

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON ANTECEDENTE DE
UNA CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
MATERNO INFANTIL EL CARMEN, HUANCAYO 2019.**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD MATERNA Y PERINATAL

PRESENTADO POR:

Obsta. CASTRO BONILLA, Gabriela

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

HUANCVELICA – PERU

2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a los siete días del mes de diciembre a las 10:15 horas del año 2020 se reunieron los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis del (la) egresado(a):

CASTRO BONILLA, GABRIELA

Siendo los jurados evaluadores:

Presidente : Dr. Leonardo LEYVA YATACO
Secretario : Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN
Vocal : Dra. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE

Para calificar la sustentación de la tesis titulada:

PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON ANTECEDENTE DE UNA CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, HUANCAYO 2019.

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 145-2020-D-FCS-R-UNH, concluyendo a las 10:55 horas. Acto seguido, el presidente del jurado evaluador informa al o los sustentantes que suspendan la conectividad para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

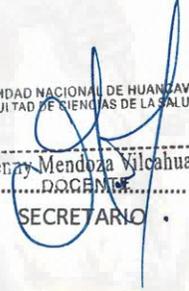
Observaciones:

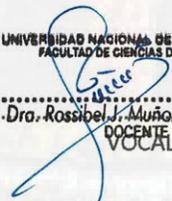
.....
.....
.....

Ciudad de Huancavelica, 07 de diciembre del 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DR. LEONARDO LEYVA YATACO
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
DOCENTE
SECRETARIO

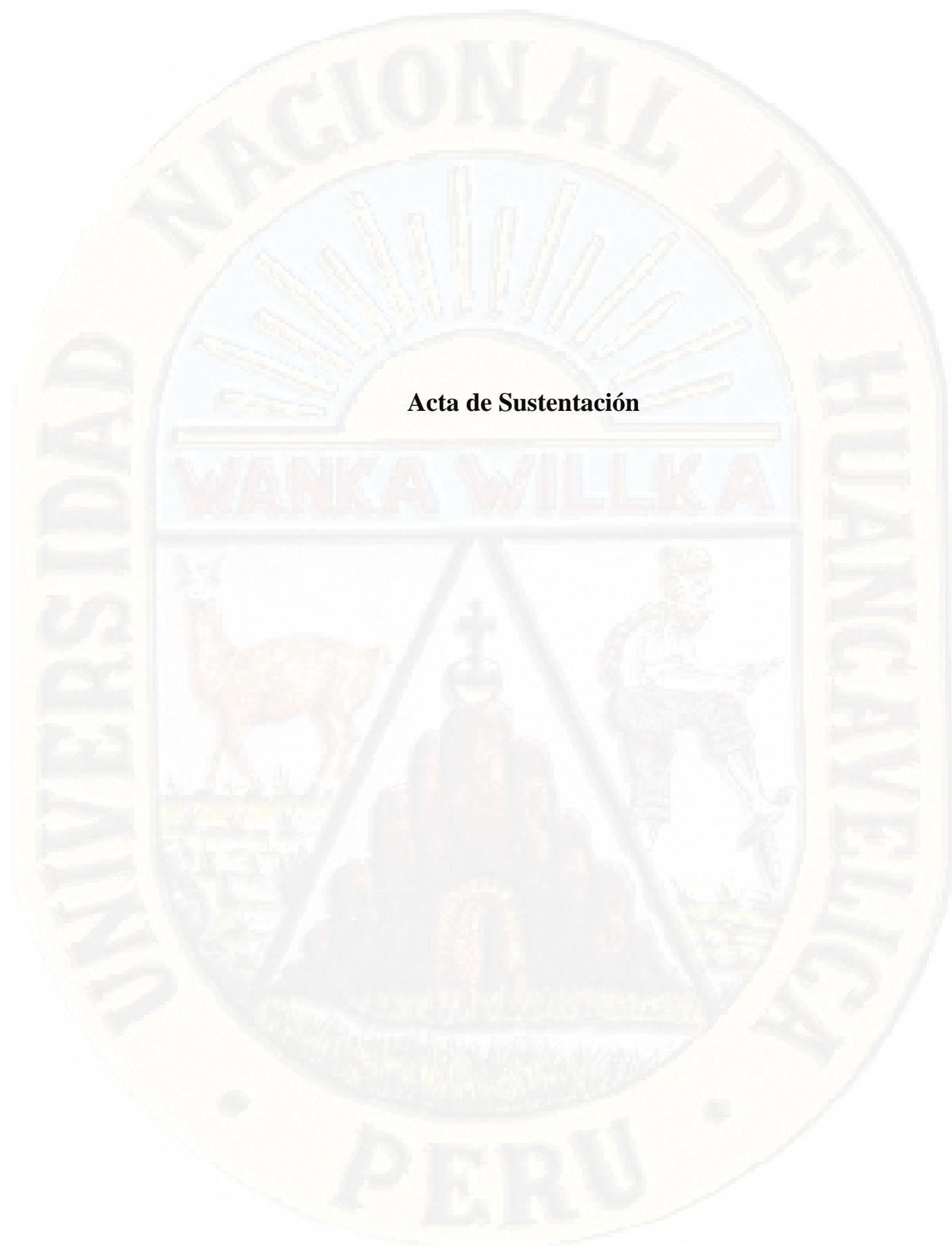
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre
DOCENTE
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

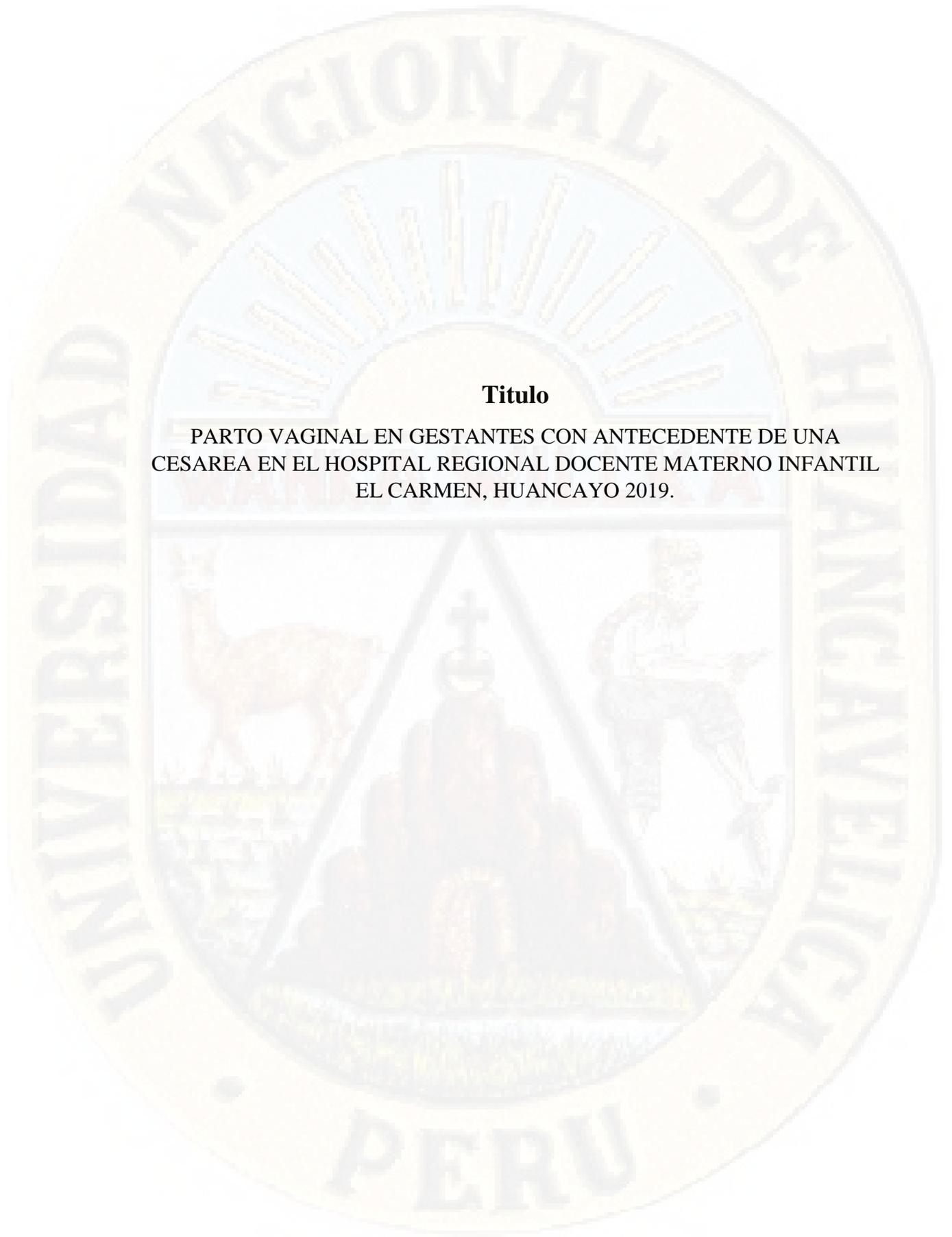
Dra. SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Kelly Yadira Riveros Laurente
OBSTETRA
COP. 30760
SECRETARIA DOC.

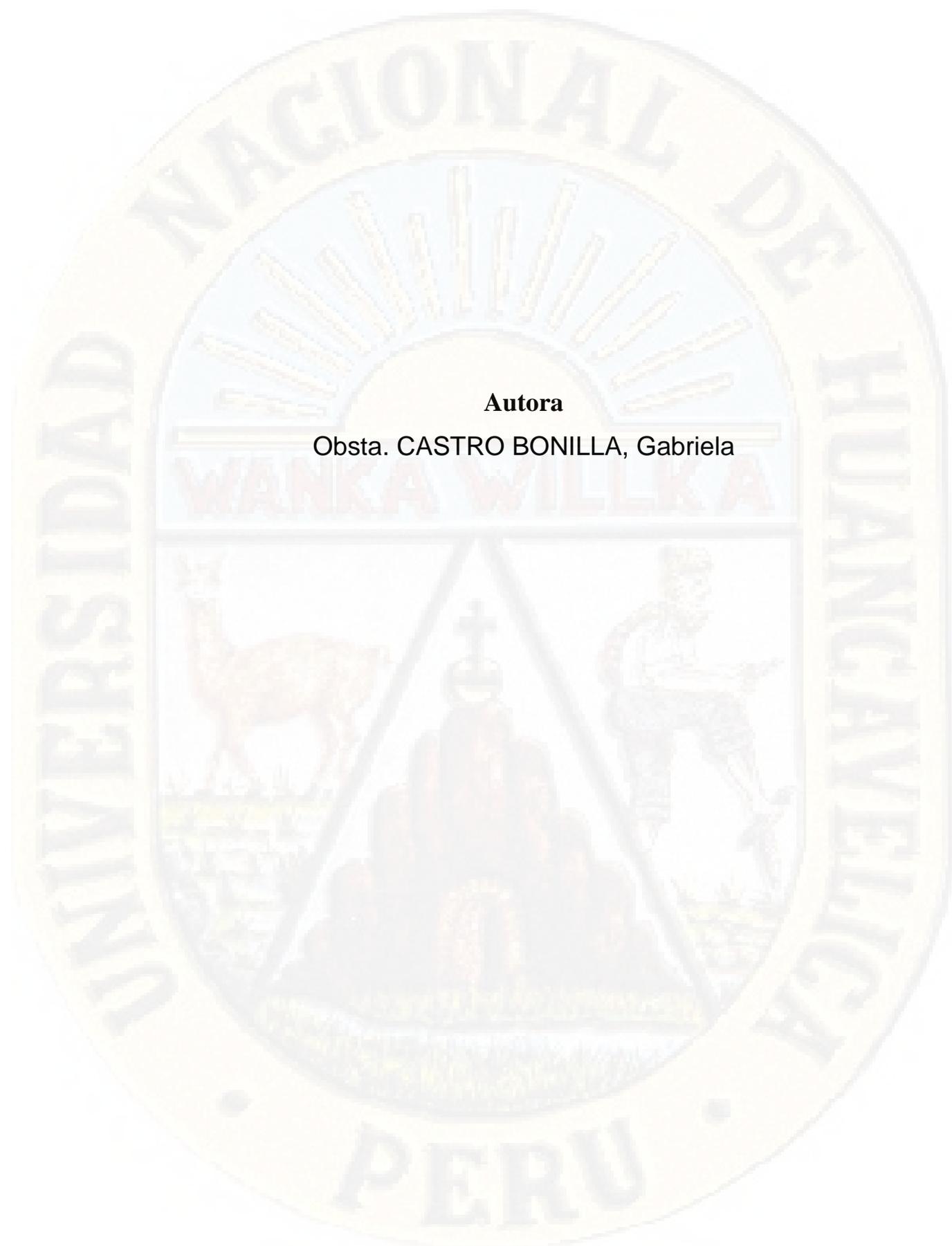


Acta de Sustentación



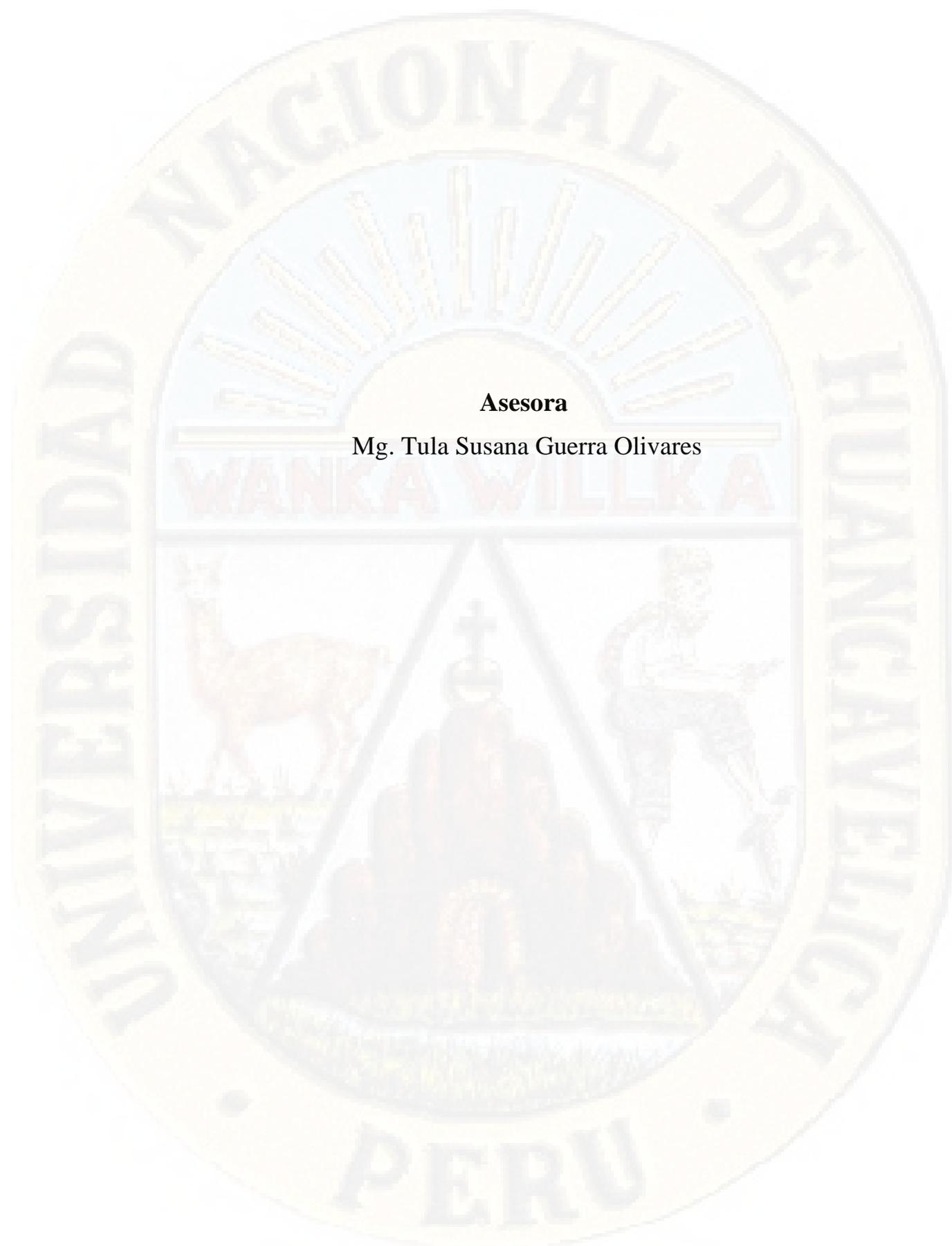
Título

PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON ANTECEDENTE DE UNA
CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL
EL CARMEN, HUANCAYO 2019.



