2,3%
	Total	260	100,0%
Infección puerperal	NO	260	100,0%
	SI	0	0,0%
	Total	260	100,0%
Hemorragia postparto	NO	260	100,0%
	SI	0	0,0%
	Total	260	100,0%
Muerte materna	NO	260	100,0%
	SI	0	0,0%
	Total	260	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 13, muestra la distribución de las complicaciones maternas. En cuanto a la rotura uterina, cabe destacar que el 100% de gestantes con antecedente de cesárea anterior no tuvieron esta complicación.

La gran mayoría de gestantes con antecedente de cesárea anterior no presentaron desgarro perineal (97,7%) y sólo una minoría de 2,3% si tuvo esta complicación.

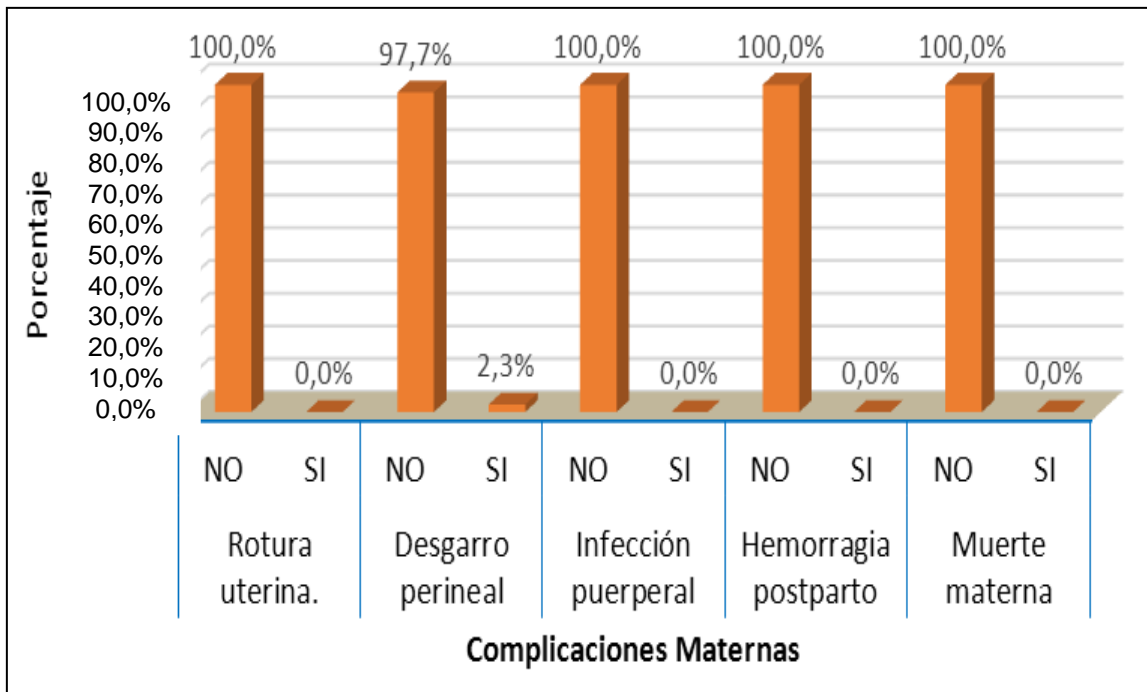
Con relación a la infección puerperal, se resalta que el 100% de gestantes con antecedente de cesárea anterior no tuvieron esta complicación materna.

Respecto a la hemorragia postparto, el 100% de gestantes con antecedente de cesárea anterior no tuvo esta complicación materna.

De la misma forma, no hubo muerte materna en el 100% de gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015.

GRÁFICO Nº 13

DISTRIBUCIÓN DE COMPLICACIONES MATERNAS DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.



