

**“UNIVERSIDAD NACIONAL
SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL POST CESAREA VERSUS
CESAREA ITERATIVA, HOSPITAL LAURA ESTHER RODRÍGUEZ
DULANTO, SUPE, BARRANCA, 2016 - 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

Bach. ESPINOZA AYALA Lucía Rebeca

Bach. ROMERO ÁVILA Rubí Margiori

ASESORA: Dra. VALENCIA VERA, Consuelo Teresa

HUARAZ – PERÚ

2019



**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM**

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación – RENATI.
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: ESPINOZA AYALA LUCIA REBECA
Código de alumno: 131.1004.218 Teléfono: 953674020
Correo electrónico: lurebeca2601@gmail.com DNI o Extranjería: 72001892

2. Modalidad de trabajo de investigación:

Trabajo de investigación Trabajo académico
 Trabajo de suficiencia profesional Tesis

3. Título profesional o grado académico:

Bachiller Título Segunda especialidad
 Licenciado Magister Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

"COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL POST CESÁREA VERSUS
CESÁREA ITERATIVA, HOSPITAL LAURA ESTHER RODRIGUEZ
DULANTO, SUPE, BARRANCA, 2016-2017."

5. Facultad de: CIENCIAS MÉDICAS

6. Escuela, Carrera o Programa: OBSTETRICIA

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: VALENCIA VERA CONSUELO TERESA Teléfono: 943621404
Correo electrónico: tvalenciavera@yahoo.com DNI o Extranjería: 31678026

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma: Rebeca Lucia Espinoza Ayala

D.N.I.: 72001892

FECHA: 28 / ENERO / 2019



FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación – RENATI.
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDUN° 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: ROMERO ÁVILA RUBÍ MARGIORI
Código de alumno: 131.1004-210 Teléfono: 997045828
Correo electrónico: ruby-dteam@hotmail.com DNI o Extranjería: 48234354

2. Modalidad de trabajo de investigación:

- () Trabajo de investigación () Trabajo académico
() Trabajo de suficiencia profesional (X) Tesis

3. Título profesional o grado académico:

- () Bachiller (X) Título () Segunda especialidad
() Licenciado () Magister () Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

" COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL POST CESÁREA VERSUS
CESÁREA ITERATIVA, HOSPITAL LAURA ESTHER RODRIGUEZ DULANTO,
SUPE, BARRANCA, 2016 - 2017"

5. Facultad de: CIENCIAS MÉDICAS

6. Escuela, Carrera o Programa: OBSTETRICIA

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: VALENCIA VERA CONSUELO TERESA Teléfono: 943621404
Correo electrónico: tvalenciavera@yahoo.es DNI o Extranjería: 31678026

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

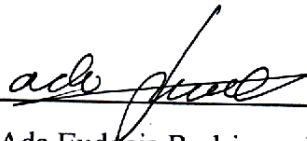
Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma:

D.N.I.: 48234354

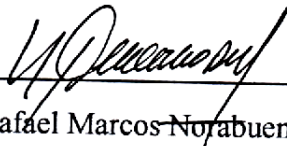
FECHA: 28 / ENERO / 2014

MIEMBROS DEL JURADO



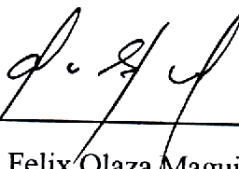
Dra. Ada Eudocia Rodriguez Figueroa

PRESIDENTA



DR. Rafael Marcos Norabuena Penadillo

SECRETARIO



Dr. Augusto Felix Olaza Maguiña

VOCAL

FIRMA DE LA ASESORA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Teresa V.V.', is written above a solid horizontal line.

Dra. Consuelo Teresa Valencia Vera

ASESORA

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. A mis padres por haberme apoyado en todo momento a pesar de la distancia, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

Lucía

A mis padres, por dejarme la herencia más noble, la educación; y a Dios por el don de la vida.

Rubí

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias a mis padres por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. A mis hermanos por ser parte importante en mi vida.

A mis docentes de la Escuela de Obstetricia, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de mi formación profesional.

Lucía

A mis padres y docentes, por su tiempo, por su apoyo y constante motivación, por compartirnos conocimientos, consejos y valores que fueron indispensables para el desarrollo de mi formación profesional.

Rubí

ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
1. INTRODUCCIÓN	7
2. HIPOTESIS	13
3. BASES TEÓRICAS	16
4. MATERIALES Y MÉTODOS	49
5. RESULTADOS	54
6. DISCUSIÓN	64
7. CONCLUSIONES	68
8. RECOMENDACIONES	69
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

ANEXOS

RESUMEN

Se planteó el siguiente problema: ¿Cuáles son las complicaciones del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017?, con el objetivo general de determinar comparativamente las complicaciones del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa; hipótesis: Las complicaciones de la cesárea iterativa son mayores en comparación al parto vaginal post cesárea. Investigación descriptiva, retrospectiva y comparativa, con una muestra de 113 gestantes con diagnóstico de parto vaginal post cesárea y cesárea iterativa. Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos, la información se procesó mediante el programa SPSS V21.0, realizándose la constatación de la hipótesis mediante la prueba de U-Mann Whitney y el Chi Cuadrado. Resultados: Complicaciones maternas del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa. Hemorragia (2.1% vs. 13.8%), anemia (33.4% vs. 80%), infección (0% vs. 12.3%) e histerectomía (0% vs. 1.5%); complicaciones neonatales Líquido amniótico meconial (12.5% vs.12.3%) y Apgar bajo (2.1% vs. 13.8%). Se concluyó que el parto vaginal post cesárea presenta menos complicaciones en comparación con la cesárea iterativa, evidenciándose una diferencia estadísticamente significativa solo con las complicaciones maternas, pero no con las complicaciones neonatales.

Palabras clave: Complicaciones, parto vaginal post cesárea y cesárea iterativa.

ABSTRACT

The following problem was posed: what are the complications of vaginal post-cesarean delivery versus iterative cesarean section at the Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017?, With the aim of comparatively determining the complications of post-cesarean vaginal delivery iterative cesarean section; hypothesis: The complications of the iterative caesarean section are greater compared to the vaginal delivery after caesarean section. Descriptive, retrospective and comparative research, with a sample of 113 pregnant women with diagnosis of post-cesarean delivery and cesarean section. A data collection card was used as an instrument, the information was processed through the SPSS V21.0 program, and the hypothesis was verified using the U-Mann Whitney test and the Chi square test. Results: Maternal complications of vaginal post-cesarean delivery versus iterative cesarean section. Hemorrhage (2.1% vs. 13.8%), anemia (33.4% vs. 80%), infection (0% vs. 12.3%) and hysterectomy (0% vs. 1.5%); neonatal complications Meconium amniotic fluid (12.5% vs. 12.3%) and low Apgar (2.1% vs. 13.8%).

It was concluded that vaginal delivery after cesarean section presents fewer complications compared to an iterative caesarean, evidencing a statistically significant difference only with maternal complications, but not with neonatal complications.

Key words: Complications, vaginal post-cesarean delivery and iterative cesarean.