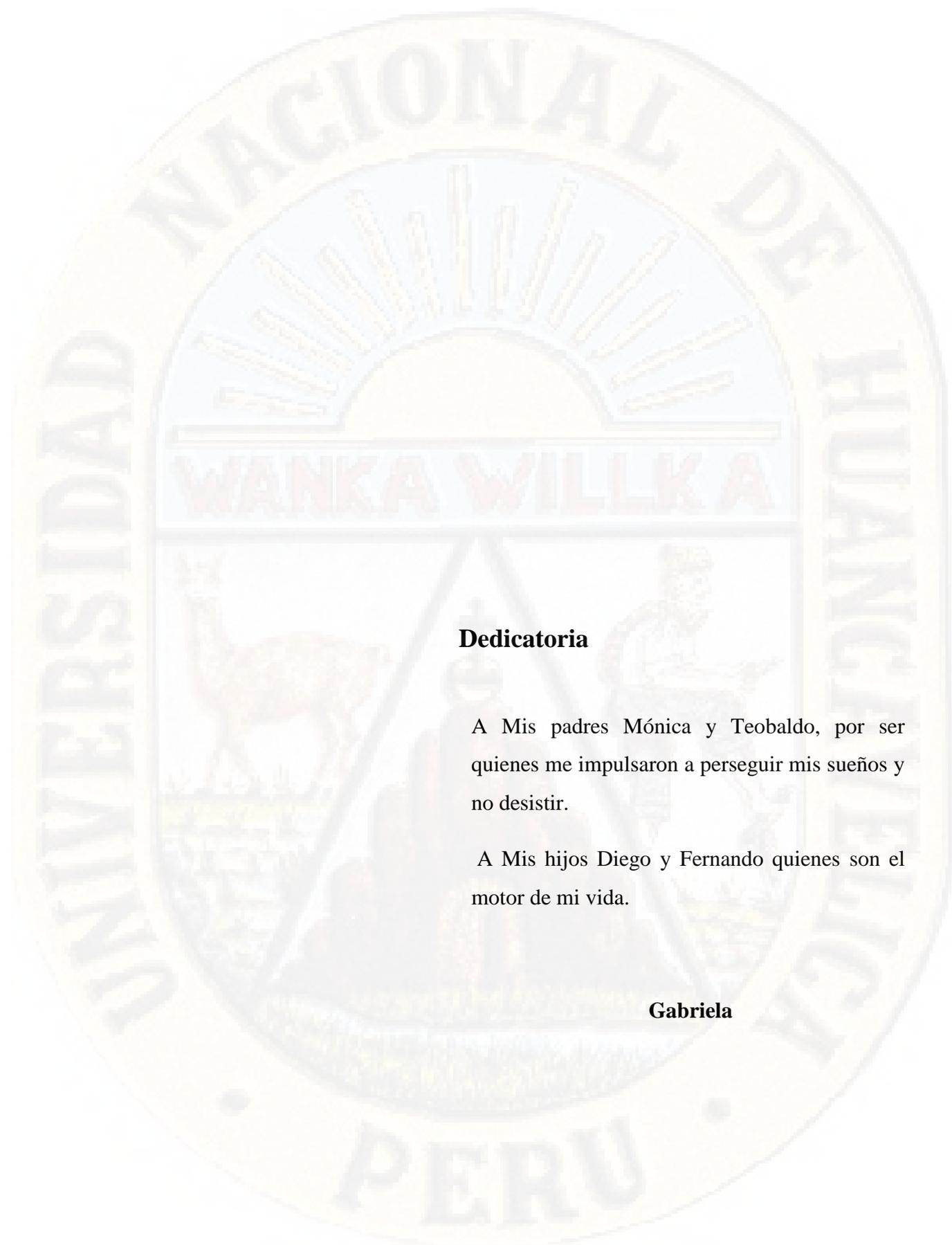
Autora

Obsta. CASTRO BONILLA, Gabriela



Asesora

Mg. Tula Susana Guerra Olivares



Dedicatoria

A Mis padres Mónica y Teobaldo, por ser quienes me impulsaron a perseguir mis sueños y no desistir.

A Mis hijos Diego y Fernando quienes son el motor de mi vida.

Gabriela

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Huancavelica por darme la oportunidad de culminar mis estudios de segunda especialidad y fortalecer mis competencias a través de la especialización y así lograr un servicio de calidad a las usuarias del Hospital donde me desempeño.

A mi asesora Mg. Tula Guerra Olivares, por su apoyo y dedicación en el presente trabajo.

A mis compañeros de estudio por el apoyo colaborativo que permitió culminar nuestro estudio de manera exitosa.

Agradezco al director y colegas del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo por el apoyo en la obtención de la información para hacer realidad la presente investigación.

Tabla de contenido

Portada	i
Acta de Sustentación.....	ii
Título.....	iii
Autora	iv
Asesora.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Tabla de contenido.....	viii
Tabla de Contenido de Cuadros.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Introducción	xiii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema	14
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Objetivos de la investigación	17
1.4. Justificación e importancia.....	17
1.5. Limitaciones.....	19

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.....	20
2.2. Bases teóricas.....	26
2.3. Definición de términos.....	37
2.4. Variables de Estudio	38
2.5. Operacionalización de la variable	39

CAPÍTULO III
MATERIALES Y METODOS

3.1.	Ámbito de estudio	40
3.2.	Tipo de investigación	41
3.3.	Nivel de investigación.....	42
3.4.	Métodos de investigación.....	42
3.5.	Diseño de investigación	42
3.6.	Población, muestra y muestreo	43
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	44
3.8.	Procedimiento de recolección de datos	44
3.9.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	45

CAPÍTULO IV
DISCUSION DE RESULTADOS

4.1	Presentación e interpretación de datos	46
4.2	Discusión de resultado	56
	Conclusiones	58
	Recomendaciones	59
	Referencias bibliográficas.....	60
	Apéndice	63

Tabla de Contenido de Cuadros

Tabla 1.	Edad y Talla de la gestante con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.	47
Tabla 2.	Nivel de instrucción de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.	48
Tabla 3.	Paridad de las de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.	49
Tabla 4.	Numero de APN de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.	50
Tabla 5.	Periodo intergenésico de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.	51
Tabla 6.	Profesional que atendió el parto vaginal de gestantes con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.	52
Tabla 7.	Tipo de trabajo de parto de gestantes con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.	53
Tabla 8.	Complicaciones maternas en el trabajo de parto en gestantes con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.	54
Tabla 9.	Complicaciones neonatales de gestantes de parto vaginal con un antecedente de cesárea en Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.	55

Resumen

Objetivo: Determinar cómo es el parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo 2019.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, diseño descriptivo simple, técnica análisis documental, instrumento ficha de recolección de datos. Población y muestra censal.

Resultado: Entre las características resaltantes se encontró edad promedio 29.3 años, la mínima 18 y la máxima 44 años; el 50% tuvo menos de 29.0 y el 75% menos de 34.0 años. La talla promedio 1.51 metros, la más frecuente 1.51 metros, la mínima 1.40 y la máxima 1.67 metros; el 50% menos de 1.51 metros y el 75% tuvo menos de 1.55 metros; el 5.8% tuvieron estudios primarios, el 71.2% secundaria, el 19.2% técnico superior y el 3.8% superiores universitario; el 42.3% fueron secundíparas, el 50.0% multíparas y el 7.7% gran multíparas; el 57.7% tuvieron como mínimo 6 APN y el 42.3 % menor a 6 APN; el 23.1% tuvieron un P.I. corto, menor o igual a 2.0 años; el 34.6% P.I. adecuado de 2 a 4 años y el 42.3% tuvieron un P.I. largo, igual o mayor a 5 años; el 67.3% fueron atendidas por la obstetra; el 28.9% por Gineco obstetras y el 3.8% por el médico general. El 92.3% tuvieron un trabajo de parto espontaneo y el 7.7.% trabajo de parto inducido; el 50.0% no tuvieron complicación en el trabajo de parto, el 36.5% tuvieron desgarro perineal, el 7.7% tuvieron trabajo de parto prolongado y el 5.8% hemorragia posparto y el 7.7% de neonatos presentaron SFA, el 11.5% macrosomía fetal y el 80.8% Neonatos no presentaron ninguna complicación.

Conclusiones: La talla materna disminuida, la paridad, el periodo intergenésico largo fueron las características responsables de las complicaciones maternas en gestantes de parto vaginal con un antecedente de cesárea. La proporción de complicaciones maternas fue del 50%, y de las complicaciones neonatales el 19,2 %.

Palabras clave: Parto vaginal, cesárea anterior y complicaciones materna y neonatal.

Abstract

Objective. To determine what vaginal delivery is like in pregnant women with a history of a cesarean section at the Hospital Regional Teaching Materno Infantil el Carmen, Huancayo 2019. **Methodology.** Observational, descriptive, retrospective cross-sectional study, simple descriptive design, document analysis technique, data collection sheet instrument. **Population and census sample.** **Outcome.** Among the outstanding characteristics, an average age was 29.3 years, the minimum 18 and the maximum 44 years; 50% were less than 29.0 and 75% were less than 34.0 years old. The average size is 1.51 meters, the most frequent 1.51 meters, the minimum 1.40 and the maximum 1.67 meters; 50% were less than 1.51 meters and 75% were less than 1.55 meters; 5.8% had primary studies, 71.2% secondary, 19.2% higher technical and 3.8% higher university; 42.3% were secondary, 50.0% multiparous and 7.7% great multiparous; 57.7% had at least 6 APN and 42.3% less than 6 APN; 23.1% had a P.I. short, less than or equal to 2.0 years; 34.6% P.I. adequate from 2 to 4 years and 42.3% had a P.I. long, equal to or greater than 5 years; 67.3% were seen by the obstetrician; 28.9% by obstetrician gynecologists and 3.8% by general practitioners. 92.3% had spontaneous labor and 7.7% induced labor; 50.0% had no complications in labor, 36.5% had perineal tear, 7.7% had prolonged labor and 5.8% postpartum hemorrhage and 7.7% of neonates presented DES, 11.5% fetal macrosomia and 80.8% Neonates did not present any complications. **Conclusions:** Decreased maternal height, parity, and long intergenetic period were the characteristics responsible for maternal complications in pregnant women with vaginal delivery with a history of cesarean section. The proportion of maternal complications was 50%, and of neonatal complications 19.2%.

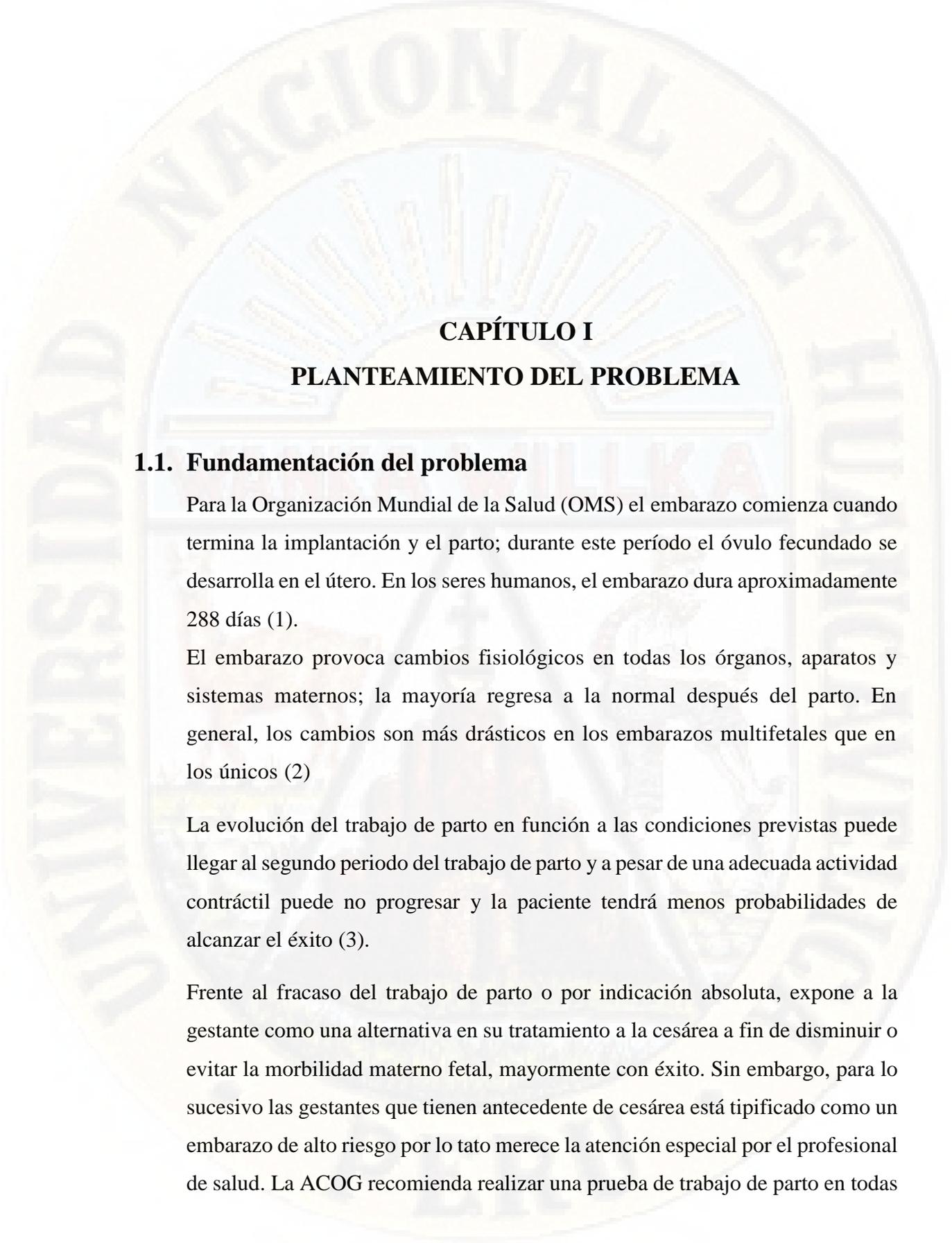
Key words: Vaginal delivery, anterior cesarean section, and maternal and neonatal complications.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la frecuencia de cesáreas no debería sobrepasar el 15% del total de partos; sin embargo, hoy en día la prevalencia de la misma se encuentra por encima de ese rango en la mayor parte del mundo y en el Perú la tasa de cesárea en estos últimos años es el 26.9%, si las tasas de cesárea primaria y secundaria continúan; creciendo al mismo paso que en los años recientes, se proyecta que la tasa general sea de 56.2% para 2020.

El parto después de una cesárea se define como la expulsión por vía vaginal de un feto mayor a 20 semanas de gestación en mujeres que tienen el antecedente de una operación cesárea. El riesgo de un embarazo se incrementa con la existencia de una cesárea anterior pudiendo presentar complicaciones en el embarazo y parto, ya que aumenta el riesgo de anomalías de placentación (placenta previa y acretismo placentario) y se convierte en el principal factor de riesgo de rotura uterina en un siguiente embarazo. Por otro lado, como consecuencia del incremento de la tasa global de cesáreas, cada vez es más frecuente que entre la población obstétrica se den gestantes multíparas con antecedente de una o más cesáreas anteriores, por lo que es fácil entender que el antecedente de cesárea anterior sea un motivo frecuente del total de cesáreas.