Fuente: Tabla Nº 13

TABLA Nº 14

**DISTRIBUCIÓN DE COMPLICACIONES PERINATALES DE LAS GESTANTES
CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO
VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.**

Complicaciones perinatales		Frecuencia	Porcentaje
Distocia de hombros	NO	260	100,0%
	SI	0	0,0%
	Total	260	100,0%
Bajo peso al nacer	NO	251	96,5%
	SI	9	3,5%
	Total	260	100,0%
Asfixia neonatal	NO	258	99,2%
	SI	2	0,8%
	Total	260	100,0%
Óbito fetal	No	253	97,3%
	SI	7	2,7%
	Total	260	100,0%
Muerte neonatal	NO	258	99,2%
	SI	2	0,8%
	Total	260	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 14, muestra la distribución de las complicaciones perinatales. En cuanto a la distocia de hombros, cabe destacar que el 100% de gestantes con antecedente de cesárea anterior no tuvieron esta complicación.

La gran mayoría de gestantes con antecedente de cesárea anterior no tuvieron a su recién nacido con bajo peso al nacer (96,5%) y sólo una minoría de 3,5% nació con BPN.

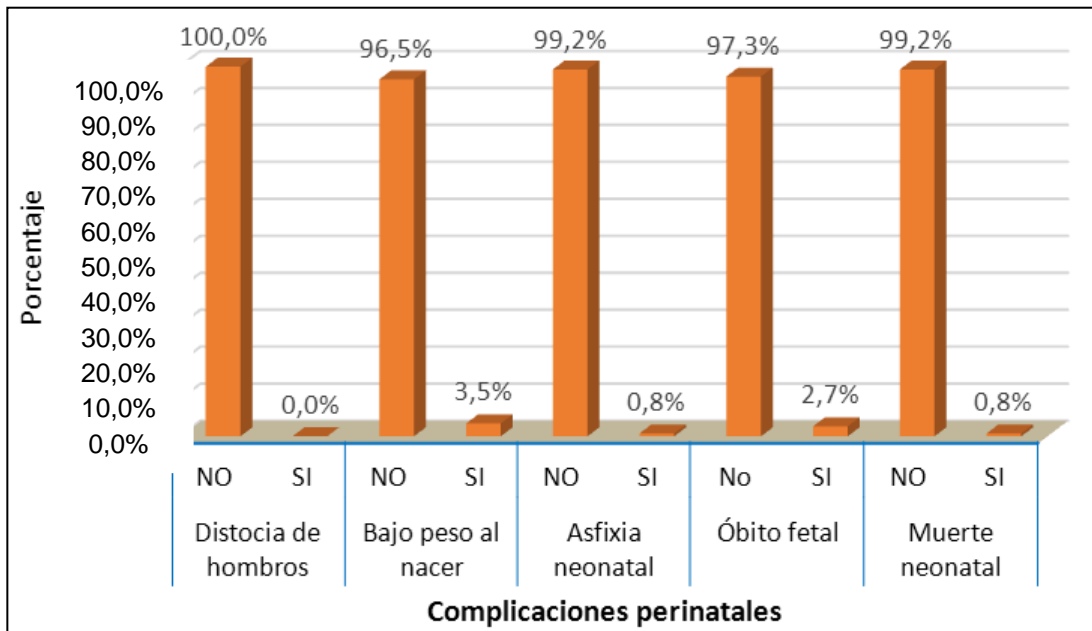
Con relación a la asfixia neonatal, se resalta que casi la totalidad de recién nacidos (99,2%) de gestantes con antecedente de cesárea anterior no tuvieron esta complicación perinatal.

Respecto al óbito fetal, casi la totalidad de recién nacidos (97,3%) no presentaron esta complicación, mientras sólo el 2,7% lo tuvo durante el embarazo.

Igualmente en casi la totalidad de recién nacidos no hubo muerte fetal (99,2%) y sólo ocurrieron 2 (0,8%) muertes durante el periodo 2013 a 2015 en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.

GRÁFICO N° 14

DISTRIBUCIÓN DE COMPLICACIONES PERINATALES DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR ATENDIDA POR PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2013 AL 2015.