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas las tasas de cesárea han aumentado en todo el mundo tanto en países en vías desarrollo y países desarrollados, tanto así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo calificó como una "epidemia de cesáreas" ⁽¹⁾. Lo que inicialmente surgió como una solución, ahora se aprecia como un motivo de preocupación en salud pública que su indicación sea la correcta, evitando consecuencias en morbilidad y mortalidad que pudiesen resultar de su sobre indicación, y el costo que demanda realizar este procedimiento es alto, en comparación con el parto vaginal ⁽²⁾. Las gestantes con antecedente de cesárea son sometidas a una cesárea de repetición por el riesgo de ruptura uterina, la cual se ha demostrado que es menor al 1%; ⁽³⁾ y por el temor de otras complicaciones que pueden presentarse, lo que se convierte en un tema controversial ⁽¹⁾.

Hoy en día la principal indicación de cesárea es la cesárea anterior (34%), seguida por las distocias (28%), el sufrimiento fetal agudo (SFA) el 14%, presentación pélvica (9%) y otras causas (10%). De todas estas causas, la que tiene mayor posibilidad de modificarse es la cesárea anterior, solo en los casos que sean factibles ⁽⁴⁾.

En 1916, Craigin escribió "una vez cesárea, siempre cesárea", ⁽⁵⁾ en esta época la cesárea era corporal, no existía antibióticos ni transfusiones, y la morbimortalidad materno fetal y los riesgos posteriores de una probable ruptura uterina eran elevados. Este concepto cambió y hoy en día ha aparecido como contraparte otro concepto: una cesárea no siempre lleva a otra cesárea ⁽⁶⁾.

La decisión de que una gestante sea sometida a una cesárea o parto vaginal en cesárea previa depende de diversos factores, los cuales influyen en la posibilidad

de presentar complicaciones. En el caso de cesárea iterativa, se observa complicaciones relacionadas a hemorragia post parto, infección de la herida operatoria, histerectomía, anemia, muerte. En el caso de la elección de la vía vaginal después de una cesárea las principales complicaciones son inminencia de ruptura uterina, ruptura uterina, hemorragia postparto, y desgarró perineal ⁽⁷⁾.

En el Perú en el año 2017 según Espino, las principales complicaciones maternas del parto vaginal posterior a cesárea fueron el desgarró perineal, hemorragia post parto, y retención de restos placentarios; y las complicaciones neonatales bajo peso al nacer, Apgar bajo, sufrimiento fetal agudo y muerte neonatal ⁽⁸⁾. Por otra parte Morales en el 2016 encontró que las principales complicaciones maternas de la cesárea iterativa fueron hemorragia post parto, anemia leve y moderada, síndrome adherencial pélvico, inminencia de ruptura uterina y ruptura uterina; y las complicaciones neonatales síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria del recién nacido ⁽⁶⁾.

Según la OMS la tasa de cesáreas debería encontrarse idealmente entre 10-15%, sin embargo esta tasa en el mundo generalmente no desciende de 20% ⁽⁹⁾. Siendo América Latina la que presenta una de las mayores tasas en el mundo 25-30%, observándose los índices más elevados en México, Brasil, República Dominicana y Chile ⁽¹⁰⁾. En el Perú la tasa de cesárea se incrementó de 22.9 a 44.8% entre los años 2011 y 2017 ⁽¹¹⁾.

La cesárea por ser una cirugía mayor, implica conocer los antecedentes maternos, realizar estricta vigilancia del trabajo de parto, disponer de sangre suficiente, anestesiólogo, unidad de cuidados intensivos, atención neonatal especializada, por lo que una indicación inadecuada de ésta conlleva un aumento de la morbilidad

materno fetal y un mayor gasto económico sanitario⁽¹²⁾. Por lo tanto, es fundamental a la hora de decidir una cesárea, ya que además de ser determinante para la futura vía de parto también se ha descrito una asociación entre las cesáreas anteriores y la placenta previa en los embarazos futuros, lo que aumentaría el número de complicaciones⁽¹³⁾.

Asimismo el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) declaró que “una mujer con cesárea anterior debería ser aconsejada a intentar un parto vaginal”, a fin de disminuir las tasas elevadas de cesárea y evitar operaciones innecesarias⁽¹⁴⁾. También recomienda una prueba de trabajo de parto cuando hay cesárea previa, que en la mayoría de casos lleva a un parto vaginal exitoso, evitando así el alto costo social y económico que conlleva el efectuar una nueva cesárea, disminuyendo los días de hospitalización y la morbilidad puerperal;⁽¹⁵⁾ por lo que se debe someter a todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal, salvo que existan ciertas circunstancias: que persista la indicación anterior, que la cesárea fuese corporal o desconocida, que el feto pese 4000 gramos o más, que no se pueda monitorizar el parto y la falta de anestesiólogo o un neonatólogo⁽⁶⁾.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) la tasa de éxito del parto por vía vaginal después de una cesárea oscila entre el 72-76%, llegando al 87-90% si ha existido un parto vaginal previo,⁽¹⁵⁾ asimismo en el estudio realizado en el 2010 por Santisteban, Sánchez y Leiva, se encontró que el éxito del Parto Vaginal Posterior a Cesárea (PVPC) fue de 86.5%, de los cuales el 69.7% fueron partos espontáneos, el 14.6% fueron partos estimulados con oxitocina y el 2.2% fueron partos estimulados con misoprostol⁽¹⁶⁾.

Se sabe que existe un temor por parte de muchos gineco obstetras de someter a las pacientes con cesárea previa a una prueba de trabajo de parto, ya que la complicación más temida es la ruptura uterina y supone un gran reto para el profesional. La mayoría de los estudios reportan una tasa de ruptura uterina sintomática de aproximadamente 1% ⁽⁴⁾.

Asimismo no se cuenta con una práctica obstétrica orientada a la reducción de la tasa global de cesáreas en relación a sus complicaciones e impacto en el binomio materno fetal. Sería, por tanto, de suma importancia realizar un estudio donde se compare las complicaciones del parto vaginal post cesárea o cesárea iterativa de modo tal que se pudiera plantear una estrategia que permita disminuir el número de cesáreas y complicaciones en pacientes con cesárea previa.

Frente a lo manifestando, se consideró necesario realizar la presente tesis mediante la formulación del siguiente **problema**: ¿Cuáles son las complicaciones del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017?, teniendo como **objetivo general** el determinar comparativamente las complicaciones del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017. Los **objetivos específicos** fueron: Identificar las complicaciones maternas del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, determinar las complicaciones neonatales del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, comparar las complicaciones maternas en el parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto y comparar las complicaciones neonatales en el parto vaginal

post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto.

La presente investigación consta de seis partes. En la primera se manifiesta la hipótesis, variables y operacionalización de las mismas. En la segunda parte, se exponen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en el contexto internacional y nacional. En la tercera parte, se describen los materiales y métodos utilizados en el proceso de recolección, procesamiento, y análisis de la información. En la cuarta y quinta parte se exponen y discuten los resultados principales de la investigación, de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes, así como información relevante para la investigación.

Finalmente, es necesario mencionar que la justificación de la presente tesis está fundamentada en que en las últimas décadas la tasa global de cesáreas se ha incrementado superando el 15%, cifra recomendada por la OMS; siendo esto un problema a nivel mundial, nuestro país no puede ser la excepción. A diferencia de muchos otros países, el nuestro no cuenta con sistemas de información, o estudios que revelen datos específicos sobre esta problemática, y de seguir así esto puede conllevar a un incremento de las complicaciones maternas y neonatales.