Los partos vaginales con antecedentes de cesárea es frecuente en la población en estudio, motivando el estudio y análisis del comportamiento de la misma presentado en el año 2019, ya que la importancia de conocer sus características del parto vaginal post cesárea permitirá fomentar la capacitación de los profesionales de la salud que laboran en el establecimiento de salud y brinden una atención especializada a las pacientes; del mismo modo permitirá tomar en cuenta la calidez de la atención prenatal en ella el asesoramiento sobre la vía del parto, sobre los riesgos y beneficios del parto vaginal y de la cesárea en aras de disminuir la morbilidad materna por esta causa. Concluido el presente informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero. En los seres humanos, el embarazo dura aproximadamente 288 días (1).

El embarazo provoca cambios fisiológicos en todas los órganos, aparatos y sistemas maternos; la mayoría regresa a la normal después del parto. En general, los cambios son más drásticos en los embarazos multifetales que en los únicos (2)

La evolución del trabajo de parto en función a las condiciones previstas puede llegar al segundo periodo del trabajo de parto y a pesar de una adecuada actividad contráctil puede no progresar y la paciente tendrá menos probabilidades de alcanzar el éxito (3).

Frente al fracaso del trabajo de parto o por indicación absoluta, expone a la gestante como una alternativa en su tratamiento a la cesárea a fin de disminuir o evitar la morbilidad materno fetal, mayormente con éxito. Sin embargo, para lo sucesivo las gestantes que tienen antecedente de cesárea está tipificado como un embarazo de alto riesgo por lo tanto merece la atención especial por el profesional de salud. La ACOG recomienda realizar una prueba de trabajo de parto en todas

pacientes con antecedente de cesárea, excepto cuando exista alguna contraindicación establecida (3).

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la frecuencia de cesáreas no debería sobrepasar el 15% del total de partos. Incluso este es un indicador de la calidad de gestión hospitalaria. Sin embargo, hoy en día la prevalencia de la misma se encuentra por encima de ese rango en la mayor parte del mundo (1).

Las tasas generales de parto por cesárea están aumentando significativamente en el mundo, en partes de América del Sur: incluyendo Brasil, Chile, Argentina y Paraguay, las tasas de cesáreas entre el 40% y el 50% son comunes. En el Perú la tasa de cesárea en estos últimos años es el 26.9%, si las tasas de cesárea primaria y secundaria continúan; creciendo al mismo paso que en los años recientes, se proyecta que la tasa general sea de 56.2% para 2020. (4)

Por otro lado, del 10% de las mujeres que tienen útero cicatricial, en los países industrializados es considerado la primera causa de antecedente de cesárea. Organizaciones, como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos aceptan la opción de parto en pacientes con antecedente de cesárea. En ese sentido alrededor de 60 a 80% de las mujeres a quienes se efectúan pruebas de trabajo de parto después de cesárea tendrán un parto exitoso, teniendo en cuenta que la tasa de éxito dependerá de la indicación de la cesárea previa (4).

La existencia de una cesárea anterior aumenta el riesgo de anomalías de placentación (placenta previa y acretismo placentario) y representa principal riesgo para rotura uterina en un siguiente embarazo. Los riesgos y beneficios del parto vaginal y de la cesárea deben ser valorados, aunque en la mayor parte de casos puede optarse a un parto vaginal (5).

El presente trabajo de investigación tiene el objetivo de identificar el parto vaginal con antecedente de una cesárea, caracterizar a las gestantes y analizar las complicaciones en el trabajo de parto en gestantes en el Hospital Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo, cuyos resultados permitirán sugerir la implementación de protocolos de atención específica orientado a prevenir

complicaciones como rotura uterina, con repercusiones graves, como hemorragia interna con shock, necesidad de transfusión, trastornos de la coagulación, infecciones, lesiones de órganos pélvicos, o necesidad de extirpación del útero, o bien con repercusiones graves para el feto, como: compromiso del bienestar fetal, o muerte fetal.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo se da el parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características de las gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019?
- ¿Cuál es el tipo de trabajo de parto de las gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019?
- ¿Cuáles fueron las complicaciones maternas de las gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019?
- ¿Cuáles fueron las complicaciones neonatales de las gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar cómo es el parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar cuáles son las características de las gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.
- Determinar cuál es el tipo de trabajo de parto de las gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.
- Determinar cuáles fueron las complicaciones maternas de las gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.
- Determinar cuáles fueron las complicaciones neonatales de las gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

1.4. Justificación e importancia

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos naturales que deben desarrollarse sin problemas para la madre y el feto, pero se producen complicaciones durante estos procesos que pueden tener consecuencias. Según las estimaciones de la (OMS), aproximadamente el 15% de las mujeres embarazadas muestran complicaciones potencialmente mortales y requieren atención calificada (2).

El embarazo provoca cambios fisiológicos en todas los órganos, aparatos y sistemas maternos; la mayoría regresa al estado normal después del parto. En

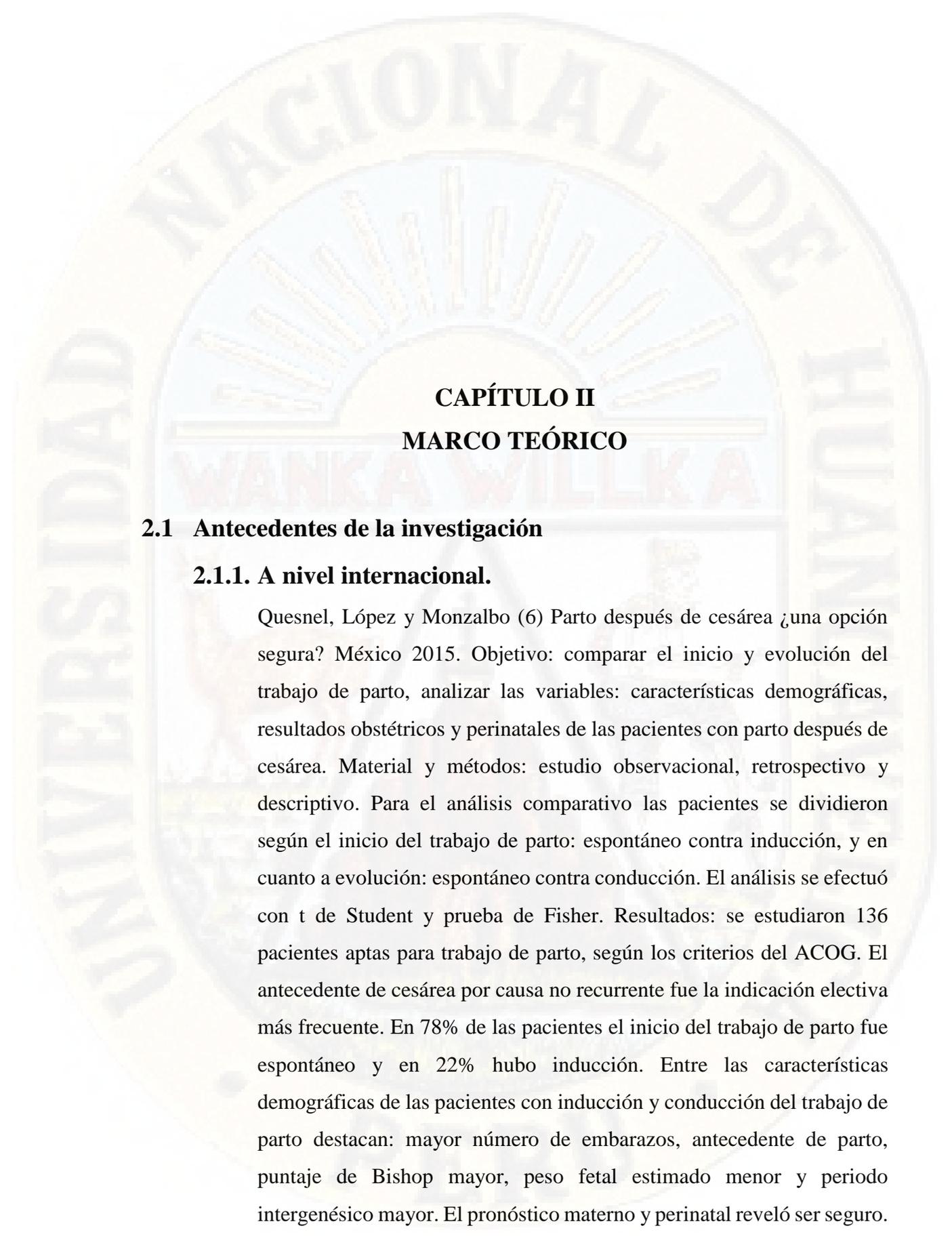
general, los cambios son más drásticos en los embarazos multifetales que en los únicos (2).

De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de permitir un parto vaginal a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones con la posibilidad de éxito es aproximadamente del 71-75%, siempre que no existan contraindicaciones para la vía vaginal y teniendo en cuenta la causa por la que se realizó la cesárea anterior. Sin embargo, debido a la cesárea previa, existe el riesgo de que se abra la cicatriz o se produzca rotura uterina, poniendo en riesgo la vida de la madre y el feto e incrementando la morbilidad y mortalidad materno neonatal. Por ello fue necesario identificar el parto vaginal en gestantes con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo, cuyos resultados permitirán sugerir la implementación de protocolos de atención específicos orientado a prevenir complicaciones como rotura uterina, hemorragias, shock, trastornos de la coagulación, infecciones, lesiones de órganos pélvicos, o necesidad de extirpación del útero, con repercusiones graves para la madre y el feto (5).

Así mismo sugerir al establecimiento de salud de referencia fortalecer la atención prenatal a través del asesoramiento sobre los riesgos de un parto siguiente a una cesárea como rotura uterina, y lesiones perineales. Así mismo proveer el manejo de complicaciones en futuras gestaciones como placenta previa, acretismo placentario o lesiones intraoperatorias en cesáreas iterativas. Por el contrario, tranquilizar a la gestante por las ventajas de una cesárea planificada, posibilidad de esterilización tubárica en el mismo acto quirúrgico y una menor mortalidad perinatal.

1.5. Limitaciones

El presente trabajo de investigación no tuvo serias limitaciones; sin embargo, por ser una población pequeña el tamaño de la muestra fue de 52 gestantes, por lo que se trabajó con todas. Se tuvo suficiente información que sustente los resultados, se contó con el apoyo de la institución para recoger los datos y suficiente acceso a los mismos que permitió culminar el presente estudio.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1. A nivel internacional.

Quesnel, López y Monzalbo (6) Parto después de cesárea ¿una opción segura? México 2015. Objetivo: comparar el inicio y evolución del trabajo de parto, analizar las variables: características demográficas, resultados obstétricos y perinatales de las pacientes con parto después de cesárea. Material y métodos: estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Para el análisis comparativo las pacientes se dividieron según el inicio del trabajo de parto: espontáneo contra inducción, y en cuanto a evolución: espontáneo contra conducción. El análisis se efectuó con t de Student y prueba de Fisher. Resultados: se estudiaron 136 pacientes aptas para trabajo de parto, según los criterios del ACOG. El antecedente de cesárea por causa no recurrente fue la indicación electiva más frecuente. En 78% de las pacientes el inicio del trabajo de parto fue espontáneo y en 22% hubo inducción. Entre las características demográficas de las pacientes con inducción y conducción del trabajo de parto destacan: mayor número de embarazos, antecedente de parto, puntaje de Bishop mayor, peso fetal estimado menor y periodo intergenésico mayor. El pronóstico materno y perinatal reveló ser seguro.

Conclusiones: el parto después de cesárea reveló ser un método seguro, que debe ofrecerse a todas las mujeres con una incisión transversal baja, periodo intergenésico mayor de 18 meses, y que estén cursando un embarazo único, en presentación cefálica, con adecuado peso fetal y sin complicaciones obstétricas que impidan el parto

Janser y Ochoa (7) Manejo de la paciente con una cesárea anterior, Honduras 1999, cuyo Objetivo: Determinar la vía de evacuación más frecuente en pacientes con cesárea anterior, tipo de complicaciones, indicación de cesárea en embarazo previo y actual. Material y Métodos. Estudio prospectivo en pacientes ingresados en la Unidad de Labor y Parto del Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela en período comprendido de abril a octubre de 1997, obteniéndose una muestra de 114 pacientes con antecedentes de una cesárea. Resultados. 54.4% tuvieron parto y 45.6% se ejecutó nuevamente la cesárea, de las que tuvieron parto una presentó dehiscencia de histerorrafia, dos sangrado postparto y cuatro desgarros perineales. La indicación de cesárea iterativa en el embarazo actual fue de 38.5% desproporción céfalo pélvica (DPC) y 21% complicaciones en la cesárea anterior. La vía vaginal con antecedentes de cesárea fue exitosa en el 88.7%. Conclusión. Se confirmó que la vía vaginal en cesárea anterior puede ocurrir sin complicaciones en una mayoría significativa y que la indicación de cesárea previa por DPC ocurrió en la actual por la misma causa.

Sepulveda et al (8) Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea Objetivo: identificar los factores asociados con el éxito del parto en pacientes con antecedente de cesárea. Material y método: estudio de casos y controles al que se incluyeron pacientes con antecedente de cesárea. Las variables se analizaron con un modelo de regresión logística para identificar los factores asociados con el éxito del parto. Resultados: se registraron 1,160 pacientes con antecedente de cesárea. Se efectuaron 668 cesáreas (grupo control) y 492 partos (grupo de estudio). Se identificaron como factores de éxito de parto en pacientes

con antecedente de cesárea: edad materna (25.1±5.4 vs 24.7±5.5 años, RM 0.967, $p<0.05$), peso del neonato (3,253±389 vs 3,383±452 g, RM 0.99, $p<0.05$), antecedente de parto (49 vs 18.4%, RM 2.97, $p<0.05$) e inicio espontáneo del trabajo de parto (90.8 vs 74.1%, RM 3.68, $p<0.05$). Conclusión: el trabajo de parto espontáneo, el antecedente de parto, el peso fetal y la edad materna son factores que se asocian con el éxito del parto en pacientes con cesárea previa.

2.1.2. A nivel nacional

Castillo (9) Oliva Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa. Universidad Peruana Cayetano Heredia 2017. Objetivos: Determinar los factores asociados que favorecen el parto vaginal en gestantes a término con cesárea previa, comparar complicaciones maternas y resultados perinatales. Material y Métodos: El diseño de la investigación es de tipo observacional, analítico, longitudinal, de cohorte retrospectivo o no concurrente, la muestra fue de 835 gestantes a término con cesárea previa que cumplían con los criterios de inclusión atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Marino Molina Scippa – ESSALUD en el periodo julio 2014 – junio 2016, se recolectó datos clínicos y demográficos que fueron sometidos al análisis bivariado y multivariado (Regresión logística múltiple). Resultados: El antecedente de 1 parto vaginal incrementó el parto vaginal en 5.35 (IC95%, 1.15-24.80), antecedente de 2 partos vaginales 5.99 (IC95%, 1.12-32.04), antecedente de 3 partos vaginales o más 10.96 (95%, 1.69-70.88), membranas integra 2.50 (IC95%, 1.21-5.17), edad gestacional de 41 semanas al momento del parto 3.02 (IC95%, 1.46-6.23), peso fetal al momento del parto menor de 4000 gramos 3.21 (IC95%, 1.79-5.75), y psicoprofilaxis 2.79 (IC95%, 1.85-4.21). Conclusión: El antecedente de 3 o más partos vaginales es el factor más importante de parto vaginal en cesárea previa, seguido de antecedente de 2 partos vaginales, antecedente de 1 parto vaginal, peso fetal menor 4000gr al momento del parto, edad gestacional menor de 41 semanas, psicoprofilaxis y membranas integra

al inicio del trabajo de parto. Recomendación: Utilizar los factores predictores identificados para seleccionar de forma adecuada gestantes a término con cesárea previa, con mayores posibilidades de chance vaginal.