Fuente: Tabla N° 14

DISCUSIÓN

En los últimos años ha sido motivo de controversia la interrogante de la vía del nacimiento en embarazos de mujeres con antecedente de cesárea. El incremento del índice de cesáreas generó un nuevo grupo de pacientes, la cesareada anterior, del cual se desconocía el manejo y principalmente las previsiones que debían tomarse en el momento del trabajo de parto y la conducción del mismo. Por muchos años se sostuvo la teoría de que la paciente con antecedente de cesárea debía culminar gestaciones posteriores en cesárea, sobre todo para evitar los acontecimientos desastrosos a los que conlleva la ruptura uterina. Mientras que obstetras en Europa, Asia y África se inclinaban por una prueba de trabajo de parto, en Estados Unidos se prefería la realización de una cesárea electiva (1). En el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna (HHUT), sucede algo similar, en los últimos años se ha reportado mayor tasa de cesáreas que un parto por vía vaginal y más aún si le antecede una cesárea.

Actualmente existe una fuerte tendencia al alza en las tasas de cesárea, en nuestro país se observa una cifra superior a lo recomendado

por la Organización Mundial de la Salud, a pesar que esta misma institución asevera que no existen fundamentos que justifiquen una tasa superior al 15%, describiéndose como mala calidad de atención obstétrica cifras superiores. (30)

Dada la importancia de este problema en el Servicio de Ginecoobstetricia del HHUT, este estudio pretendió investigar la culminación del parto en pacientes con cesárea previa durante el 2013 al 2015 y recolectando datos de acuerdo a la metodología ya explicada se analizaron 260 gestantes mediante el modelo de regresión logística en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013 al 2015.

En cuanto a los hallazgos tenemos, que la tasa de incidencia de 10363 partos en el periodo estudiado, 260 gestantes (2,5%) con antecedente de cesárea anterior fueron atendidas por parto vaginal (Tabla N° 01).

La tasa de parto después de una cesárea informada en nuestro estudio es una cifra baja comparada con los estudios en América Latina.

De la misma manera CASTAÑEDA M, SOTO L Y NAVARRO L (2013) (10), en Bogotá-Colombia encontró una frecuencia de parto vaginal después de cesárea baja con relación a lo reportado en la literatura, lo cual se ve reflejado en el incremento de morbilidad tanto materna como perinatal, tal como se describe en la literatura. Este resultado es congruente con el resultado de CUERO O. Y CLAVIJO C. (2011) (11); en Cali-Colombia en el 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. Por su parte HUERTAS T - POCCO D (2010) (14), en Lima-Perú realizaron un estudio en el que resultó que no hubo diferencia estadísticamente significativa en los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa a quienes se indicó prueba de trabajo de parto, comparados con quienes se indicó cesárea electiva repetida. La tasa de éxito del grupo prueba de trabajo de parto fue 65,3%. Por otro lado en el trabajo de HUIZA M. (2014) (16), realizado en el Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD se encontró que las pacientes con cesárea previa seleccionadas culminan su parto vaginal satisfactoriamente con el 54,9% (62 pacientes).

La Fundación Valle del Lili (Cali) reporta una tasa del 66,9%. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la tasa de cesárea no debería

exceder el 15%, pero estas tasas son variables en el mundo encontrándose en África 3,5% en promedio, en Asia 15,9%, siendo la más alta en China 40,2%. Europa reporta un promedio del 19%, el más alto en Italia con 36%. (32-33)

La mayoría de los casos de parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea previa se presenta en mujeres de edades entre 20 a 34 años de edad (72,3%) seguido de las añosas de 35 a más años con 25% y una minoría de 2,7% fue para las adolescentes menores de 19 años. El promedio de edad fue de 29.6 años con baja variabilidad de datos (D.E. = 6,0); similar a lo reportado por CASTAÑEDA M, SOTO L Y NAVARRO L (2013) (10); quienes demostraron que la edad materna promedio fue de 29 años lo que indica que las pacientes se encontraban por debajo de los 35 años, edad en la que se incrementa el riesgo de desenlaces maternos y perinatales adversos; SANDELIZ E, CONDE J, CASTANEDO J, MEDINA M (2009) (12); también reportaron resultados similares del cual el mayor número de pacientes se encontraban entre 20 y 25 años de edad; HERRERA M - CARRIÓN C (2015) (13); obtiene como resultado que la edad promedio de las mujeres con cesárea previa fue 29,6 años, donde la edad \leq 35 años fue el predominante (96,7%); sin embargo existen estudios que incluyen un año más entre edades de 20 – 35 años como lo son en el