Por lo manifestado en los argumentos antes mencionados, la presente tesis se justifica por el hecho de que en la práctica profesional se constata el temor de someter a la paciente con cesárea previa a un parto vaginal por las complicaciones que pudieran presentarse. Los resultados del presente estudio permitirán calmar el temor y clarificar la conveniencia en el ejercicio de la profesión.

Se justifica por su relevancia e importancia social que reviste, el Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” y los profesionales que laboran en él, se verán favorecidos al poder contar con estadísticas válidas acerca de las complicaciones del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa, además de aportar datos útiles para la salud pública de nuestro país, cuyos resultados permitirán brindar una atención más humanizada y de calidad enfocada en el binomio madre niño a través de un programa integral a nivel nacional para caracterizar al resto del país.

De igual manera el trabajo se justifica desde el punto de vista teórico, ya que aportará hallazgos de la literatura científica que generarán reflexión y discusión sobre el problema planteado.

Desde el punto de vista práctico, con la presente investigación se buscará reducir la tasa de cesáreas a través de la implementación de protocolos de atención en parto vaginal posterior a cesárea tanto en hospitales públicos y privados. Del mismo modo se reducirá el costo que implica una cesárea, reduciendo el número de días de estancia hospitalaria a las pacientes post parto.

Por otro lado con el estudio se pretende motivar a los médicos y obstetras a ofrecer una consejería adecuada a las mujeres embarazadas con antecedentes de cesárea, para brindarles tranquilidad y seguridad para la correcta toma de decisiones.

La presente investigación es viable, pues se dispone de los recursos humanos y materiales para llevarla a cabo; y la autorización de las autoridades del nosocomio en mención.

La utilidad metodológica de esta investigación se basa en la necesidad de brindar información acerca de las complicaciones del parto vaginal post cesárea y cesárea

iterativa a través del uso de instrumentos de recolección válidos y confiables, de este modo poder reducir las tasas de cesáreas a nivel nacional. Asimismo el estudio servirá de base para futuras investigaciones con nuevas metodologías que contribuyan a obtener resultados similares.

2. HIPOTESIS:

Las complicaciones de la cesárea iterativa son mayores en comparación al parto vaginal post cesárea en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

2.1 VARIABLES:

- **Variable Independiente:**

Parto vaginal post cesárea

Cesárea iterativa

- **Variable Dependiente:**

Complicaciones

2.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones		Indicadores	Categorías o Ítems	Escalas de Medición
VARIABLE INDEPENDIENTE	Expulsión del feto y la placenta al final de la gestación por el canal vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea.	Vías de culminación del parto		- Parto vaginal post cesárea	- Sí - No	Nominal
Parto vaginal post cesárea				- Cesárea iterativa	- Sí - No	Nominal
Cesárea iterativa	Es aquella operación que se practica a pacientes con antecedentes de cesárea.					
VARIABLE DEPENDIENTE Complicaciones	Agravamiento de un procedimiento con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.	Complicaciones del parto vaginal post cesárea	Maternas	- Rotura uterina	- Sí - No	Nominal
				- Hemorragia postparto	- Sí - No	Nominal
				- Desgarro perineal	- Ninguna - Desgarro I grado - Desgarro II grado - Desgarro III grado - Desgarro IV grado	Ordinal
				- Infecciones puerperales	- Ninguna - Endometritis - Infección urinaria	Nominal
				- Anemia	- Ninguna - Leve - Moderada - Severa	Ordinal
				- Histerectomía	- Sí - No	Nominal
			- Muerte materna	- Sí - No	Nominal	
			Neonatales	- Trauma obstétrico	- Sí - No	Nominal
				- Líquido amniótico meconial	- Sí - No	Nominal
				- Apgar	- 0 – 3 - 4 – 6 - \geq a 7 a los 5 min	Ordinal
- Muerte neonatal	- Sí - No	Nominal				

		Complicaciones de la cesárea iterativa	Maternas	- Histerectomía	- Sí - No	Nominal
				- Hemorragia postparto	- Sí - No	Nominal
				- Infecciones puerperales	- Ninguna - Infección de sitio operatorio - Endometritis - Infección urinaria	Nominal
				- Anemia	- Ninguna - Leve - Moderada - Severa	Ordinal
				- Muerte materna	- Sí - No	Nominal
			Neonatales	- Complicaciones respiratorias	- Ninguna - Taquipnea transitoria - Síndrome de distrés respiratorio	Nominal
				- Líquido amniótico meconial	- Sí - No	Nominal
				- Apgar	- 0 – 3 - 4 – 6 - \geq a 7 a los 5 min	Ordinal
				- Muerte neonatal	- Sí - No	Nominal

3. BASES TEÓRICAS

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

RUIZ, Susana (2018). **Incidencias y consecuencias de la cesárea iterativa.** España. Artículo de revisión. Objetivo: Determinar incidencias y consecuencias de la cesárea iterativa. Metodología: Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico y descriptivo. Resultados: La complicación materna más frecuente asociada a la cesárea es la infección del sitio quirúrgico seguida por la endometritis y las infecciones urinarias. Este riesgo se ve incrementado en las gestantes que inician el trabajo de parto y finalizan en cesárea. Conclusión: La cesárea iterativa es el principal factor de riesgo para las anomalías de placentación, la restricción de crecimiento fetal, el parto prematuro y la muerte intrauterina ⁽¹⁷⁾.

HERNANDEZ, Levding (2016). **Complicaciones obstétricas en gestantes con cesáreas previas.** Ecuador. Tesis de Licenciatura. Objetivo: Determinar las complicaciones obstétricas que se presentan en gestantes con cesáreas previas. Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo, cuantitativo, descriptivo, no experimental con una muestra de 100 gestantes que tuvieron parto vía vaginal o cesárea en el Hospital León Becerra de Milagro durante el período 2015. Resultados: Las principales complicaciones fueron el sufrimiento fetal, encontrándose en el 39% de los casos, dehiscencia en el 7% y la ruptura uterina el 3%. Conclusiones: El parto vaginal después de cesárea es una opción razonable obstétrica que no produce complicaciones graves ⁽¹⁸⁾.

SAN MARTÍN, María (2016). **Parto vaginal tras cesárea.** España. Tesis de Licenciatura. Objetivo: Determinar la incidencia de parto vaginal tras cesárea.

Metodología: Se realizó un estudio observacional descriptivo de los partos acontecidos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (1293 partos) durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2015. Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico Statgraphics XVII (Statpoint technologies Inc; VA). **Resultados:** Durante el periodo de estudio, se produjeron 1293 partos, de las cuales 160 (12,5%) fueron mujeres con al menos una cesárea anterior. La edad media del grupo de estudio fue significativamente superior (2 años). Este dato se explica debido a que todas las mujeres con cesárea anterior, por definición, ya tienen al menos un hijo, mientras que en el grupo control está compuesto en gran parte por primíparas con una edad inferior. No hay diferencias estadísticamente significativas en relación con la nacionalidad o edad gestacional en el momento del parto. **Conclusiones:** El hecho de haberse sometido con anterioridad a una cesárea no es indicativo de la realización de otra cesárea en embarazos posteriores. Se ha visto una tasa de éxito del 46,9% de las pacientes con Cesárea previa, incluyendo en este porcentaje todos los partos vaginales ya sean inducidos, espontáneos, instrumentados o eutócicos ⁽¹⁹⁾.