Liberato (10) Parto Vaginal después de una cesárea previa. Hospital San Bartolomé Lima 2013, Objetivo: Identificar los factores pronóstico y tasa de éxito para un parto vaginal en gestantes con cesárea previa y comparar los factores asociados en relación al parto actual en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé" en el periodo 2013. Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en gestantes con antecedente de cesárea, quienes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se evaluaron 188 pacientes con cesárea previa. Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial. La comparación entre los factores se realizó mediante la prueba de t de Student. Resultados: La tasa de éxito que terminaron en parto vaginal fue 68,6% y 31,4% en cesárea. Se identificaron los siguientes factores pronóstico; trabajo de parto espontáneo terminaron en parto vaginal 72,6% y 27,4% en cesárea $P=0,02$, $OR=3,7$ (1,53-8,94), contracciones uterinas normales 74,7% y 55,3% contracciones ausentes o esporádicas terminando en cesárea $P=0,06$ terminaron en parto vaginal 84,4% y 60,0% con Bisho 7, Apgar normal al minuto y a los 5 minutos. Los periodos intergenésicos > 7 años terminaron en cesárea. edad materna con una media de 30,38 años terminaron en parto vaginal, y peso del recién nacido una media de 3414,65gr terminaron en parto vaginal

Morales (11) Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015 objetivo: Comparar las complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015. Metodología: Estudio de tipo descriptivo

comparativo, retrospectivo de corte transversal. Para este trabajo se trabajó con dos muestras: 102 gestantes con cesárea previa que culminaron en cesárea y 48 gestantes con cesárea previa cuyo parto culminó en parto vaginal, atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2015. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cuantitativas se estimó medidas frecuencias absolutas y porcentajes Se utilizaron las herramientas graficas de Microsoft Excel 2013 como diagramas barras. Resultados: Los datos obtenidos acerca de las complicaciones maternas, en el grupo de cesárea se presentaron como principales complicaciones maternas hemorragia post parto 2.9%, anemia leve 34.3% y anemia moderada con 11.8%; otras complicaciones tuvieron un porcentaje de 21.6% tales como síndrome adherencial pélvico e inminencia de rotura uterina, se reportó un caso de rotura uterina y ningún caso de muerte materna. Para el grupo de parto vaginal se observó que el desgarro vulvoperineal grado I tuvo un porcentaje de 35.4% y el de grado II con 2.1%, al 50% de las pacientes se le realizó episiotomía; el 45,8% tuvo anemia leve y el 6.3% tuvo anemia moderada y solo el 4.2% tuvo otras complicaciones tales como alumbramiento incompleto y hematoma perineal. Con respecto a las complicaciones neonatales se observó que en el grupo de cesárea se presentaron como principales complicaciones neonatales Síndrome de Dificultad Respiratoria con 7.8%, Taquipnea Transitoria del Recién Nacido con 5.9% y Líquido amniótico meconial fluido con un porcentaje de 14.7% y el meconial espeso con 9.8%; se reportaron 2 casos de APGAR 3 y APGAR 7 a los 5 minutos respectivamente y 1 caso de muerte neonatal. Para el grupo de parto vaginal se observó que el 39.6% sufrió de trauma obstétrico como caput succedaneum y cefalohematoma y el 25% presentó Líquido meconial fluido. Para ambos grupos, solo el 2% presentó otras complicaciones tal como recién nacido hospitalizado. Conclusión: Ambas vías de parto fueron seguras y la decisión final depende de la evaluación individual de cada gestante, así como de la

adecuada comunicación de los riesgos y beneficios para la toma de decisión conjunta del médico con la paciente.

Rodríguez et al (12) Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior La Habana Cuba. Objetivo: determinar resultados maternos y perinatales en mujeres con cesárea previa. Métodos: se realizó un estudio descriptivo y transversal de 129 pacientes con antecedentes de cesárea que iniciaron trabajo de parto espontáneamente entre el 1ro. de enero y 31 de diciembre de 2008. Se atendieron mediante parto vaginal si la indicación de la cesárea no persistía. Se analizaron las causas de las cesáreas en aquellas gestantes en que no se logró un parto transpelviano, se estudió el período intergenésico y las complicaciones maternas y fetales. Se elaboraron tablas de frecuencia con valores absolutos y porcentajes según las diferentes variables estudiadas; así como tablas de doble entrada. Resultados: se apreció que el 72,9 % de las pacientes tuvieron un parto transpelviano y al resto se les realizó cesárea iterada, cuyas principales causas fueron trabajo de parto prolongado, desproporciones cefalopélvicas e inminencia de rotura uterina. Dos pacientes presentaron rotura uterina, ambas con período intergenésico menor de 24 meses. El bienestar fetal alterado se presentó en el 31,4 % de las pacientes. Conclusiones: el parto poscesárea es recomendable en pacientes seleccionadas si se tienen en cuenta los riesgos y complicaciones que este puede conllevar.

Zegarra (13) Parto vaginal en cesareada anterior, cuyo objetivo es elaborar un perfil clínico y determinar las principales complicaciones de las gestantes con antecedente de cesárea, sometidas a parto vaginal. Metodología. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. Se evaluó 512 historias clínicas, en el HNERM-ESSALUD entre el 2001 y el 2004 utilizando una ficha de recolección de datos. Resultado. La tasa de éxito para el parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea fue del 91.99%. Existe relación estadísticamente

significativa ($p < 0.05$), con el tipo de parto previo, teniendo las gestantes con parto vaginal posterior a la cesárea 10.2 veces ($OR = 10.27$, $IC\ 95\% = 1.35 - 77.79$) más probabilidad de éxito para el parto vaginal. En relación a la edad gestacional, entre las 37 y 39 semanas tienen 2.6 veces ($OR = 2.63$, $IC\ 95\% = 1.12 - 6.15$) más probabilidad de éxito para el parto vaginal. La ausencia de patología obstétrica asociada favorece el éxito del parto vaginal en 2.3 veces ($p < 0.05$, $OR = 2.38$, $IC\ 95\% = 1.07 - 5.35$). Las pacientes que ingresan en fase activa de trabajo de parto tienen 5.5 veces ($OR = 5.51$, $IC\ 95\% = 1.18 - 25$) más posibilidades de éxito para el parto vaginal. En cuanto al peso al nacer, los RN con menos de 4000 gr. tienen 6.8 veces ($OR = 6.8$, $IC\ 95\% = 2.84 - 16.47$) más probabilidades de éxito para el parto vaginal. Las complicaciones en las 471 pacientes que tuvieron parto vaginal fueron 14. 23% (67), de las cuales las complicaciones mayores fueron 2.76% (13): ruptura uterina 0.21% (1), atonía y/o hipotonía uterina 0.85% (4) y hemorragia uterina 1.70% (8). El perfil clínico incluye: edad gestacional comprendida entre las 37 y 39 semanas, parto vaginal previo o posterior al antecedente de cesárea, ausencia de patología obstétrica asociada, el ingreso en fase activa de trabajo de parto y un peso al nacer menor a 4000 gr.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Parto

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y el Ministerio de Salud y Consumidores (M.S.C.) definen los partos regulares como espontáneos, de bajo riesgo al inicio del trabajo y sin tocar hasta el parto. La Federación Española de Asociaciones de Matronas (F.A.M.E.) define el parto normal como "un proceso fisiológico único en el que una mujer finaliza su embarazo en la madurez, involucrando factores psicológicos y socioculturales". Sus inicios son voluntarios, se desarrollan sin complicaciones, culminan en el nacimiento, y no implican otra intervención que el apoyo integral y respetuoso. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia dijo que el parto normal está "funcionando

para la gestante sin factores de riesgo durante el embarazo, que comienza de forma natural entre las 37 y 42 semanas, después de la dilatación evolucion fisiológica, y el parto". Termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta adecuadamente a la vida exterior. El nacimiento y el puerperio inmediato también deben evolucionar fisiológicamente. La duración promedio del embarazo único es de 40 semanas (280 días) contados desde el primer día del último periodo menstrual normal. Desde las 37 semanas hasta las 42 semanas es considerado gestación de término (14).

2.2.2. Trabajo de parto

El trabajo de parto representa una serie de eventos fisiológicos que permiten al feto salir del útero al mundo exterior. Se diagnostica clínicamente por la presencia de contracciones uterinas regulares y dolorosas que aumentan en frecuencia e intensidad y se asocian con la pérdida y dilatación progresivas del canal cervical. En el trabajo de parto normal, parece haber una relación dependiente del tiempo entre los siguientes factores: la vida del tejido conjuntivo cervical, que generalmente precede a la contracción uterina y luego a la dilatación cervical. Cambio químico. La membrana ovalada se rompe durante el proceso de parto. Pero a veces se rompen antes. El trabajo de parto es un evento fisiológicamente regulado que comienza cuando se suprime el efecto inhibitor del embarazo sobre el miometrio, no como un proceso activo dominado por estimulantes uterinos. La contracción uterina tiene dos funciones principales: dilatar el cuello uterino y empujar al feto a través del canal del parto, mientras que el feto tiene la capacidad de progresar dentro de la pelvis materna a través de complejas interacciones con otras dos variables que serían la fuerza propulsoras y el pasaje (15).

2.2.3. Cesárea.

La cesárea es una intervención quirúrgica para el nacimiento de un bebé a través de una incisión en el abdomen de la madre. Hay varios tipos: segmento

inferior (a nivel del segmento uterino inferior), clásico (incisión del cuerpo uterino), extraperitoneal (el útero entra sin afectar el peritoneo) e Incisión seguida de histerectomía (incisión del cuerpo uterino seguida de histerectomía). Otros términos utilizados son urgencia, electiva, transversal y vertical. La mayoría de las cesáreas se ejecutan cuando ocurre un problema inesperado durante el parto. Estos incluyen: Problemas de salud de la madre Posición del bebé, falta de espacio para que el bebé salga a través del canal vaginal signos de sufrimiento en el bebé La cirugía es relativamente segura para las madres y los niños. Sin embargo, es una operación importante e implica riesgos. A medida que cicatriza la incisión, es posible que queden áreas débiles en la pared uterina. Esto puede causar problemas al intentar un parto vaginal en el futuro. Sin embargo, más de la mitad de las mujeres que tuvieron cesárea pueden dar a luz más tarde por vía vaginal en un futuro (16).

2.2.3.1. Clasificación de la cesárea

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

Primaria: Es la que se realiza por primera vez.

Iterativa: Esto se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas. Es responsabilidad del médico informar a la paciente sobre sus opciones y los riesgos y beneficios de cada una de ellas con respecto a las opciones de parto vaginal después de la cesaría anterior. Es el paciente quien toma la decisión final.

Según indicaciones:

Urgente: Se practica para resolver o prevenir complicaciones maternas o fetales en etapas críticas.

Electiva: Se realizará el día que determine alguna indicación médica y se realizará antes del inicio del trabajo de parto.

Según el tipo de incisión:

Corporal o clásica: Se hace una incisión vertical en el cuerpo uterino. Sus desventajas son: apertura y cierre más difíciles, más sangrado, adherencias más frecuentes, sangrado uterino menos resistente que puede desgarrarse durante un nuevo embarazo.

Segmento corporal: (Beck), La incisión es vertical y se realiza dentro y en parte del cuerpo uterino. Los inconvenientes de este método son los mismos que los del método anterior.

Segmento arciforme o transversal: (Kerr), es la técnica quirúrgica más utilizada por sus múltiples ventajas. Una incisión lateral en el segmento inferior reduce el sangrado, facilita la apertura y el cierre de la pared uterina, tiene pocas posibilidades de dehiscencia o ruptura en el embarazo posterior y muy pocas adherencias posoperatorias. Tiene la ventaja de formar una cicatriz uterina tolerante (17).

2.2.4. Trabajo de parto en gestantes con un antecedente de cesárea

2.2.4.1. Inicio de trabajo de Parto

Las mujeres embarazadas se clasifican como embarazos de alto riesgo dado su historial de cesárea y requieren una atención especial por parte de los profesionales médicos.

a. Inicio espontáneo

Si no existe una condición que requiera un parto prematuro, es conveniente esperar a que comience el trabajo de parto espontáneo, ya que no hay riesgo de ruptura uterina y no es un factor de mal pronóstico en las pruebas de parto.

b. Inducción

Inducción con Oxitocina

Los estudios no muestran complicaciones materno-fetales complementarias con el uso de oxitocina para la inducción del trabajo de parto, el mismo estudio recomienda la oxitocina para la inducción y conducción del trabajo de parto en mujeres embarazadas. Afección en la que el cuello uterino tiene propiedades favorables (dilatación cervical mayor de 4 cm o índice de bishop mayor de 6 puntos). La evidencia muestra que una respuesta temprana a la oxitocina permite una mayor tasa de éxito. Por el contrario, si no evoluciona en las próximas dos horas, es más probable que sea cesárea. A pesar de ser alto las rupturas uterinas con inducción con oxitocina, actualmente se indica por las escasas complicaciones obstétricas maternas. (18)

Inducción con Prostaglandinas

Su uso se debe a que los primeros estudios publicados sobre las indicaciones de prostaglandina E2 (PGE2) en útero cicatriciales mostraron buenos resultados para una inducción exitosa sin aumentar la morbilidad materno-fetal. Se concluyó que su empleo era razonable. Sin embargo, los últimos estudios recomiendan una actitud cautelosa, con un número significativamente mayor de roturas uterinas en pacientes que reciben prostaglandina E2 en gel. Del mismo modo, los estudios han demostrado su eficacia como inductor y maduración. Sin embargo, su indicación en el caso de útero cicatricial es muy controvertida. Debe considerarse una contraindicación absoluta para la inducción del trabajo de parto (6).

2.2.4.2. Periodo expulsivo.

El autor afirma que hay pocos datos sobre el período expulsivo de cesárea anterior, pero algunos autores creen que se asocia con el riesgo de rotura uterina y que se debe realizar una episiotomía preventiva. Las maniobras que tratan de empujar al feto hacia afuera, como la presión uterina, están totalmente contraindicadas.

Periodo de Alumbramiento.

Por muchos años se ha realizado de forma rutinaria, la revisión del útero cicatricial, después del trabajo de parto para comprobar la integridad del segmento inferior. Sin embargo, esta operación ha sido recientemente cuestionada por su falta de interés y riesgo diagnóstico y terapéutico.

2.2.5. Tipos de parto

2.2.5.1. Tipos de parto según las semanas de gestación

El tipo de parto tomando en cuenta las semanas de gestación a la finalización del embarazo:

Parto a término: Es el parto que se produce entre las 37 semanas de gestación y las 42 semanas de gestación.

Parto pretérmino o parto prematuro: Es el que ocurre cuando el embarazo finaliza antes de las 37 semanas de gestación.

Parto postmaduro: Se produce cuando el embarazo sobrepasa las 42 semanas de gestación, siendo raro en países desarrollados debido a los controles de embarazo, sin embargo, si es más habitual en países en vías de desarrollo (19)

2.2.5.2. Tipos de parto según el inicio

Parto espontáneo: Como ya sugiere el nombre, es cuando el proceso de nacimiento comienza de forma natural, sin necesidad de intervenir en ningún procedimiento médico para provocarlo.

Parto inducido: Inducir el parto se conoce comúnmente como provocar el parto. Siempre se basa en estándares clínicos y siempre se deben evaluar los riesgos y beneficios que representa tanto para las madres como para los bebés. Pudiendo que el parto no inicie voluntariamente entre las 41 y 42 semanas, o por cualquier otro motivo (19).

2.2.5.3. Tipos de parto según su finalización

Parto eutócico o normal: El parto eutócico ocurre con la salida del bebé y la placenta por los pujos de la madre. La OMS define el parto normal como un parto de bajo riesgo en el que el bebé nace espontáneamente gracias a los esfuerzos de la madre en una posición cefálica.