caso de HUERTAS T - POCCO D (2010) (14), en un estudio realizado en Lima resulta que más del 78% tenían edades de entre 20 a 35 años, solo 53% eran menores de 20 años; HUIZA M. (2014) (16), en un estudio de 113 pacientes con cesárea previa encontraron que según su edad las mujeres fueron adultas entre los 27 – 35 años con un 56,6% (64 pacientes). Sin embargo no se logró establecer relación estadísticamente significativa entre la tasa de éxito para el parto vaginal y la edad materna (Tabla N° 02).

El parto vaginal con antecedente de cesárea previa se presenta con mayor frecuencia en mujeres multíparas con 2 a 4 hijos (52,7%) y primíparas (46,2%), mientras sólo una minoría de 1,2% fue gran multípara con 5 a más hijos (Tabla N° 07); este resultado no coincide con lo reportado por HUERTAS T - POCCO D (2010) (14); quien demostró que el 73% se presentó en primíparas, sin embargo si coincidimos con el número de antecedentes de cesárea previa.

Desde el inicio de su práctica, la operación cesárea ha ido en un aumento progresivo. Es probable que diversas características hayan incidido en este incremento, entre las características estudiadas en la presente investigación se encontró que la edad gestacional en la gran

mayoría de gestantes con antecedente de cesárea anterior llegaron al tercer trimestre en el parto vaginal (98,1%) y sólo una minoría de 5 (1,9%) tuvieron parto vaginal prematuro en el segundo trimestre (Tabla N° 11); resultados que no alejan a lo encontrado por CASTAÑEDA M, SOTO L Y NAVARRO L (2013) (10), quienes realizaron un reporte de la edad gestacional promedio de todas las pacientes incluidas la cual fue de 39 semanas lo que indica que las gestaciones en su mayoría se encontraban a término para el momento del parto. De acuerdo con lo encontrado por HERRERA M - CARRIÓN C (2015) (13); se encontró que la edad gestacional fue de 38 a 40 semanas. Las gestantes con antecedente de cesárea con una edad gestacional comprendidas entre las 37 y 39 semanas de gestación tienen más posibilidad de terminar su gestación por vía vaginal en comparación con las gestantes con antecedente de cesárea que tuvieron 40 semanas o más de edad gestacional.

En relación con la distribución según el periodo intergenésico este estudio recoge un predominio de la frecuencia de gestantes con antecedente de cesárea anterior quienes tuvieron mayormente un periodo de 5 a más años (45%), seguido de aquellas que tuvieron un periodo de 3 a 4 años (28,8%), estos agrupan a cerca del 74% del total. En cambio un menor porcentaje se observa en las gestantes que tuvieron un periodo de 1

a 2 años (23,8%) y menos a un año con sólo 2,3% (Tabla N°10). Uno de los pocos estudios que abarcan el periodo intergenésico, el de más reciente publicación es el de HERRERA M - CARRIÓN C (2015) (13) en la Clínica particular CORI GYN en el año 2015, quienes evaluaron una muestra importante y encontraron que el período intergenésico en este estudio fue de 2 - 5 años (60,0%). HUERTAS T - POCCO D (2010) (14) en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2010, realizaron un estudio en el que informaron que el 44% presentaban periodo intergenésico corto (menor de 24 meses). Sobre el asunto nos damos cuenta de que hay una diferencia significativa del periodo intergenésico con otras investigaciones; de un periodo intergenésico corto HUERTAS T - POCCO D a un periodo intergenésico largo representado en nuestro estudio, la cual tienen una gran influencia dentro de este grupo. Por ello el período intergenésico óptimo para prevenir complicaciones maternas y fetales es de 2 a 5 años. Debido a que muchas veces se ha recomendado realizar cesárea en gestantes con período intergenésico menor a 18 meses. (34)

Al estudiarse otras variables como número de controles prenatales, grado de instrucción y estado civil, no se encontró relación estadísticamente significativa para el éxito del parto vaginal para todos los casos.