LEAL, Manrique (2010). **Resultados obstétricos y neonatales de pacientes segundigestas con antecedente de cesárea.** Costa Rica. Acta médica. **Objetivo:** Analizar los resultados obstétricos y neonatales de pacientes con antecedentes de cesárea. **Metodología:** El estudio fue observacional de corte transversal, se analizaron 306 historias clínicas de pacientes gestante atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia del 01 de enero de 2006 del 31 de diciembre del 2007. Se utilizó el programa EpiInfo 2002 para el

procesamiento de los datos. Resultados: El 59.1% de las pacientes analizadas sometidas a prueba de parto tuvieron un parto vaginal exitoso. El porcentaje de complicaciones maternas fue significativamente mayor en el grupo de pacientes a las que se les realizó cesárea intraparto. La ruptura uterina se presentó en el 1.3%. Ninguna madre o producto falleció como consecuencia de esta complicación. El porcentaje de complicaciones neonatales fue semejante entre los grupos. No obstante, la necesidad de reanimación neonatal fue significativamente mayor en los productos de madres a las que se les realizó una cesárea electiva. Conclusiones: Los resultados indican que en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, una prueba de parto en pacientes segundigestas con antecedente de cesárea parece ser segura. Los porcentajes de parto vaginal exitoso, complicaciones obstétricas y de ruptura uterina son semejantes a los reportados en la literatura internacional ⁽²⁰⁾.

NÚÑEZ, María (2010). **Prevalencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa**. Paraguay. Artículo Científico. Objetivo: Evaluar la prevalencia de partos vaginales posteriores a una cesárea e investigar las causas en casos de una cesárea iterativa. Metodología: Diseño observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Fueron revisadas 289 fichas médicas de pacientes con cesárea previa de un total de 2999 nacimientos que hubo en el año 2009 en el Hospital Materno Infantil San Pablo, Asunción. Resultados: El 88,3% culminaron en una cesárea iterativa siendo la causa más frecuente la sospecha de alteración del bienestar fetal (23%). Conclusiones: La prevalencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa fue 12%. Las causas más frecuentes de las cesáreas iterativas fueron alteración del bienestar fetal (23,1%), macrosomía

(17,6%) y sospecha de dehiscencia de sutura uterina anterior (11,7%). La frecuencia de dehiscencia de cicatriz anterior luego de un parto normal post cesárea se observó en 1 caso (0,4%). La misma fue sometida a laparotomía e histerorrafia con buena evolución posterior ⁽²¹⁾.

ESPINO, Elda (2017). **Complicaciones materno neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea**. Perú. Tesis de Licenciatura. Objetivo: Determinar las complicaciones materno neonatales y características sociodemográficas en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa. Metodología: El estudio fue de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal. Se revisó las historias clínicas de 91 pacientes en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016, que culminaron su gestación por vía vaginal teniendo como antecedente cesárea previa en alguno de sus partos anteriores. Los datos fueron analizados en una base de datos del programa Microsoft Office Excel 2010, los resultados fueron presentados mediante gráficos. Resultados: En relación a los factores sociodemográficos, predominó el grupo etario de pacientes con edades de 25-29 años con 31%, 75% que tenían secundaria, 94% eran ama de casa, 75% conviven con su pareja, 98% tenía cesárea previa como antecedente y 36% de estas pacientes fueron primíparas. En relación a las complicaciones maternas: 59% no había tenido ninguna complicación materna, sin embargo 31% han tenido desgarro perineal siendo la complicación con más alto porcentaje, en las complicaciones neonatales un 92% no tuvo complicaciones. Conclusiones: Las complicaciones maternas-neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora fueron desgarro perineal, hemorragia post parto, retención de restos

placentarios, estas dos últimas en menor grado; bajo peso al nacer, Apgar bajo, muerte neonatal y sufrimiento fetal agudo, 92% no presentó complicaciones neonatales ⁽⁸⁾.

COAQUIRA, Briggithe (2017). Caracterización de la gestante con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal. Perú. Tesis de Licenciatura. Objetivo: Determinar la caracterización de la gestante con antecedente de cesárea anterior. Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal no experimental en 260 gestantes con antecedentes de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna del 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2015. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS v21.0. Resultados: No hubo complicaciones maternas en este estudio, sin embargo dentro de las complicaciones perinatales se encontraron 2 casos de muerte neonatal (0,8%), el mismo número de asfixia neonatal (0,8%); sin embargo se tuvo 9 casos de bajo peso al nacer (3,5%) y 7 casos de óbitos fetales (2,7%); además las pacientes que terminaron otra vez con la indicación de cesárea en la mayoría fue por desproporción feto pélvica seguida de cesareada anterior y sufrimiento fetal. Conclusiones: La mayoría de los casos de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea, se presentan en mujeres de edades entre 20 a 34 años de edad (72,3%). En contacto con las demás características sociodemográficas se presentan con mayor frecuencia en mujeres convivientes, que culminaron la secundaria, que en la actualidad se dedican a ser amas de casa y que provienen de zonas urbanas de la ciudad de Tacna. Con el estudio se encontró que las pacientes con cesárea previa seleccionadas culminan su parto vaginal

satisfactoriamente, cabe destacar que no hubo complicaciones maternas en este estudio, sin embargo si hubo complicaciones perinatales ⁽²²⁾.

MORALES, Diana. (2016). **Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa**. Perú. Tesis de Licenciatura. 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. Metodología: Estudio de tipo descriptivo, comparativo, retrospectivo de corte transversal. Se trabajó con dos muestras: 102 gestantes con cesárea previa que culminaron con 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 cualitativas se estimó medidas frecuencias absolutas y porcentajes Se utilizaron las herramientas graficas de Microsoft Excel 2013 como diagramas y 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 ruptura 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. Conclusiones: 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 decisiones conjunta del médico con la paciente ⁽⁶⁾.

CALDAS, María (2016). **Factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa** Perú. Tesis de Maestría. Objetivo: Determinar los factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica Particular CORI GYN en Los Olivos, 2015. Metodología: El estudio fue descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, en 241 mujeres que tuvieron parto vaginal en el año 2015. Para el análisis de los datos se utilizó la media central, así como frecuencias absolutas y relativas. Resultados: La edad promedio de las mujeres con cesárea previa fue 29,6 años, donde la edad ≤ 35 años fue el predominante (96,7%), asimismo el grado de instrucción fue mayormente universitario (54,4%) y el estado civil casada (70,0%). Entre los factores maternos más frecuentes asociados a la decisión del parto vaginal

fue el período intergenésico de 2 - 5 años (60,0%), parto vaginal previo en un 53,3%, ser multigesta (51,1%) e inicio de parto espontáneo (92,2%). En el 93,3% de los casos la decisión de la vía de culminación fue tomada por el médico. Respecto a las complicaciones, el 6,7% presentaron complicaciones en el puerperio inmediato (retención de restos placentarios, sangrado e infección de episiotomía) y el 20,0% presentaron complicaciones en el puerperio mediato (fiebre, infección de episiotomía y alza térmica). En los factores fetales asociados a la decisión del parto vaginal se encontró que la edad gestacional fue de 38 a 40 semanas con un peso promedio de 3,296 gramos. Conclusiones: Los factores más frecuentes asociados a la decisión de parto por vía vaginal en mujeres con cesárea previa fueron: el período intergenésico entre 2 y 5 años, parto vaginal previo, ser multigesta, además de la edad gestacional a término y ponderado del peso fetal normal ⁽²³⁾.