Parto distócico: La distocia siempre se refiere a problemas que impiden la ocurrencia de un parto normal o eutócico. El parto distócico puede ser instrumentados (vacuo o ventosa, fórceps o espátula) o quirúrgico (cesárea). Dependiendo de las circunstancias del parto, se utiliza cualquier dispositivo, si se realiza un parto vaginal o un parto por cesárea cuando no hay posibilidad de parto vaginal (19).

2.2.6. Parto vaginal con antecedente de cesárea

Los autores informan que alrededor del 60-80% de las mujeres con cesarea anterior sometidas a una prueba de trabajo de parto logran dar a luz, teniendo en cuenta que la tasa de éxito depende directamente de su historial de nacimiento. Los factores de la cesárea, dependen de si persiste la causa que llevó a la cesárea anterior. Ello se refiere a que es

más probable que tengan éxito las pacientes sin una indicación persistente como: presentación pélvica, condición fetal poco confiable, embarazos múltiples o colocación anormal de la placenta, pueden tener más éxito que las pacientes con signos de distocia de la dinámica uterina. Se refiere al hecho de que es alto. La evolución del trabajo de parto de acuerdo con las condiciones esperadas puede llegar a la segunda fase del trabajo de parto, que, a pesar de una adecuada actividad contráctil, no progresa y los pacientes tienen menos probabilidades de éxito (19).

2.2.6.1. Criterios para parto después de cesárea

Los estándares médicos definen las decisiones de la manera más conveniente, consideran los recursos disponibles, los factores de riesgo y luego brindan una forma de atención basada en un análisis detallado de los factores que ayudan a tomar una decisión en particular. La paciente y sus deseos. ACOG recomienda que todas las pacientes con antecedentes de cesárea sean sometidas a pruebas de trabajo de parto, excepto cuando existan contraindicaciones establecidas (19).

2.2.6.2. Contraindicación de la prueba de trabajo de parto en pacientes con antecedente de cesárea

Lo más importante, persistencia de indicaciones previas, cesárea previa con incisión clásica, cirugía uterina previa con acceso a la cavidad, pesos fetal mayor a 4000 gr, complicaciones médicas u obstétricas que impiden el parto, deficiencia de medios que imposibilitan la realización de una cesárea de emergencia o antecedentes de rotura uterina (20).

2.2.7. Complicaciones maternas en el parto en gestantes con antecedentes de cesárea

Rotura uterina

La ruptura uterina ocurre en el 0.1% de todos los embarazos a término y se puede asociar a una dehiscencia de cicatriz uterina previa, parto

espontáneo rápido, sobre estimulación por oxitocina, multiparidad, desproporción céfalo pélvica o presentación transversa del feto. Sin embargo, debido a la historia de la cesárea, aumentará al 1% (20).

2.2.8. Complicaciones neonatales en el parto de gestantes con antecedente de cesárea

Muerte neonatal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad neonatal como la que se produce antes de los 28 días de vida. La mortalidad neonatal es un indicador sensible para evaluar la calidad de la atención neonatal en un área geográfica o servicio en particular, y es un indicador del impacto de los programas e intervenciones en esta área (21).

Sufrimiento fetal agudo.

Definición. Un síndrome permanente o transitorio caracterizado por disminución de oxígeno en sangre fetal (hipoxia) que conduce a un aumento de dióxido de carbono (hipercapnia) y acidosis.

Aspectos epidemiológicos.

Fluctúa entre el 5% y el 10% de los nacimientos, y los estudios muestran que la mortalidad neonatal por hipoxia-apnea fetal es de aproximadamente 1 de cada 1000 nacimientos.

Factores de riesgo asociados.

Uso de sedantes, analgésico, anestésico. Enfermedades maternas: Diabetes mellitus, Lupus eritematoso, Anemia severa, Sepsis y otras relacionadas con compromiso vascular en el área útero placentaria. Embarazo prolongado, Prematuridad, Isoinmunización Rh. Restricción del crecimiento intrauterino (21)

2.2.9. Características de las gestantes con antecedentes de cesárea

2.2.9.1. Edad y peso materno

La edad materna avanzada influye negativamente el éxito del parto vaginal. Los estudios han demostrado que las mujeres mayores de 40 años han tenido menos éxito en el parto vaginal. El aumento de peso materno, representado por el índice de masa corporal (IMC), al comienzo del embarazo, da mayor probabilidad de repetir las cesáreas. (22).

2.2.9.2. Paridad.

En cuanto a la paridad las mujeres multíparas están más cerca de las tasas de éxito que las pacientes nulíparas. Esto se explica por la experiencia de estar expuesto a fenómenos dinámicos que intervienen en todo el trabajo de parto. Sin embargo, es imposible predecir el progreso porque varía mucho de un caso a otro.

2.2.9.3. Episiotomía

La episiotomía es una técnica muy generalizada en la segunda fase del parto, en la que se realiza una incisión en la zona genital para facilitar el paso fetal y evitar el desgarro del perineo. En muchos casos, no es necesario y se está volviendo más común, pero explicó que los grandes efectos pueden ser más dañinos que buenos.

2.2.9.4. Desgarros perineales.

Los desgarros perineales son lesiones de tejidos blandos de diversos grados y extensión que ocurren durante el parto debido a la salida brusca del feto. Se clasifica según la afectación del tejido de la zona: Desgarro grado I: lesiones de piel y mucosas vaginales sin daño muscular o de la fascia. Desgarro de grado

II: lesiones de la piel, mucosa vaginal, músculo perineal en ausencia de alteración del esfínter anal. Desgarro de grado III: lesión muscular y extensión al músculo del esfínter anal. Desgarro de grado IV: lesión perineal, lesión completa del esfínter anal, lesión de la mucosa rectal (22).

2.2.9.5. Periodo intergenésico

Es el tiempo entre los dos eventos de maternidad que afecta directamente la morbilidad materna y fetal. Las pacientes con un período intergenésico menor de 2 años no tienen suficiente distribución vascular útero placentaria debido a una pobre adaptabilidad vascular y si tienen antecedentes de cesárea, se verá directamente reflejado en las propiedades de extensibilidad y contractilidad uterina por las pérdidas importantes de fibras musculares e hipoperfusión útero placentaria. Cuanto más corto es el período, más débil es la cicatriz. Un período intergenésico de menos de 6 meses aumenta el riesgo de aborto, un período de menos de 18 meses triplica el riesgo de rotura y dehiscencia uterina, y un período de menos de 2 años aumenta el riesgo de parto prematuro. Durante un período de más de 4 años, producido por rigidez y arterosclerosis de las arterias espirales que produce hipoperfusión placentaria y que finalmente desencadena daño endotelial. El período intergenésico óptimo para prevenir complicaciones maternas y fetales es de 2 a 4 años. Si es menos de 18 meses, se indicara cesárea (23).

2.2.10. Control prenatal

La Anamnesis y factores de riesgo.

El manejo del embarazo de las pacientes con cesárea anterior, tiene que ser detallada y precisa la recopilación de datos epidemiológicos maternos y fetales, incluida la fecha de la cesárea anterior, la edad del embarazo, el tipo cesárea así como la indicación de la misma. Los

resultados perinatales y y eventuales complicaciones intra o postcesárea. Del mismo modo, la primera ecografía del primer semestre debe tener en cuenta el diagnóstico diferencial de embarazo ectópico, debe valorarse la inserción de la placenta debe evaluarse con una ecografía del segundo y tercer trimestre, teniendo en cuenta que la cesárea anterior es un factor de riesgo de placenta previa el acretismo placentario. Si se identifica una placenta previa anterior se solicitará un control específico entre las 28-32 semanas para evaluar el riesgo de acretismo (o antes en caso de duda) y solicitud de ecografía placentaria y de miometrio en la unidad de bienestar fetal. Se deben proporcionar consejos específicos sobre la ruta del parto, el manejo del embarazo de las pacientes que se han sometido previamente a una cesárea (idealmente antes de las 37 semanas), que se registra en la historia clínica. La opción de parto vaginal para mujeres que previamente tuvieron una cesárea es apropiada y recomendada una vez que se descartan las contraindicaciones para el parto vaginal. Asesoramiento sobre el riesgo de la cesárea o la probabilidad de un parto vaginal exitoso la tasa de éxito del parto vaginal en estos casos es del 71 al 75%. La presencia de un parto vaginal previo aumenta enormemente las posibilidades de éxito, especialmente si fue después de la cesárea (24).

2.3. Definición de términos

Parto después de una cesárea.

Se trata de la expulsión vaginal de un feto mayor a 20 semanas en mujeres que tienen el antecedente de operación cesárea.

Complicaciones durante el embarazo.

Son problemas de salud que se presentan durante el embarazo. Pueden afectar la salud de las madres, los bebés o ambos.

Resultado perinatal adverso.

Se refiere a las complicaciones maternas y neonatales asociadas con el parto. Estos incluyen hemorragia obstétrica, acretismo placentario, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, presentaciones diferentes a la cefálicas, trabajo de parto prolongado, ruptura uterina, histerectomía, daño de órganos vasculares y pélvicos y muerte, en el caso de las madres y bebés. Incluye trauma obstétrico, ingreso a la sala de cuidados intensivos neonatales, evidencia de encefalopatía hipóxico-isquémica, óbito y muerte neonatal (25,26).

2.4. Variables de Estudio

2.4.1. Identificación de Variable

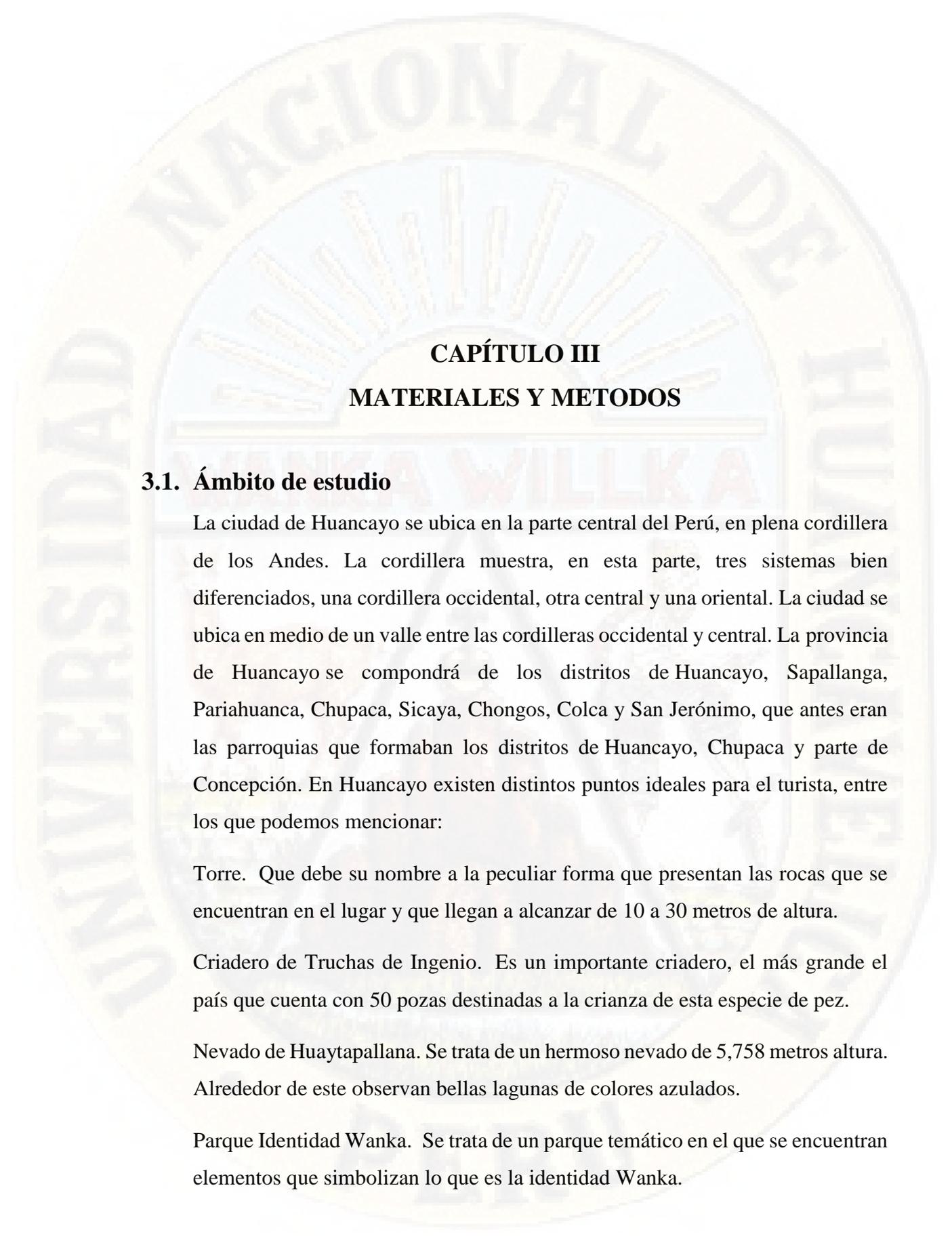
Variable: Parto vaginal con antecedente de una cesárea.

Dimensiones:

1. Características de las gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea.
2. Tipo de trabajo de parto de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea.
3. Tipo de parto de gestantes con un antecedente de cesárea.
4. Complicaciones maternas de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea.
5. Complicaciones fetales de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea.

2.5. Operacionalización de la variable

variable	Definición Conceptual	definición operacional	Dimensión	Indicador	Ítems	Escala de valor
Univariable: Parto vaginal con antecedente de una cesárea.	Se define como la expulsión vía vaginal de un feto mayor a 20 semanas en mujeres que tienen el antecedente de una operación cesárea.	Es la respuesta obtenida luego de aplicar la ficha de recolección de datos sobre parto vaginal con un antecedente de cesárea en la gestante.	Caracterización de las gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea	Edad	Años	Numérico
				Talla	Centímetros	Numérico
				Nivel educativo	Primaria	Ordinal
					Secundaria	
					Superior técnico	
					Superior universitario	
				Paridad	Secundípara Multípara Gran multípara	Nominal
				APN	≥ 6 APN	Nominal
			<6 APN			
			Profesional que atendió el parto vaginal	Gineco obstetra, Obstetra Médico general Otro	Nominal	
			Periodo intergenésico Años.....Meses	Numérico	
			Tipo de trabajo de parto	Parto Espontaneo	Si No	Nominal
				Parto Inducido	Si No	Nominal
			Complicaciones en el trabajo de parto.	Complicaciones maternas en el trabajo de parto	Trabajo de parto prolongado	Nominal
Rotura uterina						
Endometritis						
Hemorragia posparto						
Desgarro cervical						
Desgarro perineal						
Complicaciones Neonatales	Sufrimiento fetal agudo	Nominal				
	Muerte perinatal	Nominal				
	Otro					



CAPÍTULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1. Ámbito de estudio

La ciudad de Huancayo se ubica en la parte central del Perú, en plena cordillera de los Andes. La cordillera muestra, en esta parte, tres sistemas bien diferenciados, una cordillera occidental, otra central y una oriental. La ciudad se ubica en medio de un valle entre las cordilleras occidental y central. La provincia de Huancayo se compondrá de los distritos de Huancayo, Sapallanga, Pariahuanca, Chupaca, Sicaya, Chongos, Colca y San Jerónimo, que antes eran las parroquias que formaban los distritos de Huancayo, Chupaca y parte de Concepción. En Huancayo existen distintos puntos ideales para el turista, entre los que podemos mencionar:

Torre. Que debe su nombre a la peculiar forma que presentan las rocas que se encuentran en el lugar y que llegan a alcanzar de 10 a 30 metros de altura.

Criadero de Truchas de Ingenio. Es un importante criadero, el más grande el país que cuenta con 50 pozas destinadas a la crianza de esta especie de pez.

Nevado de Huaytapallana. Se trata de un hermoso nevado de 5,758 metros altura. Alrededor de este observan bellas lagunas de colores azulados.