En cuanto a las complicaciones maternas se encontró que, el 97,7% con antecedente de cesárea anterior no presentaron desgarro perineal y sólo una minoría de 2,3% si tuvo esta complicación; con relación a la rotura uterina, infección puerperal y hemorragia postparto se resalta que el 100% no tuvieron esta complicación materna. De la misma forma, no hubo muerte materna en el 100% de gestantes con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015 (Tabla N°13). Este resultado coincide con lo reportado por HUERTAS T - POCCO D (2010) (14); quienes no encontraron complicaciones en rotura uterina, histerectomía, hemorragia posparto, ni muertes maternas en su estudio. Por el contrario en un estudio realizado por CASTAÑEDA M, SOTO L Y NAVARRO L (2013) (10); presentaron un caso de hemorragia postparto, a diferencia de las pacientes que tuvieron complicaciones posterior a un nacimiento por cesárea, es decir se encontró un incremento dado principalmente por hemorragia postparto con una paciente que presenta una complicación severa y requiere manejo en UCI e histerectomía, además de un incremento en la frecuencia de infección puerperal; se discrepa con los resultados de hemorragia postparto ya que en este estudio no se identificaron casos. Por otra parte SANDELIZ E, CONDE J, CASTANEDO J, MEDINA M (2009) (12); refieren que hay un

mayor por ciento de complicaciones en el grupo que presentaron parto por cesárea con 123 pacientes (37%), en comparación con el grupo que presentó parto eutócico, las complicaciones fueron menos frecuentes con 39 pacientes (20%). Otro estudio realizado por HERRERA M - CARRIÓN C (2015) (13); respecto a las complicaciones, el 6,7% presentaron complicaciones en el puerperio inmediato (retención de restos placentarios, sangrado e infección de episiotomía) y el 20,0% presentaron complicaciones en el puerperio mediato (fiebre, infección de episiotomía y alza térmica). YUI L. Y BAZUL V. (2010) (15); un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal reporto complicaciones más graves durante el parto vaginal las cuales fueron: la rotura uterina (un caso, requirió laparotomía e histerectomía) y dehiscencia parcial (un caso, cuyo manejo fue conservador). Entre las pacientes en que falló la prueba de trabajo de parto, se encontró durante la cesárea ocho roturas uterinas; en todas ellas sólo se hizo sutura del defecto. Otros autores también refieren que la muerte materna por rotura uterina es poco frecuente y que el riesgo es mayor en casos de hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta, como lo demuestran otros estudios.

En cuanto a las complicaciones perinatales se encontró que, la gran mayoría de gestantes con antecedente de cesárea anterior no tuvieron a su

recién nacido con bajo peso al nacer 251 casos (96,5%) y sólo una minoría de 9 casos (3,5%) nació con bajo peso al nacer (menos de 2500gr) (Tabla N°14). De acuerdo con lo encontrado por SANDELIZ E, CONDE J, CASTANEDO J, MEDINA M (2009) (12); en el grupo de pacientes con antecedente de cesárea que tuvieron parto eutócico predominó el peso insuficiente en 116 pacientes (59,2%), le sigue el grupo de peso adecuado en 53 pacientes (27%), el bajo peso al nacer (menos de 2500gr) se detectó en 27 pacientes (13,8%). En el grupo de pacientes con antecedente de cesárea que tuvieron parto por cesárea, hubo predominio del peso adecuado 173 (52,2%), seguido del peso insuficiente 70 (21%), el peso elevado 59 (17,2%) y el bajo peso 30 (9%). Otro estudio realizado por HERRERA M - CARRIÓN C (2015) (13), encontraron que el promedio ponderado fetal fue de 3,296 ± 314 gramos, la cual es considerado un ponderado de peso fetal normal. Similar al estudio encontrado por HUIZA M. (2014) (16), en el que la mayoría de los recién nacidos pesaron entre más de 3500gr con 52,2% (59 pacientes). Cabe destacar que en este estudio los recién nacidos con menos de 4000 gr tienen 6,8 veces más probabilidades de éxito para el parto vaginal. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en la literatura que reporta, que factores como un peso mayor de 4000 gr al nacimiento indicarían un fracaso en el intento de parto vaginal y un aumento en las complicaciones.