PANTOJA, Diana (2016). **Eficacia del parto por cesárea comparado con parto vaginal en gestantes con Preeclampsia severa según complicaciones maternas y neonatales.** Perú. Tesis de Licenciatura: Comparar la eficacia del parto por cesárea y parto vaginal en gestantes con preeclampsia severa según complicaciones maternas y neonatales. Metodología: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, prospectivo, de cohorte. El estudio se realizó en 210 gestantes con preeclampsia severa, de las cuales 164 tuvieron parto por cesárea y 46 parto vaginal, atendidos en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2015. Los datos consignados fueron tabulados en programa estadístico SPSS v 15. Los resultados fueron presentados en cuadros de doble entrada con frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Resultados: Las características demográficas de edad, estado conyugal, nivel educativo fueron similares y

comparables en ambos grupos, así como las características obstétricas de edad gestacional, paridad, peso del recién nacido y control prenatal, destacando que esta patología se presentó en la mayoría de pacientes controladas y adolescentes. Las patologías maternas con diferencia significativa fueron anemia: con cesárea (50%) y vaginal (30%), parto pre término: cesárea (35%) y parto vaginal (30%), infección de sitio operatorio: cesárea (8%) y parto vaginal (2%). Las complicaciones neonatales no tuvieron diferencia significativa siendo las más frecuentes: hipoglicemia: cesárea (14%) y parto vaginal (4%), depresión neonatal cesárea (13%) y parto vaginal (10%) y sepsis neonatal: cesárea (11%) y parto vaginal (8%). Conclusiones: El parto vaginal es más eficaz que la cesárea en cuanto a complicaciones maternas. No hubo diferencias entre las complicaciones neonatales, en cuanto al método de parto ⁽²⁴⁾.

PÉREZ, Melissa (2015). Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa. Perú. Tesis de Licenciatura. Objetivo: Determinar la asociación entre el tipo de parto y las complicaciones perinatales y obstétricas del parto vaginal en gestantes con cesárea previa. Metodología: Estudio observacional, analítico y retrospectivo en 323 gestantes, 132 controles y 191 casos en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS v21.0, se usó la prueba Chi cuadrado. Resultados: Se encontró que de las 191 pacientes que tuvieron parto vaginal, el 2,6% tuvo complicaciones; por su parte, de 133 pacientes que culminaron su parto por cesárea, el 0,8% registró complicaciones. De las pacientes que sí tuvieron complicaciones maternas y perinatales, el 83,3% tuvo parto vaginal y el 16,7 % restante fue por cesárea. Respecto a las complicaciones

maternas, se encontró que solo un 0,5% registró complicaciones maternas en el parto vaginal y que apenas un 0,8% las tuvo en el parto por cesárea. Respecto a las complicaciones perinatales, se halló que en el parto vaginal sólo un 2,1% si tuvo complicaciones perinatales, en tanto que en el parto por cesárea solo las tuvo un 0,8% de los sujetos estudiados. Del total de pacientes que sí tuvieron complicaciones perinatales, el 80% corresponde a parto vaginal mientras el 20% restante a parto por cesárea. Conclusiones: No se halló asociación significativa entre el tipo de parto y las complicaciones maternas y perinatales ⁽²⁵⁾.

CURAHUA, Lidia (2015). Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante el primer semestre del año 2014. Perú. Tesis de licenciatura en Obstetricia. Objetivo: Determinar las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y cesárea atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014. Metodología: Estudio de tipo observacional, descriptivo comparativo, retrospectivo de corte transversal. Para este trabajo se trabajó con dos muestras: 100 gestantes con cesárea previa que culminaron en cesárea y 99 gestantes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal, atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el primer semestre del año 2014. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se estimó medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar). Para el análisis de variables cualitativas se estimó frecuencias absolutas y porcentajes (frecuencias relativas). Las gráficas fueron diseñadas en Microsoft Excel 2013, se utilizaron las herramientas graficas:

diagramas barras. Resultados: La indicación de cesárea actual fue antecedente de cesárea previa en el 35.4%, alteración de la vitalidad fetal en el 21.2% y la desproporción feto-pélvica en el 18.2%. Respecto a las complicaciones maternas de la cesárea previa en el grupo que culminó por parto vaginal fueron: el trauma perineal (29%), el alumbramiento incompleto (8%), los desgarros cervicales (4%) y la hemorragia intraparto (2%), y en el grupo que culminó en cesárea la principal complicación fue la hemorragia intraparto (8.1%). Las complicaciones maternas durante el puerperio que presentaron las pacientes de parto vaginal con cesárea previa fueron: la anemia (42%), la fiebre puerperal (7%) y la infección del tracto urinario (4%), y en las pacientes de parto por cesárea con cesárea previa se evidenció anemia (42.4%), fiebre puerperal (11.1%), infección de herida operatoria (4%) y hemorragia posparto e infección del tracto urinario (3%) respectivamente. Conclusiones: Las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio que presentaron las pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) durante el primer semestre 2014 fueron en el grupo de parto vaginal la anemia y el trauma perineal, y en el grupo de parto por cesárea fueron la anemia y la fiebre puerperal ⁽²⁶⁾.

URQUIZO, Yosimar (2014). **Frecuencia del parto vaginal en pacientes con cesárea previa y sus principales complicaciones materno perinatales**. Perú. Tesis de Licenciatura. Objetivo: Determinar la frecuencia del parto vaginal en gestantes con cesárea previa durante el período de estudio e identificar sus principales complicaciones maternas y perinatales. Metodología: Estudio descriptivo, prospectivo en 741 pacientes con cesárea previa atendidas en el

Hospital III Goyeneche entre los años 2008 y 2013 que cumplieron los criterios, de dicho grupo se seleccionó a 213 pacientes que culminaron su embarazo en parto vaginal y se evaluó sus complicaciones maternas y perinatales. La recolección de datos se hizo mediante la revisión de historias clínicas y el uso de fichas de recolección de datos. Los datos se vaciaron a los programas Excel y SPSS, con los cuales se desarrolló la estadística descriptiva de la población de estudio. Resultados: De 741 pacientes con cesárea previa, 213 casos (28.7%) presentaron parto vaginal. En cuanto a las complicaciones maternas se encontró: traumatismo perineal 1.9%, endometritis 0.5%, conducción de trabajo de parto 0.5% y no se encontró ningún caso de ruptura uterina, hemorragia post parto ni muerte materna. En cuanto a las complicaciones perinatales se encontró: sepsis neonatal 0.9%, Apgar <6 a los 5 minutos 0.5%, asfixia perinatal 0.5%, muerte fetal 1.4%, óbito fetal 0.5%, y ningún caso de traumatismo neonatal. Conclusiones: Se concluye que la frecuencia de partos vaginales en pacientes con cesárea previa corresponde a un 28.7%. Y las principales complicaciones materno perinatales son el traumatismo perineal con la presencia de 4 casos (1.9%) y la muerte fetal con 3 casos (1.4%)⁽²⁷⁾.