Parque Identidad Wanka. Se trata de un parque temático en el que se encuentran elementos que simbolizan lo que es la identidad Wanka.

Wari Willka. Este es un complejo arqueológico que presenta una antigüedad aproximada de 3,000 años. En la época de apogeo Wanka habría sido un importante centro ceremonial y religioso. Entre las fiestas que encontramos en Huancayo y que atraen a gran número de turistas se encuentran:

Fiesta del Ñol Carnavalón, es una celebración carnavalesca que tiene al Ñol Carnavalón como emblema festivo, la celebración puede durar durante todo el mes de febrero, y llenar de colorido las calles con las carrozas y pasacalles que se programan.

Día Mundial del Artesano, que se festeja entre los días 17 y 19 de marzo, días en los cuales se programan distintas actividades para poder rendir un homenaje a la bondadosa obra que realizan los artesanos de la provincia.

Fiesta de la Virgen de Chapi, celebración que se realiza entre los días 22 al 30 de abril y que es organizada por la colonia arequipeña que ha emigrado a Huancayo.

Cruz de la Libertad, que se lleva a cabo cada tres de mayo, en este día es infaltable la danza tradicional conocida como la Chonguinada.

Día Mundial del Folclore, cada 22 de agosto, en el que se rinde reconocimiento a los artistas locales y en la que se presentan además desfiles de trajes tradicionales y presentaciones de danzas típicas.

El hospital materno-infantil El Carmen de Huancayo se ubica en la provincia de Huancayo, es un establecimiento de salud de Nivel III; cuya infraestructura está construida de material noble y un 30 % del área construida con adobe y el 15 % del material drywall, sin embargo, viene cumpliendo las funciones como hospital referente muy importante en salud materna y cuenta con proyecto de implementación de mejorar su infraestructura y por ende la prestación de servicio para el nivel que corresponde (25, 26 y 27)

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal, el análisis se realizó a través de la observación a los datos

obtenidos en la ficha de recolección de datos, por lo que los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ocurridos en el año 2019, las mediciones fueron hechas en un solo momento y se describió el fenómeno tal cual ocurrió. (28)

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo, cuyo propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable a través de la observación. Es decir, se describió el comportamiento de parto vaginal de gestantes con un antecedente de cesárea, en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo con ocurrencia en el año 2019.

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se utilizó el método inductivo, ya que la información se fue elaborando de lo particular a lo general y se obtienen conclusiones de lo particular a lo general.

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación.

3.5. Diseño de investigación

El diseño que corresponde al presente estudio es descriptivo simple; que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera (28).

Donde:

M O

M: Gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2019.

O: Parto vaginal con un antecedente de cesárea.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

La población lo constituyeron todas las gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019; según la información registrada en las historias clínicas que fueron 52 Historias Clínicas de las gestantes en estudio(28,29).

3.6.2. Muestra:

La Muestra del estudio fue censal, todas las 52 gestantes con complicaciones obstétricas y neonatales en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

3.6.3. Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- Se consideró a todas las Historias Clínica de gestantes de parto vaginal con un antecedente de cesárea.
- Historias Clínicas de gestantes con presentación cefálica de vértex.
- Historias Clínicas de gestantes con Pelvis ginecoide.

Criterios de Exclusión

- Antecedentes de cirugía uterina (histerotomía, miomectomía).
- Cesárea previa dos o más veces.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Embarazo múltiple.
- Eclampsia.
- Edad gestacional menor de 35 semanas.
- Indicación de cesárea justificable.
- Pelvis estrecha.
- Presentaciones anómalas (podálico, transversa) Placenta previa.
- Sufrimiento fetal.
- Óbito fetal.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica.

En la presente investigación se utilizó la técnica análisis documentario, que permitió analizar las historias clínicas de las gestantes con parto vaginal cesareada anterior atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

3.7.2. Instrumento.

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos conteniendo la variable y subvariables e ítems elaborado por la investigadora, cuyos datos fueron ordenados e ingresados en una tabla en Excel y su correspondiente análisis.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

El procedimiento de recolección de datos se realizó en el siguiente orden:

Primero: Se realizó el trámite administrativo en el programa de segunda especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, presentando la propuesta del proyecto de investigación.

Segundo: Se elaboró la ficha de recolección de datos partiendo de la tabla de operacionalización de variable.

Tercero: Se procedió a solicitar los permisos respectivos para la realización de la investigación al director del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019, con la correspondiente autorización se obtuvo la información sin contratiempos.

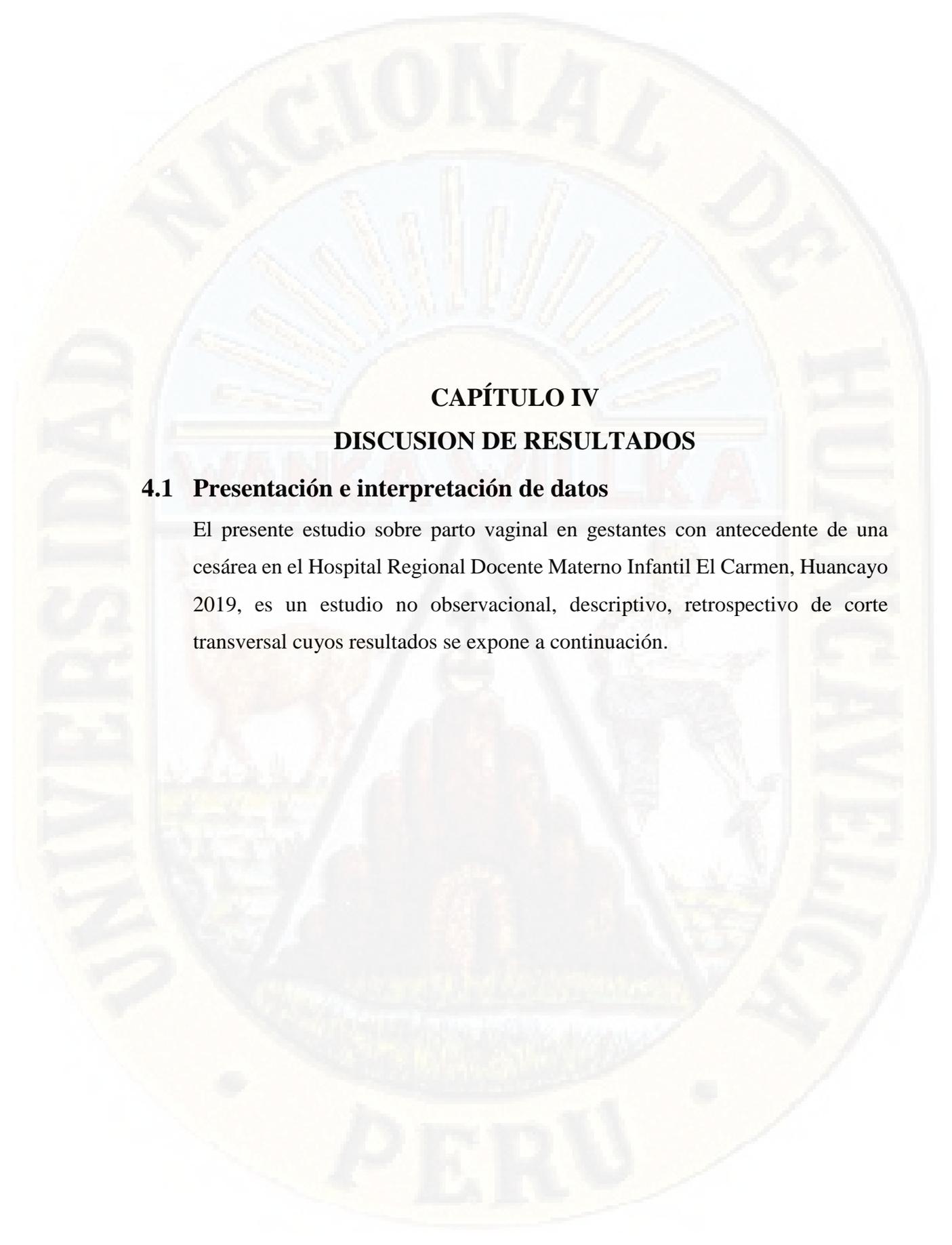
Cuarto: Se capacitaron a los investigadores de campo para la recolección de los datos de investigación y registro en la ficha de recolección de datos.

Quinto: Con la debida autorización, se coordinó el horario de ingreso para recoger la información por el personal capacitado.

Sexto: Se codificó y tabuló los datos obtenidos en una hoja de cálculo del aplicativo Microsoft Office Excel; para el análisis estadístico se exportó la base de datos del Excel al programa “análisis Pack Age foro té Social Siens” (SPSS).

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático. Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas con su correspondiente interpretación y análisis.



CAPÍTULO IV

DISCUSION DE RESULTADOS

4.1 Presentación e interpretación de datos

El presente estudio sobre parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019, es un estudio no observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal cuyos resultados se expone a continuación.

Tabla 1. Edad y Talla de la gestante con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

Estadísticos	Edad en años	Talla en metros
Numero de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea	52	52
Media	29.3	1.51
Mediana	29.0	1.51
Moda	28.0	1.51
Mínimo	18.0	1.40
Máximo	44.0	1.67
Percentiles 25 menos	25.2	1.47
Percentiles 50	29.0	1.51
Percentiles 75	34.0	1.55

Fuente: Ficha de recolección de datos de gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

En la tabla 1. Del total de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019, que fueron 52 (100%); se encontró como características que la edad promedio fue 29.3 años, la edad más frecuente fue 28 años, la edad mínima 18 años y la máxima 44 años; el 50% tuvo menos de 29.0 años y el 75% tuvo menos de 34.0 años. Así mismo se encontró que la talla promedio fue 1.51 metros, la talla más frecuente fue 1.51 metros, la talla mínima 1.40 metros y la máxima 1.67 metros; el 50% tuvo menos de 1.51 metros y el 75% tuvo menos de 1.55 metros.

Tabla 2. Nivel de instrucción de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

Nivel de Instrucción de la gestante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	3	5.8	5.8
Secundaria	37	71.2	77.0
Superior técnico	10	19.2	96.2
Superior universitario	2	3.8	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos de gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

En la tabla 2. Del total de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019, que fueron 52 (100%); el 5.8% (3) gestantes tuvieron estudios primarios, el 71.2% (37) tuvieron estudios de secundaria, el 19.2% (10) tuvieron estudios técnico superior y el 3.8% (2) gestantes tuvieron estudios superiores universitario.

Tabla 3. Paridad de las de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

Paridad de la gestante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Secundípara	22	42.3	42.3
Múltipara	26	50.0	92.3
Gran múltipara	4	7.7	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos de gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

En la tabla 3. Del total de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019, que fueron 52 (100%); el 42.3% (22) de gestantes fueron secundíparas, el 50.0% (26) fueron múltiparas y el 7.7% (4) gestantes fueron gran múltiparas.

Tabla 4. Numero de APN de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

APN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
≥ a 6 controles	30	57.7	57.7
< a 6 controles	22	42.3	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos de gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

En la tabla 4. Del total de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019, que fueron 52 (100%); el 57.7% (30) gestantes tuvieron como mínimo 6 Atenciones Prenatales y el 42.3 % (22) gestantes tuvieron menor a 6 Atenciones Prenatales.

Tabla 5. Periodo intergenésico de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

Periodo intergenésico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
P. Intergenésico corto (< 2.0 años)	12	23.1	23.1
P. Intergenésico adecuado (2 a 4 años)	18	34.6	57.7
P. Intergenésico largo (≥ 5 años)	22	42.3	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos de gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

En la tabla 5. Del total de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019, que fueron 52 (100%); el 23.1%(12) gestantes tuvieron un periodo intergenésico corto, menor o igual a 19 años; el 34.6%(18) gestantes tuvieron un periodo intergenésico adecuado de 2 a 4 años y el 42.3% (22) gestantes tuvieron un periodo intergenésico largo, igual o mayor a 5 años.

Tabla 6. Profesional que atendió el parto vaginal de gestantes con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

Personal que atendió el parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Obstetra	35	67.3	67.3
Gineco obstetra	15	28.9	96.2
Médico general	2	3.8	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos de gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

En la tabla 6. Del total de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019, que fueron 52 (100%); el 67.3% (35) gestantes fueron atendidas por el profesional obstetras; el 28.9% (15) gestantes fueron atendidas por Gineco obstetras y el 3.8% (2) gestantes fueron atendidas por el médico general.

Tabla 7. Tipo de trabajo de parto de gestantes con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

Tipo de trabajo de parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Parto espontaneo	48	92.3	92.3
Parto inducido	4	7.7	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos de gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

En la tabla 7. Del total de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019, que fueron 52 (100%); el 92.3% (48) gestantes tuvieron un trabajo de parto espontaneo y el 7.7.% (4) gestantes tuvieron un trabajo de parto inducido.

Tabla 8. Complicaciones maternas en el trabajo de parto en gestantes con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

Nivel de Instrucción de la gestante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguna complicación	26	50.0	50.0
Desgarro perineal	19	36.5	86.5
Trabajo de parto prolongado	4	7.7	94.2
Hemorragia postparto	3	5.8	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos de gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

En la tabla 8. Del total de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019, que fueron 52 (100%); el 50.0% (26) gestantes no tuvieron complicación en el trabajo de parto, el 36.5% (19) gestantes tuvieron desgarro perineal, el 7.7% (4) gestantes tuvieron trabajo de parto prolongado y el 5.8% (3) tuvieron hemorragia posparto.

Tabla 9. Complicaciones neonatales de gestantes de parto vaginal con un antecedente de cesárea en Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2020.

Complicaciones neonatales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sufrimiento fetal agudo	4	7.7	7.7
Macrosomía fetal	6	11.5	19.2
Ninguna complicación	42	80.8	100.0
Total	52	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos de gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.

En la tabla 9. Del total de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019, que fueron 52 (100%); el 7.7% (4) neonatos presentaron sufrimiento fetal agudo, el 11.5% tuvieron macrosomía fetal y el 80.8% (42) Neonatos no presentaron ninguna complicación.

4.2 Discusión de resultado

Entre las características de las gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo, que tuvieron parto vaginal luego de una cesárea, se encontró que el promedio de edad fue 29.3 años, el rango entre 18 y 44 años; con una talla promedio de 1.51 metros y el rango entre 1.40 y 1.67 metros; con nivel educativo de secundaria y multíparas en su mayoría. No se encontraron antecedentes para contrastar estos resultados; por lo que cabe precisar que las multíparas que ya tuvieron una experiencia de parto anterior tienen mayor probabilidad de éxito en un parto vaginal frente a las nulíparas; sin embargo, no se puede asegurar por la variabilidad en cada caso. Una de cada cuatro gestantes del estudio tuvo una talla menor a 1.47 metros, haciendo una proporción alta de cesarea, incluso mayor a lo reportado por la OMS que es el 115%.

Un importante 42.3% de gestantes tuvieron un periodo intergenésico largo, igual o mayor a 5 años, parecido a lo hallado por Liberato (10) que encontró en su estudio que gestantes de periodo intergenésico mayor a 7 años terminaron en cesárea. En los periodos largos existen problemas en la vascularización con la consiguiente hipoperfusión placentaria con consecuencias materno fetales.

La mayoría de las gestantes fueron atendidas por el profesional obstetra, justificado por la pertinencia profesional en la atención de parto, acreditadas por su especialidad.

El 92.3% de las gestantes tuvieron un trabajo de parto espontáneo y el 7.7% un trabajo de parto inducido, resultado concordante a Quesnel, López y Monzalbo (6) en su estudio similar encontró que el 78% de las pacientes inició su trabajo de parto de manera espontáneo y solo un 22% con inducción, igualmente Liberato (10) el 72.6% de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea tuvieron trabajo de parto espontáneo. Los resultados se encuentran dentro de la proporción considerada por la (ACOG) entre 60 a 80% de los casos.