Se resalta que casi la totalidad de recién nacidos 258 casos (99,2%) no tuvieron asfixia neonatal, sin embargo hubo 2 casos reportados. Respecto al óbito fetal, casi la totalidad de recién nacidos 253 casos (97,3%) no presentaron esta complicación, mientras que 7 casos (2,7%) lo tuvo durante el embarazo. En cuanto a la distocia de hombros, cabe destacar que el 100% de gestantes no tuvieron esta complicación. Igualmente en casi la totalidad de recién nacidos no hubo muerte fetal (99,2%) y sólo ocurrieron 2 (0,3%) muertes durante el periodo 2013 a 2015 en el hospital Hipólito Unanue de Tacna (Tabla N°14). Estos estudios concuerdan con lo demostrado por CASTAÑEDA M, SOTO L Y NAVARRO L (2013) (10); lo cual no se observó complicaciones en el grupo de nacimientos por parto vaginal, sin embargo hubo mayor ingreso a la UCI neonatal posterior a la realización de una cesárea. Otro estudio realizado por HUERTAS T - POCCO D (2010) (14); en cuanto a los resultados perinatales, no hubo caso de muerte intraútero anteparto o intraparto, ni muertes neonatales.

El éxito del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior depende de las características sociodemográficas y obstétricas, el antecedente de

parto vaginal previo es importante, porque permite predecir las posibilidades de éxito de una prueba de trabajo de parto en gestantes con antecedente de cesárea anterior.

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, como la encefalopatía hipóxico-isquémica, en el nuestro no se observó complicación perinatal alguna, debido probablemente al número de casos estudiados.

CONCLUSIONES

1. En este estudio se evidencia una tasa de éxito para el parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea anterior, de 260 partos durante estos tres años de estudio, sin embargo cabe destacar que la frecuencia es baja en el periodo observado.
2. La mayoría de los casos de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea, se presentan en mujeres de edades entre 20 a 34 años de edad (72,3%). En contacto con las demás características sociodemográficas se presentan con mayor frecuencia en mujeres convivientes, que culminaron la secundaria, que en la actualidad se dedican a ser amas de casa y que provienen de zonas urbanas de la ciudad de Tacna.
3. Además es más frecuente en mujeres multíparas que presentan en mayor proporción el antecedente de por lo menos una o dos cesáreas previas. Se intenta parto vaginal en cesareada anterior, cuando el periodo intergenésico es mayor de un año, en fetos de presentación cefálica, pelvis ginecoide y no existen contraindicaciones absolutas para dar chance vaginal. En cuanto a la Anemia el 33,1% de gestantes lo presentaron y el 25,4% presentaron Infección del Tracto Urinario. La

edad gestacional promedio de todas las pacientes incluidas fue del tercer trimestre lo que indica que las gestaciones en su mayoría se encontraban a término para el momento del parto.

4. En cuanto a las complicaciones maternas, no presentaron ningún caso de rotura uterina, infección puerperal, hemorragia post parto, tampoco se tuvo ningún caso de muerte materna; sin embargo se encontró 6 casos de desgarros perineales, siendo un 2,3% de los casos de parto vaginal en cesareadas anteriores atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
5. En lo concerniente a las complicaciones perinatales, se tuvo 2 casos de muerte neonatal, el mismo número de asfixia neonatal; sin embargo se tuvo 9 casos de bajo peso al nacer y 7 casos de óbitos fetales.