SÁENZ, Claudia (2010). **Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones materno neonatales**. Perú. Revista científica. Objetivo: Describir las complicaciones materno neonatales en cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas. Metodología: Estudio retrospectivo, descriptivo de tipo serie de casos en 591 pacientes con antecedente de cesárea atendidas entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2009 en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Los datos fueron

ingresados al programa Microsoft Excel. Resultados: La tasa de partos vaginales en pacientes con antecedente de cesárea fue 19%, y 81% de pacientes fue sometida a nueva cesárea. Hubo 18 casos de endometritis y 3 de infección de herida operatoria en el grupo de cesareadas a repetición, en contraste con dos casos de endometritis y ningún caso de infección de herida operatoria en el grupo de parto vaginal. Hubo pocos casos de Apgar bajo y ninguno de muerte neonatal. Conclusiones: El porcentaje de complicaciones materno neonatales fue similar en ambos grupos ⁽²⁸⁾.

SANTIESTEBAN, Judá (2010). **Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe. 2004-2008.** Perú. Revista Aporte Santiaguino. Objetivo: Determinar los factores obstétricos asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea en el Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe. Metodología: Descriptivo, retrospectivo y longitudinal, con una muestra de 89 casos. La fuente de datos fue con las Historias Clínicas. Resultados: El éxito del parto vaginal fue 86.5%, de los cuales el 69.7% fueron por partos espontáneos y 14.6% partos estimulados con oxitocina. Destacan como factor obstétrico significativo el control prenatal que es 76.4%; Así mismo fue un éxito el parto en aquellas madres cuyos neonatos pesaron entre 2,501 gr. y 4,000 gr. con Apgar normal 68.5%. Con edad materna promedio de 27.3 años, instrucción secundaria 60.7%, siendo amas de casa el 79.7%, con relación estable 95.5%, cuya edad gestacional a término fue 84.2%. El fracaso del parto fue 13.5%, los factores obstétricos asociados fueron: sufrimiento fetal agudo, presentación podálica, distocia de la dinámica uterina e hipertensión inducida por la gestación. Conclusiones: El éxito del Parto vaginal

posterior a una cesárea depende del Control prenatal que abarque más de 5 controles y tendrá influencia en el peso y Apgar del neonato ⁽¹⁶⁾.

3.2 MARCO TEÓRICO

A. PARTO VAGINAL

a. Definición:

Entendemos por parto la expulsión del feto y sus anexos a través de la vagina. Se considera parto normal al que ha transcurrido dentro de unos límites de duración y evolución, que se consideran fisiológicos. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que una evaluación integral y respetuosa. La evolución del parto está influida no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, culturales y ambientales ⁽²⁹⁾.

B. CESÁREA

a. Definición

Es una intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan el parto vaginal. Consiste en la apertura del útero y posterior extracción de su contenido ⁽³⁰⁾.

b. Tipos de cesárea

Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- **Primera:** Es la que se realiza por primera vez.
- **Iterativa:** Es la que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas ⁽¹⁵⁾.

Según indicaciones

- **Urgente:** Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- **Electiva:** Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

Según técnica quirúrgica.

Corporal o clásica: La incisión es vertical, se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico uterino invasor, embarazo pre término, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo ⁽³⁰⁾.

- **Segmento corporal (Tipo Beck):** La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior ⁽³⁰⁾.

- **Segmento arciforme (Tipo Kerr).** Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior, tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, la formación de la cicatriz uterina es muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias ⁽³⁰⁾.

C. PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESÁREA

a. Definición

Se refiere a cualquier mujer que ha experimentado una cesárea previa que planea tener un parto vaginal en lugar de una cesárea electiva. Aunque el útero tiene un mayor riesgo de ruptura en una mujer que ha tenido una cesárea, la mayoría de las veces el parto vaginal es posible, siendo seguro tanto para la madre como para el feto ⁽³³⁾.

Cuando se logra el parto vaginal después de una cesárea conlleva menos riesgos en comparación con un parto por cesárea programado. Intentar un trabajo de parto teniendo una cesárea previa tiene varios resultados positivos: ⁽³⁴⁾.

- No implica cirugía abdominal.
- Período más breve de recuperación.
- Menor riesgo de infección.
- Menor pérdida de sangre.

Además, evita problemas asociados con tener varios partos por cesárea, como histerectomía, lesión en los intestinos o la vejiga y ciertos problemas con la placenta ⁽³⁵⁾.

b. Criterios para selección

– **Puntaje de FLAMM:** En 1997 Flamm, publica en su estudio el score predictivo para parto vaginal, el cual mide cinco variables:

- ❖ Edad materna menor de 40 años (2 puntos)
- ❖ Presencia de parto vaginal previo (4 puntos)
- ❖ Razón para la primera cesárea, diferente a falla de progresión del parto (1 punto)
- ❖ Borramiento cervical al ingreso: >75 % (2 puntos), 25 a 75% (1 punto), <25% (0 punto),
- ❖ Dilatación al ingreso de 4 cm o más (1 punto)

Un aumento del puntaje se correlacionó con mayor probabilidad de parto vaginal posterior a cesárea. Es así como un puntaje de 0 a 2 significa 49% parto vaginal, y un puntaje de 8 a 10, 95% parto vaginal ⁽³⁶⁾.

– **Prueba de trabajo de parto:** Es un Test estresante o prueba de tolerancia a las contracciones. Es una prueba excelente para evaluar la reserva funcional fetal. Está basada en el conocimiento de que cada contracción uterina produce una disminución del gasto sanguíneo en el espacio intervilloso de la placenta con un descenso transitorio en la presión parcial de oxígeno fetal.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia debe ofrecerse una prueba de trabajo de parto a casi todas las mujeres con cesárea previa e incisión transversal baja, dado que la mayor parte de ellas son candidatas a un parto vaginal. Asimismo, los resultados señalan que entre el 60-80% de las pruebas de parto después de una cesárea concluyen en un parto vaginal satisfactorio, incluso en presencia de una indicación recurrente para la cesárea previa ⁽³²⁾.

En mujeres que cursan con un embarazo a término y antecedentes de una cesárea, la inducción del parto tiene un riesgo mínimo de ruptura uterina y va en relación con el fármaco utilizado, la tasa es de 1.1% con oxitocina, 2% con análogos de prostaglandinas E2 y 6% con análogos de prostaglandina E1. Derivado de lo anterior se recomienda que se informe a las pacientes, que el usar prostaglandinas para la inducción del trabajo de parto conlleva a un mayor riesgo de ruptura uterina y que dicha inducción que se lleva a cabo con oxitocina puede considerarse una alternativa más segura ⁽³³⁾.

La morbilidad materna es siempre mayor cuando fracasa el intento de parto vaginal que en la cesárea electiva, pero siempre es menor en el parto vaginal que en la cesárea. Por tanto, aunque no existe un consenso generalizado, se requiere una adecuada selección de las pacientes candidatas para intentar una prueba de trabajo de parto vaginal ⁽³³⁾.