Del total de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea, el 7.7% tuvieron periodo expulsivo prolongado, el 36.5% tuvieron desgarro perineal en el periodo expulsivo y el 5.8% tuvieron hemorragia posparto, resultado

parecidos a Janser y Ochoa (7) que encontró que las gestantes presentaron dehiscencia de histerorrafia, sangrado postparto y desgarros perineales y Zegarra (13) por su lado en su estudio encontró que el 14.23%, tuvieron complicaciones maternas, de las cuales el 2.76% presentaron complicaciones mayores, entre ellos: ruptura uterina 0.21%, atonía y/o hipotonía uterina 0.85% y hemorragia uterina 1.70%

Entre las complicaciones neonatales de gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea, se halló que el 7.7% presentaron sufrimiento fetal agudo y el 11.5% macrosomía fetal. Los resultados del presente estudio son inferiores a lo hallado por Morales (11) quién observó un 39.6% de neonatos de parto vaginal con un antecedente de cesárea, sufrieron trauma obstétrico como caput succedaneum y cefalohematoma, un 25% con liquido meconial fluido y un 2% de R.N. estuvieron hospitalizados por complicaciones.

Los resultados resumen que el 50% de gestantes del estudio tuvieron complicaciones maternas (periodo expulsivo prolongado, el 36.5% desgarro perineal en el periodo expulsivo y el 5.8% hemorragia posparto) y el 19.2% tuvieron complicaciones neonatales (el 7.7% presentaron sufrimiento fetal agudo y el 11.5% macrosomía fetal) evidenciando que a pesar de las actividades preventivas impartidas en la atención primaria a las gestantes, los motivos de complicación materno neonatal hallada podría estar orientada al manejo obstétrico en el hospital de referencia en este caso HRDMI El Carmen y a las condiciones propias que podría tener cada gestante.

Conclusiones

1. Entre las características de las gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo en el 2019, quienes tuvieron parto vaginal con un antecedente de una cesárea, se encontró que el promedio de edad fue 29.3 años, el rango entre 18 y 44 años; una talla promedio de 1.51 metros y el rango entre 1.40 y 1.67 metros; con nivel educativo de secundaria y multíparas en su mayoría
2. El 57.7% de las gestantes de parto vaginal con antecedente de una cesárea tuvieron como mínimo 6 Atenciones Prenatales.
3. El 23.1% tuvieron un periodo intergenésico corto, menor o igual a 2.0 años; el 34.6% tuvieron un periodo intergenésico adecuado de 2 a 4 años y el 42.3% tuvieron un periodo intergenésico largo, igual o mayor a 5 años.
4. El 67.3% de las gestantes de parto vaginal con antecedente de una cesárea fueron atendidas por el profesional obstetra.
5. El 92.3% de las gestantes tuvieron un trabajo de parto espontaneo y el 7.7% tuvieron un trabajo de parto inducido.
6. La talla materna disminuida, la paridad, el periodo intergenésico largo fueron las características de las complicaciones maternas en gestantes de parto vaginal con un antecedente de cesárea del HRDMI El Carmen Huancayo en el año 2019.
7. La proporción de complicaciones maternas de las gestantes de parto vaginal con un antecedente de cesárea atendidas en el HRDMI El Carmen fue el 50% de ellos, el 7.7% tuvieron periodo expulsivo prolongado, el 36.5% desgarro perineal en el periodo expulsivo y el 5.8% hemorragia posparto.
8. La proporción de complicaciones neonatales de las gestantes de parto vaginal con un antecedente de cesárea atendidas en el HRDMI El Carmen fue el 19.2% de ellos, el 7.7% presentaron sufrimiento fetal agudo y el 11.5% macrosomía fetal.

Recomendaciones

Al personal profesional Gineco Obstetra del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo.

- Se recomienda implementar o fortalecer las guías de atención a pacientes obstétricos de alto riesgo, destinado a reducir la morbimortalidad materna y neonatal, en gestantes atendidas.
- Se recomienda reportar los datos completos de las Historias Clínicas, con letra clara y legible, que permita usar una base de datos confiables en futuras investigaciones que brindaran aportes para la solución de problemas en el manejo de pacientes de alto riesgo obstétrico.

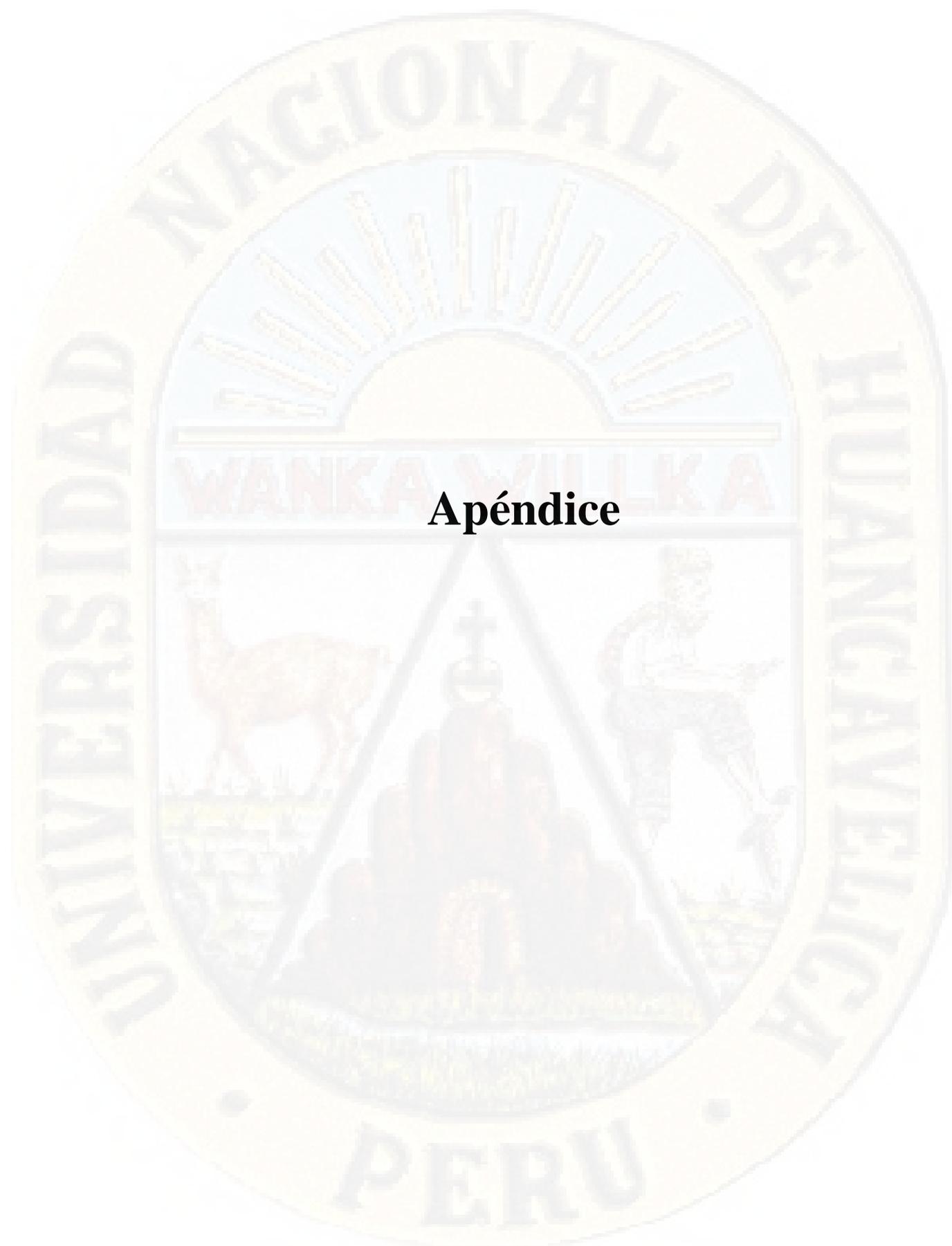
Referencias bibliográficas

1. OMS. Organización Mundial de Salud. Embarazo 2019.
<https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
2. Raúl Artal-Mittelmark Fisiología del embarazo MD, Saint Louis University School of Medicine. Manual MSD Temas Médicos. jul. 2019
3. Manual MSD
[https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje de la mujer embarazada y atenci%C3%B3n-prenatal/fisiolog%C3%ADa-del-embarazo.](https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje%20de%20la%20mujer%20embarazada%20y%20atenci%C3%B3n-prenatal/fisiolog%C3%ADa-del-embarazo)
4. Quetzanell Reacción médica. Diccionario de enfermedades.
<https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/cesarea>
5. Primer Ricci A. Paolo, Perucca P. Ernesto, Altamirano A. Roberto. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición: rotura uterina, una complicación posible. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2003 [citado 2020 Oct 16]; 68(6): 523-528.
6. Quesnel GBC, López-Rioja MJ, Monzalbo-Núñez DE. Parto después de cesárea ¿una opción segura? Gineco Obste Mex 2015; 83:69-87.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom152b.pdf>
7. Martha Janser-Reynaud, Ricardo Ochoa-Alcántara. Manejo de la paciente con una cesárea anterior. Rev. Med Post UNAH Vol.4No.2 mayo-agosto, 1999. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
<http://www.bvs.hn/RMP/pdf/1999/pdf/Vol4-2-1999-12.pdf>
8. Sepúlveda-Mendoza DL, Galván-Caudillo M, Soto- Fuenzalida GA, Méndez-Lozano DH. Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea. Ginecol Obstet Mex 2015; 83:743-749.
9. Castillo Oliva, Luis Felipe Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa. Universidad Peruana Cayetano Heredia 2017.
10. Ramón, Ciro Segundo Liberato. Parto Vaginal Después De Una Cesárea Previa. Hospital San Bartolomé Lima 2013. 2015.

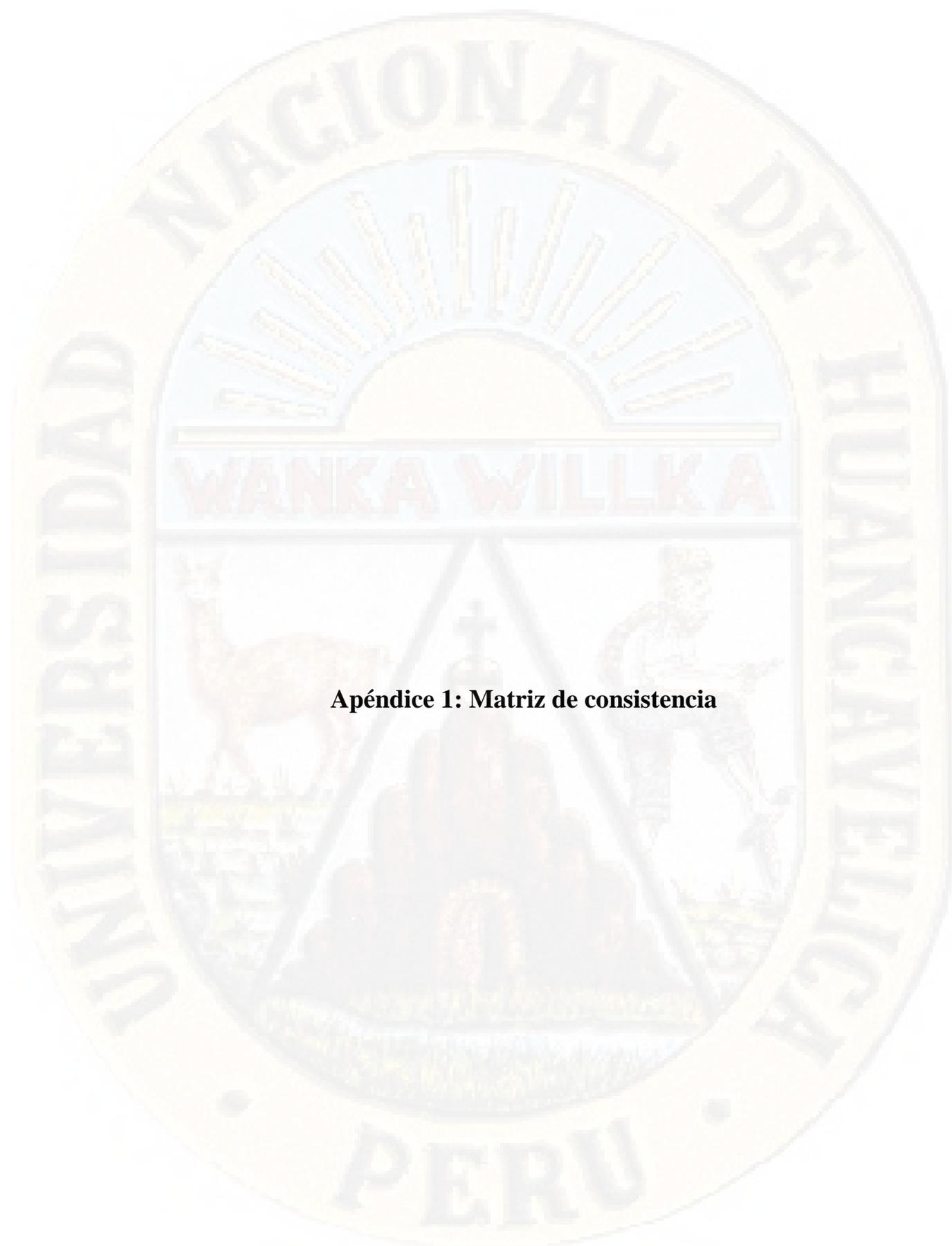
11. Morales Máximo Diana Katherine. Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015.
12. Rodríguez Iglesias Guillermo, León Cid Iraisa, Segura Fernández Anadys, Atienza Barzaga Alba Marina. Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. Rev. Cub Med Mil [Internet]. 2011 dic [citado 2020 Nov 05]; 40(3-4): 218-226. en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300003&lng=es.
13. Zegarra Sánchez, Mónica Lucía. Parto vaginal en cesareada anterior. Universidad Ricardo Palma. 2005. <http://168.121.49.87/handle/urp/213file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/560-1978-1-PB.pdf>
14. E. Monterde, Piferrer, J. Parra, López. Protocolo: Control gestacional en gestantes con cesárea anterior. SJD. Sant Joan de Deú. Barcelona Hospital.2018.
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/Control%20gestacional%20en%20gestantes%20con%20cesarea%20anterior.pdf>
15. Gómez Albornoz, David Carlos. Complicaciones Maternas y Perinatales en Parto Vaginal con Cesárea Previa Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2018.
16. Claudia Natalia Sáenz, Sara Rosalía Santana, Luis Torres. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones materno neonatales. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. 2010
17. Arnau Sánchez, José, Martínez Roche, M^a Emilia, Nicolás Viguera, M^a Dolores, Bas Peña, Encarnación, Morales López, Rosario, Álvarez Munarriz, Luís, Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana [Internet]. 2012; 7 (2): 225-247.
18. Cortés Y. H. A. Gómez G. J. D. J. y Gutiérrez M. J. H. (2019). Obstetricia: Atlas. Bogotá, Ecoe Ediciones. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/bibliounh/126380?page=79>.
19. Edgar Mario Gálvez Liñan Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013.UNMSM.2013

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3512/Galvez_le.pdf?sequence=3

20. Daniel López. Tipos de parto. *Materna Birth Matters*.
<https://www.materna.es/el-parto/tipos-de-partos/>
21. MINSA. Mortalidad neonatal en el Perú y sus departamentos 2011-2012
22. Parto después de una cesárea. GPC. Guía Práctica Clínica. Instituto mexicano del seguro social dirección de prestaciones médicas. Unidad de atención médica.
23. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas. En el Marco del Plan Esencial de Aseguramiento Universal. Lima, 2011. Ministerio de Salud.
Ginecol. obstet. [Internet]. 2013 oct [citado 2020 Oct 14]; 59(4): 261-266.
Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000400005&lng=es.
24. Municipalidad de Huancayo. Turismo en Huancayo.
<https://turismo.i.pe/ciudades/provincia/huancayo.htm>
25. Wikipedia. La enciclopedia libre. <https://es.wikipedia.org/wiki/Huancayo>
26. ANDINA. Agencia peruana de noticias <https://andina.pe/agencia/noticia/Huancayo-infraestructura-del-hospital-Carmen-no-reune-condiciones-para-buena-atencion-819562.aspx>
27. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
28. El Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI, presenta el Perfil Sociodemográfico del Perú, elaborado a partir de los resultados de los Censos Nacionales XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas, realizado en octubre de 2017