RECOMENDACIONES

1. Se debe crear una comisión de control dentro del servicio de Gineco-Obstetricia, integrada por médicos y obstetras asistenciales, los que analizaran la tasa de éxito de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea anterior cada mes.
2. Es prudente el asesoramiento cuidadoso por parte de las obstetras hacia las gestantes con cesárea previa en cuanto a los riesgos y beneficios de una prueba de trabajo de parto.
3. El Profesional de Obstetricia deberá concientizar a la gestante acerca de que no todos los embarazos anteriores terminados en cesárea, volverán a terminar con el mismo diagnóstico en el parto siguiente.
4. El Profesional de Obstetricia debería mejorar el registro de las historias clínicas materno perinatales a fin de evitar la pérdida de información valiosa para investigaciones posteriores sobre el presente estudio.
5. Se recomienda a los investigadores interesados en el tema, estudiar las variables como: motivo de cesárea anterior, retención placentaria y prematuridad entre otros, que hará más relevante el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas A, Lévano J. Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un Hospital. Rev. Perú Obstet Ginecol. Vol.59 No4 Lima Octubre-Diciembre 2013. [citado 30 de agosto de 2016]; Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230451322013000400005&script=sci_arttext
2. Gálvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del Callao, periodo Enero-Diciembre 2013. [citado 28 de octubre de 2016]; Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3512/3/Galvez_le.pdf
3. Instituto Nacional Materno Perinatal. [Sitio en internet]. Consultado: 12 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/>

4. Bethesda. Institutos Nacionales de la Salud; Parto por cesárea: reporte de una conferencia de consenso patrocinado por el NICHD en conjunto con el Centro Nacional de Tecnología de la atención sanitaria y la asistencia de la Oficina de Aplicaciones Médicas de la Investigación. En 1981, NIH publicación No: 82-2067.
5. Agüero O. Publicaciones sobre cesáreas en Venezuela hasta 1990. Rev. Obstet Ginecol Venezuela.1993; 53:3-6.
6. Pérez P, Alcántara M. Parto vaginal en la cesareada anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé durante 2000 al 2002. Lima – Perú 2005. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [TESIS]
7. Ávalos E. Técnicas y materiales alternativos para cesárea, Abril 2009. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663_a_balose_com/es

8. Rubio M, Ángel M. Operación Cesárea. Obstetricia Integral Siglo XXI. Bogotá-Colombia, 2009, pág. 302.

9. Hirsch L. Cesáreas. [Sitio en internet]. Consultado: 16 de Noviembre de 2016. Disponible en: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/c_section_s_esp.html#.

10. Castañeda M. Frecuencia de Parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea y factores asociados, en mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del durante el 2011 al 2012. Bogotá-Colombia, 2013. Hospital Militar Central. [TESIS]

11. Cuero L. y Clavijo A. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, 2011. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Cali-Colombia, Vol. 62 No.2 Abril-Junio 2011 (148-154) [online] <http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol62No2_Abril_Junio_2011/v62n2a05.pdf> [Internet]. [Citado 28 de agosto de 2016]; Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000200005

12. Sandeliz E, Conde J, Castañedo J, Medina M. Parto fisiológico en pacientes con cesárea previa en el Hospital Universitario Ginec Obstetricia “Mariana Grajales”, 2009. Windhoek, Vol. 6 No.2, enero-diciembre 2012. [Citado 14 de febrero de 2017]; Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r2_12/cesarea_previa.htm
13. Herrera M, Carrión C. Factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa en la clínica particular cori gyn, distrito los olivos. Lima-Perú, 2015. Universidad Alas Peruanas. [TESIS]
14. Huertas E, Pocco D. Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev. Peruana Obstet Ginecol Lima-Perú. 2010; 56: 284-288

15. Yui L, Bazul V. Manejo de la gestante con una cesárea previa en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev. Peruana Obstet Ginecol Lima-Perú. 1995; 41 (1): 76-82
16. Huiza M. Culminación del parto en gestantes con cesárea previa atendidas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD de Tacna Junio 2012 a Junio 2013. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Perú 2014.
17. <http://hispanTV.com/detail/2013/03/17/217486/america-latina-primero-cesarea-mundo>.
18. Duff P, Southmayd K, Read J. Outcome of trial of labor in patients with a single previous low transverse cesarean section for dystocia. Obstet Gynecol. 1988; 71:380-4
19. Piridjian G. Trabajo de parto con cesárea previa. Clin Obstet Ginecol. 1992; 3:429-38