➤ **Criterios de elección:**

- Una o dos cesáreas transversales bajas previas.

- Pelvis clínicamente adecuada sin desproporción pélvica-fetal.
- Ninguna otra cicatriz uterina con acceso a cavidad.
- Infraestructura adecuada para el control del parto y realización de una cesárea urgente si fuera preciso.

➤ **Contraindicaciones absolutas:**

- Incisión uterina clásica previa o en “T”.
- Complicaciones quirúrgicas en la cesárea previa tales como desgarros cervicales extensos.
- Cirugía uterina transfúndica.
- Cirugía uterina previa con acceso a cavidad.
- Ruptura uterina previa.
- Complicaciones médicas u obstétricas que impidan el parto vaginal.
- Estrechez pélvica.
- Imposibilidad de realizar una cesárea urgente por falta de medios o personal ⁽³²⁾.

D. COMPLICACIONES

La cesárea, cuando está justificada médicamente resulta muy eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal y sin beneficios para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro ⁽³⁷⁾.

a. Complicaciones maternas:

La realización reiterada de cesáreas está exponiendo a más mujeres a nuevos problemas de salud, como la inserción anormal de la placenta, que en la segunda cesárea alcanza un 40 % de los casos y a partir de la tercera supera el 60 %, representando un mayor riesgo de muerte materna por hemorragia⁽³⁷⁾. También puede causar infecciones, lesiones y otras complicaciones, siendo la mayor de éstas, la muerte materna.

Una de las complicaciones más preocupantes es la ruptura uterina, que consiste en el desgarro de la cicatriz uterina de la cesárea anterior, ésta ocurre en raras ocasiones, sin embargo, es peligrosa y pone en riesgo la vida de la madre como del bebé.

- **Ruptura Uterina:** La ruptura uterina, es la complicación, más grave de una prueba de trabajo de parto o después de una cesárea en menos de 1% y depende del tipo de incisión previa e intervalo intergenésico (<de 18 meses)⁽³⁸⁾. Se define como la completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales en la cavidad uterina peritoneal y requiere de una cesárea de emergencia o de una laparotomía. Sin embargo es una complicación rara después de un parto, o después de una cesárea previa pero está asociada al aumento de la mortalidad y morbilidades maternas y perinatales ⁽³⁸⁾.

- **Dehiscencia:** Es una discontinuidad incompleta del miometrio, con la capa serosa intacta, no compromete el peritoneo y no hay vaciamiento de su contenido. Es más probable que sea asintomática ⁽³⁸⁾.

- **Ruptura incompleta:** Es la apertura de la cicatriz uterina con expulsión de su contenido y sin compromiso del peritoneo ⁽³⁸⁾.
- **Ruptura completa:** Afecta a todas las capas del útero, incluso al peritoneo, de modo que hay comunicación entre las cavidades uterina y abdominal; requiere intervención operatoria⁽³⁸⁾. Es considerada como la complicación obstétrica más grave debido a su alta morbilidad materna y fetal.

Los signos más comunes que se presentan son anormalidades de la Frecuencia cardiaca fetal (FCF). Un patrón de FCF con desaceleraciones sutiles variables puede evolucionar rápidamente a desaceleraciones tardías, bradicardia y tonos cardiacos fetales no detectables. El dolor uterino o abdominal ocurre con más frecuencia en el área de la incisión previa y puede variar de moderado a “desgarrador” en naturaleza. Las contracciones uterinas pueden disminuir en intensidad y frecuencia, y la pérdida del descenso de la presentación es diagnóstica. El sangrado vaginal o intra abdominal puede dar como resultado ansiedad, inquietud, debilidad, mareo, hematuria profusa, dolor en los hombros, y choque. Cualquiera de estos hallazgos en una paciente que se esté sometiendo a una prueba de trabajo de parto post-cesárea justifica que se realice rápidamente una laparotomía. La condición del feto depende de la severidad de la ruptura y su relación con la placenta y el cordón umbilical. Si el feto ha sido expulsado de la matriz o hay una compresión completa del cordón, los resultados no son siempre favorables. En la mayoría de los casos, el útero puede repararse. En otros, la hemorragia

por la extensión de la ruptura hacia el ligamento ancho o un daño uterino extenso requiere histerectomía ⁽³⁹⁾.

- **Hemorragia Post Parto (HPP):** La hemorragia post parto es la principal causa de mortalidad y morbilidad obstétrica extrema a nivel mundial, se considera hemorragia postparto si se presenta algunas de las siguientes situaciones: pérdida sanguínea de más de 500ml en el parto vaginal o más de 1 000ml en la cesárea, o menor pérdida sanguínea con signos de choque, pérdida de todo el volumen sanguíneo en 24 horas, sangrado mayor a 150ml/min, pérdida del 50% del volumen en 20 minutos y descenso del hematocrito mayor o igual al 10% ⁽³⁹⁾.

Se clasifica en:

Primaria: Es aquella que ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto. Aproximadamente el 70% de las HPP inmediatas obedecen a la atonía uterina ⁽³⁹⁾.

Secundaria: Es aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto. Las que ocurren posterior a las 6 semanas se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos ⁽³⁹⁾.

El mejor tratamiento de la HPP es su prevención. Aunque los factores de riesgo solo aparezcan en 1/3 de los casos, la prevención de la HPP se ha de hacer en todos los partos. Se ha demostrado que el manejo activo del alumbramiento reduce el riesgo de HPP en >40%, reduce la pérdida media de sangre y el alumbramiento prolongado (placenta no expulsada tras 30 minutos del nacimiento), sin afectar al recién nacido, aunque con algún efecto secundario para la madre si se administra ergometrina

(hipertensión, náuseas, vómitos). La cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal ^(40,41).

- **Desgarros perineales:** Son lesiones que se producen en las partes blandas del canal del parto afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, y vagina). Son considerados una de las principales causas de morbilidad en la mujer durante la atención del parto ⁽⁴⁰⁾.

Los síntomas que reportan las mujeres son persistentes hasta ocho semanas después del parto, está comprobado que un desgarro o una episiotomía mal reparada puede producir efectos adversos a corto plazo entre ellos se incluyen: hemorragia, formación de hematomas, dolor perineal, infección, formación de abscesos, fístula y dispareunia, como también a largo plazo: prolapso genital, disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal ⁽⁴²⁾.

Los desgarros perineales se clasifican en cuatro según los tejidos comprometidos: ⁽⁴²⁾.

Desgarro de primer grado: Laceración superficial que afecta la piel perineal y mucosa vaginal, pero sin comprometer los músculos subyacentes ⁽⁴³⁾.

Desgarro de segundo grado: Involucran además de piel y mucosa vaginal, a los músculos del cuerpo perineal, pero sin comprometer el esfínter externo del ano ⁽⁴³⁾.

Desgarro de tercer grado: Además involucra al esfínter externo del ano pero no afectan la mucosa rectal ⁽⁴³⁾.

Desgarro de cuarto grado: Se afecta además la mucosa rectal ⁽⁴³⁾.