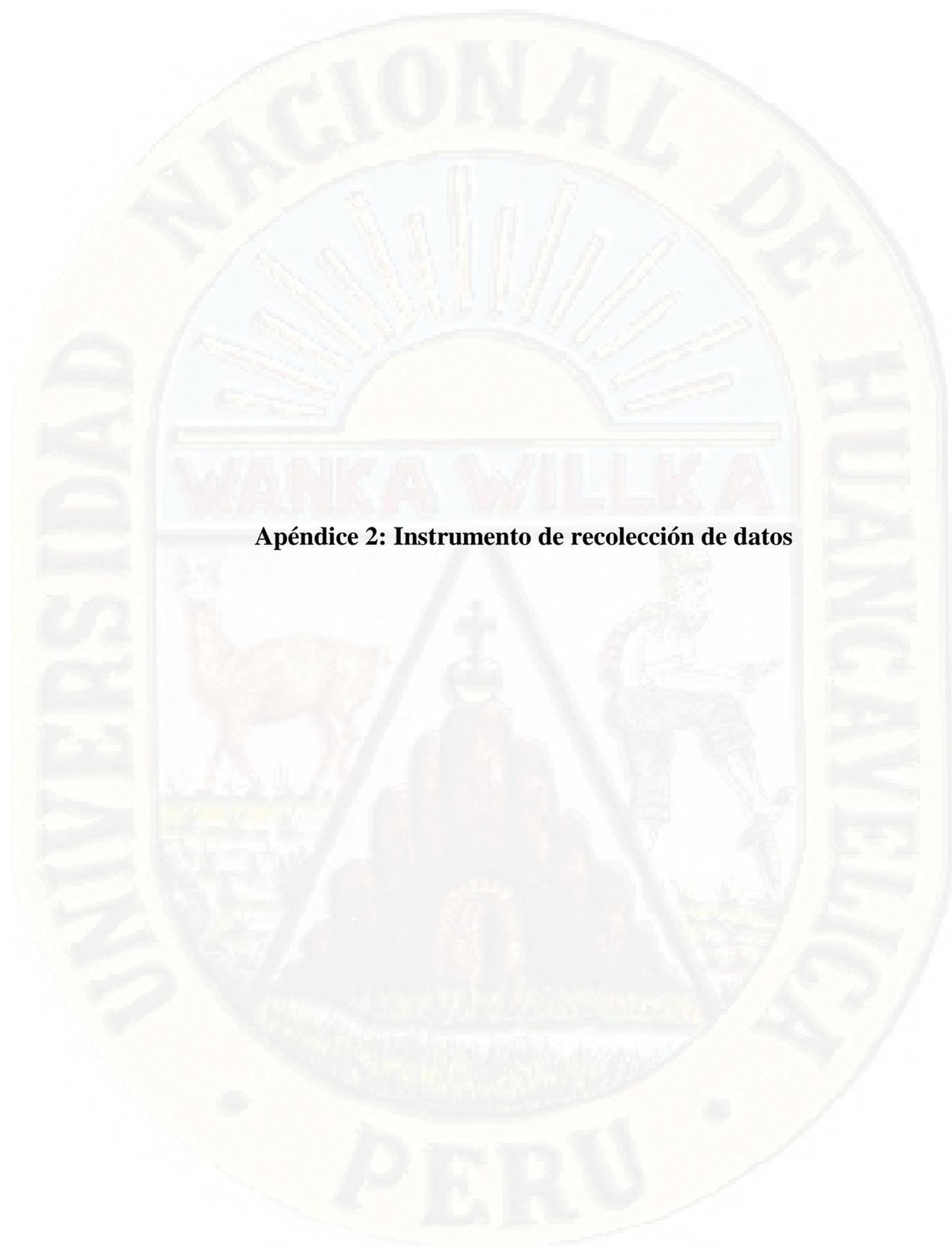


Apéndice



Apéndice 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>¿Cómo se da el parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo 2019?</p>	<p>Objetivo general: Determinar cómo es el parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo 2019.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar cuáles son las características de las gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019. • Determinar cuál es el tipo de trabajo de parto de las gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019. • Determinar cuáles fueron las complicaciones maternas de las gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019. • Determinar cuáles fueron las complicaciones neonatales de las gestantes con parto vaginal con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019. 	<p>Caracterización de las gestantes con parto vaginal con un antecedente de una cesárea</p> <hr/> <p>Tipo de trabajo de parto</p> <hr/> <p>Complicaciones en el trabajo de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Talla • Nivel educativo • Paridad • APN • Profesional que atendió el parto vaginal • Periodo intergenésico <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Parto espontaneo • Parto inducido <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones maternas en el trabajo de parto • Complicaciones Neonatales de parto vaginal con un antecedente de cesarea 	<p>Tipo de Investigación Básico</p> <p>Nivel de Investigación Descriptivo</p> <p>Diseño de Investigación Descriptivo simple</p> <p>M O Donde: M= Gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo 2019. O= Parto vaginal con un antecedente de cesárea.</p> <p>Población. Todas las 52 HC con parto vaginal con un antecedente de una cesárea atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019.</p> <p>Muestra: Censal</p> <p>Técnicas de procesamiento y análisis de datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estadística Descriptiva • Programas Estadísticos



Apéndice 2: Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
Unidad de Post Grado

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título: Parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo 2019.

Nº Hist. Clínica: **.Nº de**
Ficha:.....

Numero de gestante con un antecedente de cesárea en el año 2019: 68 gestantes

Numero de gestante con parto vaginal con un antecedente de cesárea en el 2019:
52.

I. CARACTERISITCAS DE LAS GESTANTES CON PARTO VAGINAL CON UN ANTECEDENTE DE CESAREA.

1. Edad: años **Talla:** Centímetros

2. Nivel de Instrucción:

- a. Primaria (1)
- a. Secundaria (2)
- b. Superior Técnico (3)
- c. Superior Universitario (4)

3. Formula Obstétrica: G:P: ____/____/____/____

4. Atención pre natal APN: a. ≥ 6 APN (1) b. < 6 APN (2)

5. Periodo intergenésico: Años conmeses.

6. Profesional que atendió el parto vaginal:

- a. Obstetra (1)
- b. Gineco Obstetra (2)
- c. Médico general (3)
- d. Otro:

II. TIPO DE TRABAJO DE PARTO EN GESTANTE DE PARTO VAGINAL CON 1CESAREA ANTERIOR

7. Tipo de trabajo de parto de gestante con una cesárea anterior

- a. Parto Espontaneo (1)
- b. Parto Inducido (2)

III. COMPLICACIONES MATERNAS EN EL TRABAJO DE PARTO DE GESTANTES CON PARTO VAGINAL CON UN ANTECEDENTE DE UNA CESAREA

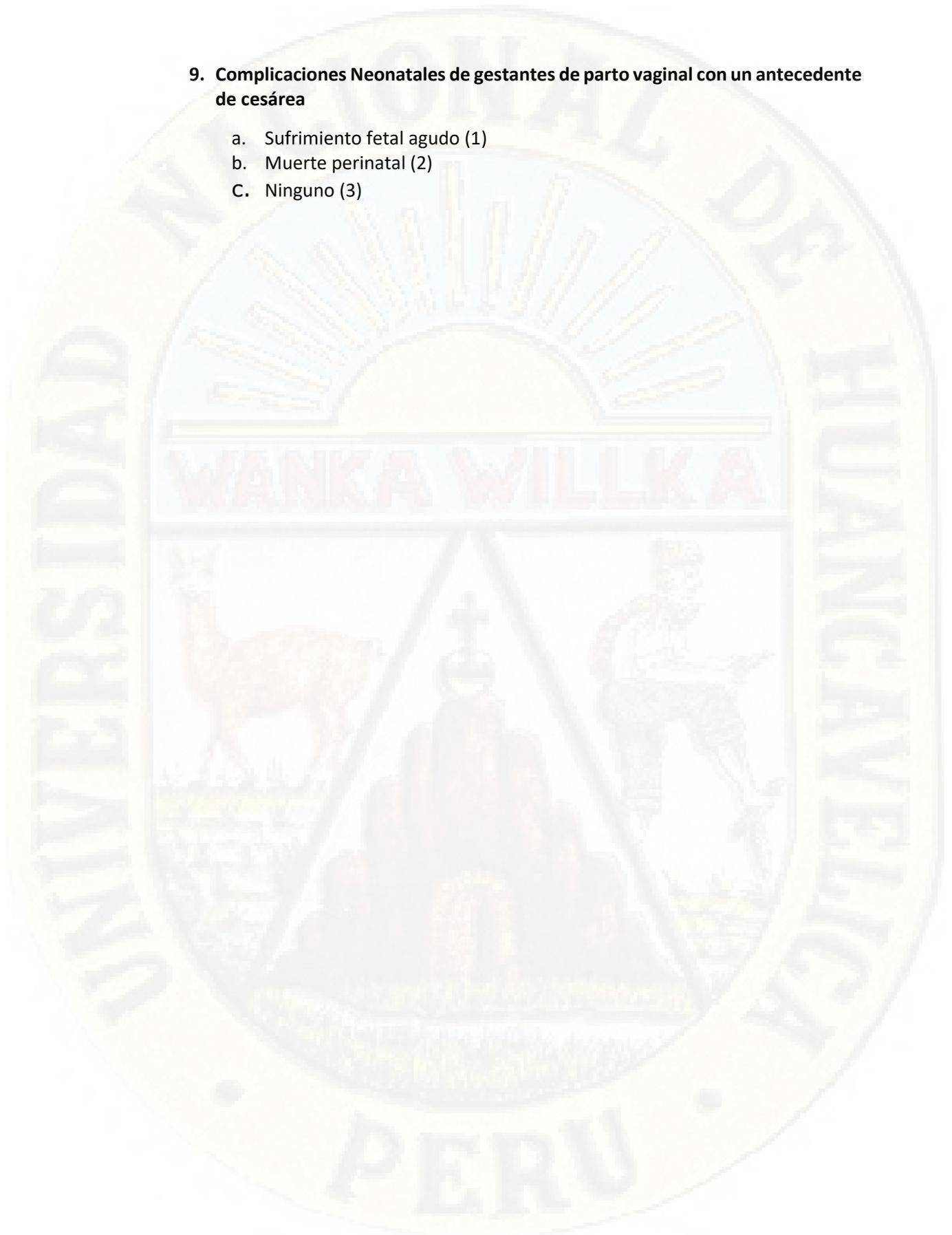
8. Complicaciones maternas en el trabajo de parto en gestantes con parto vaginal con un antecedente de cesárea:

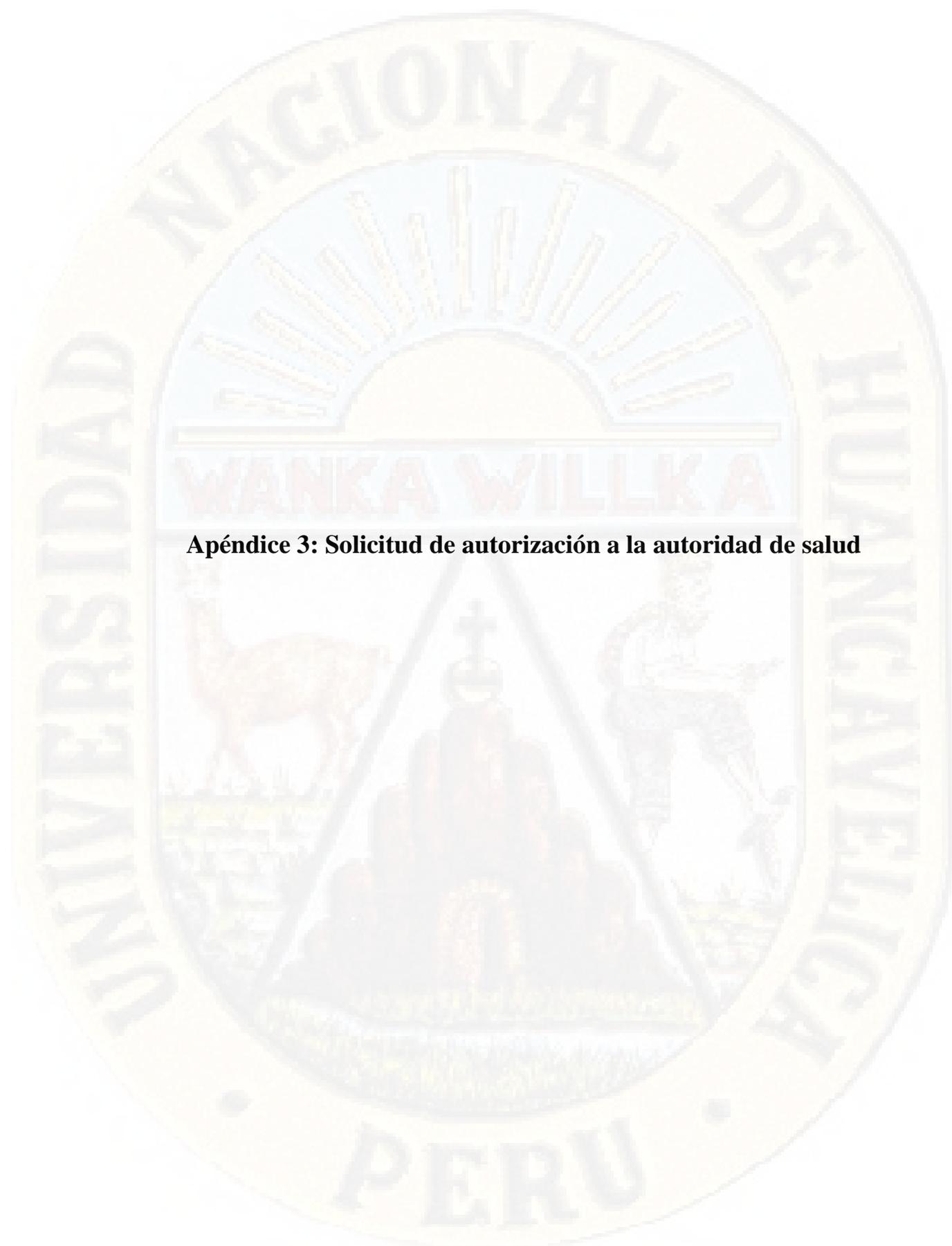
- a. Rotura uterina (1)
- b. Histerectomía (2)
- c. Hemorragia (3)
- d. Desgarro cervical (4)
- e. Desgarro Vaginal: Grado I (1); Grado II (2); Grado III (3) y Grado IV (4)
- f. Otra:

IV. COMPLICACIONES NEONATALES GESTANTES DE PARTO VAGINAL CON UNA ANTECEDENTE DE UNA CESAREA.

9. Complicaciones Neonatales de gestantes de parto vaginal con un antecedente de cesárea

- a. Sufrimiento fetal agudo (1)
- b. Muerte perinatal (2)
- c. Ninguno (3)





Apéndice 3: Solicitud de autorización a la autoridad de salud

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creado por Ley N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

Dr.....

.....

DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, HUANCAYO.

SD.

Yo, Gabriela, CASTRO BONILLA, Identificado (a) con D.N.I. N°40245235, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON ANTECEDENTE DE UNA CESÁREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, HUANCAYO 2019

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para revisar las historias clínicas de las gestantes atendidas en el año 2019; así mismo, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo con fines de investigación; por lo mencionado solicito se me expida la autorización para recoger la información indicada.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Huancayo, 12 de marzo del 2020

Castro Bonilla, Gabriela
D.N.I.40245235