20. 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

21. 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

22. Miller D A, Diaz F G, Paul R H. Vaginal birth after cesarean: A10-year experience. *Obstet Gynecol.* 1994; 84: 255-8

23. 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

24. Colegio americano de Obstetricia y Ginecología. Parto vaginal después de cesárea previa. Washington, DC: The College; 2004. ACOG. Practice Bulletin.

25. Centro Nacional de información sobre la Salud de la Mujer (julio de 2007). Parto. Citado por National Institutes of Health. Ultimo acceso 20 de febrero de 2017.
26. Alan H. De Cherney. Diagnóstico y tratamientos ginecoobstetricos. Capítulo 10 curso y Atención del trabajo de parto; Biswas y Craigo. Páginas 241-273- 7ª. Edición. Español. Editorial manual moderno. 1997.
27. García, González. Parto Vaginal Después de Cesárea. Revista Colombiana Salud Libre. 2008. Volumen 3. Número 1. 73 – 76.
28. <http://es.wikipedia.org/wiki/Ces%C3%A1rea>
29. Vergara Reina R, Acosta Pérez M. Experiencias en el parto vaginal pos cesárea en un hospital haitiano. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2003.

30. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth: No. 155. J Obstet Gynecol Can. 2005; 27: 164-74.
31. Avanza MJ, Sosa TR, Giusti SA, Alegre C, Benítez A, Rivero MI. Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario. Revista Médica del Nordeste 2004; 5:2-16.
32. Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales. Rev. Panamá Salud Pública 2007; 21:251.
33. World Health Organization. Programmes and projects. Making pregnancy safer. Country profiles on maternal and new born health. Visitado en 2011 May 19. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/countries/en/index.html

34. Huang W, Nakashima D, Rumney P, et al. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 41-44.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

HCL:

1. EDAD

- <19 años ()
- 20-35 años ()
- >35 años ()

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior no universitario () Superior Universitario ()

3. ESTADO CIVIL

- Soltera ()
- Casada ()
- Conviviente ()
- Viuda ()

4. PARIDAD

- Primípara ()
- Múltipara ()
- Gran Múltipara ()

5. PROCEDENCIA

- Tacna ()
- C. Nueva ()
- Alianza ()
- Pocollay ()
- Otros ()

6. OCUPACION

- Ama de casa ()
- Comerciante ()
- Artesana ()
- Empleada ()
- Agricultora ()

7. Nº DE CESAREAS PREVIAS

- Una ()
- Dos ()

8. Nº DE CONTROLES PRENATALES

- 1 a 4 ()
- 5 a 8 ()
- 9 a 12 ()

9. PERIODO INTERGENESICO

- < 1 año ()
- 1 a 2 años ()
- 3 a 4 años ()
- 5 a más ()

10. EDAD GESTACIONAL

- 1 a 13 semanas ()
- 14 a 26 semanas ()
- >27 semanas ()

11. INFECCION URINARIA

Si ()

No ()

13. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

Si ()

No ()

15. HEMORRAGIA POSTPARTO

Si ()

No ()

17. INFECCION PUERPERAL

Si ()

No ()

19. PESO AL NACER

< De 2500 gr. ()

>De 2500 gr.()

21. DISTOCIA DE HOMBROS

Si ()

No ()

23. OBITO FETAL

Si ()

No ()

12. ANEMIA

Si ()

No ()

14. ROTURA UTERINA

Si ()

No ()

16. TRAUMA OBSTETRICO

Si ()

No ()

18. MUERTE MATERNA

Si ()

No ()

20. ASFIXIA NEONATAL

Si ()

No ()

22. MUERTE NEONATAL

Si ()

No ()