- **Anemia:** Desde el punto de vista fisiológico se denomina anemia cuando la masa de eritrocitos circulantes es insuficiente para mantener el adecuado transporte de oxígeno a los tejidos, causando hipoxia tisular; sin embargo clínicamente se define como disminución de la hemoglobina útil por debajo de los niveles fisiológicos determinados para la edad, género, embarazo y residencia ⁽⁴⁴⁾. La anemia posparto es un problema frecuente en todo el mundo, y en la mayoría de los casos se auto resuelve en la primera semana ⁽⁴⁵⁾. Pero también puede ser una complicación grave y conllevar un riesgo incrementado de complicaciones infecciosas. En los países pobres, la anemia posparto condiciona un aumento de la morbilidad y es una de las causas principales de mortalidad materna. Las complicaciones durante el parto producen anemia e infertilidad a millones de mujeres. La hemorragia intraparto y posparto puede ocasionar anemia grave, que contribuye a la morbilidad crónica. La anemia aumenta el riesgo de muerte en casos de hemorragia y, cuando es grave, puede derivar en una falla cardíaca en las mujeres. La anemia en puérperas, según la concentración de hemoglobina se clasifica en ⁽⁴⁶⁾:
 - Anemia Leve:** Concentración de hemoglobina de 11 a 11.9 g/dl.
 - Anemia Moderada:** Concentración de hemoglobina de 8 a 10.9 g/dl.
 - Anemia Severa:** Concentración de hemoglobina < de 8 g/dl.
- **Complicaciones infecciosas:** Son la principal causa de morbilidad asociada a la cesárea, siendo esta última el factor de riesgo más importante de infección materna posparto. La cesárea tiene entre 5 y 20

veces más riesgo de infección que el parto vaginal. Las complicaciones infecciosas después de una cesárea incluyen: fiebre, infección de la herida operatoria y del tracto urinario, endometritis, bacteriemia e infecciones severas (absceso pélvico, tromboflebitis pélvica séptica y shock séptico). Factores como la cesárea emergente, duración del parto, ruptura de membranas, estado socioeconómico, número de tactos vaginales, monitorización interna, infecciones del tracto urinario, anemia, pérdida hemática severa, obesidad, diabetes, técnica quirúrgica y experiencia del cirujano están involucradas en la incidencia de tal complicación.

- **Muerte materna:** Es la muerte de una mujer resultado de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente, pero no por causas accidentales o incidentales ⁽³³⁾.

El riesgo de muerte materna por cesárea es seis veces mayor al del parto vaginal y los problemas relacionados a la anestesia son la principal causa de mortalidad; la tasa actual de mortalidad por cesárea es menor de 1 en 1000 ⁽⁴⁷⁾.

El parto vaginal después de una cesárea puede producir morbilidad y mortalidad materna por complicaciones que incluyen la ruptura uterina, hemorragia, tromboembolismo e infección. Los estudios demuestran que la ruptura uterina puede ocurrir antes, durante e incluso después del

trabajo de parto. La ruptura uterina puede causar mortalidad materna y/o fetal. La morbilidad materna es menor en las mujeres con un PVPC exitoso anterior y es mayor en aquellas con un PVPC fallido anterior ⁽⁴⁸⁾.

En ocasiones es difícil evaluar si la muerte materna tras la cesárea se debe a la intervención o a la causa que motivó la misma, sobre todo si la causa fue una enfermedad materna que impedía el parto vía vaginal (diabetes mellitus complicada, preeclampsia, alteración cardíaca o renal⁽⁴⁸⁾).

Actualmente, gracias a los progresos en las técnicas anestésicas, a la disponibilidad de una profilaxis antibiótica eficaz y a las técnicas para reposición de volemia, las complicaciones que conllevaban con mayor frecuencia a la mortalidad materna (complicaciones anestésicas, infecciones y hemorragias) son mucho menos frecuentes ⁽⁴⁹⁾.

b. Complicaciones neonatales:

A todas las mujeres con embarazo a término y con antecedente de cesárea, que tienen la intención de optar por una prueba de parto, se les debe informar lo siguiente: El riesgo de mortalidad neonatal es mayor y el riesgo de que el neonato desarrolle taquipnea transitoria del recién nacido es menor, cuando se compara con la cesárea de repetición. ⁽⁵⁰⁾.

- **Apgar bajo:** En 1952, la Dra. Virginia Apgar ideó un sistema de puntuación para la evaluación rápida y sencilla del estado clínico del recién nacido al 1 minuto de vida, posteriormente se empezó a valorar a los 5 minutos con fines pronósticos de mortalidad a corto y mediano plazo, así un puntaje de 7 o más determina buenas condiciones del

neonato: a menor puntaje mayor deterioro. Los parámetros evaluados por el score de Apgar son 5, son fáciles de identificar: Frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta a estímulos y color de piel. Se evalúan en base a una tabla de puntuación, donde se asigna un puntaje de 0 a 2 ⁽⁵¹⁾.

El score de Apgar es una de las herramientas más usada para la evaluación del recién nacido. Su utilidad radica, según la Academia Americana de Pediatría; en indicar el momento para tomar acción rápida y oportuna si se requiere de una reanimación neonatal, un score de Apgar bajo a los cinco minutos y mayor aun si ambas puntuaciones son bajas en el primer y quinto minuto está asociado a muerte o parálisis cerebral. El score de Apgar es utilizado a nivel mundial por su utilidad y fácil manejo. ⁽⁵¹⁾.

Funciones:

El test de Apgar valora al recién nacido y su en su transición a la vida extrauterina. El valor menos de 7 puntos de un Apgar en el intervalo de 1° al 5° minuto es un indicador eficaz para la reanimación. Un valor de del test de Apgar menos de 3 a los 5° minutos se asocia a la mortalidad perinatal. Un estudio indicó que los valores del test de Apgar bajo a los 5 minutos estaba asociado a muerte o parálisis cerebral, aumentando esta asociación si los valores del test a 1° y 5° minuto eran bajos. Monitorizar los valores de Apgar bajos puede ser útil para mejorar la calidad de las intervenciones en el servicio obstétrico. ⁽⁵⁰⁾.

Un puntaje de **10-7** se considera que el recién nacido está en buenas condiciones.

El puntaje de **6-4** representa depresión moderada se considera que el recién nacido no se está adaptando adecuadamente por lo que necesita maniobras para ayudarlo.

El puntaje de **3-0** representa depresión severa se considera que el recién nacido necesita reanimación ⁽⁵²⁾.

- **Líquido amniótico meconial:** La presencia de líquido amniótico meconial se asocia con mayor morbilidad perinatal, generalmente en relación directa con la densidad del meconio. Siendo el meconio un líquido verde estéril viscoso constituido por secreciones intestinales, bilis, ácidos biliares, moco, jugo pancreático, desechos celulares, líquido amniótico, vernix caseosa, lanugo y sangre deglutidos Al ser eliminado al líquido amniótico puede teñirlo de verde y modificar su densidad dependiendo de la cantidad que se expulse y del volumen de líquido en el que se diluya. La presencia de meconio en el líquido amniótico no siempre supone la existencia de un estado de compromiso fetal pues se considera relativamente normal, pero existen algunos factores que estimulan la eliminación patológica de meconio. Así entonces la presencia del líquido amniótico meconial se asocia con mayor morbilidad perinatal, que va desde una hipoxia, hasta la muerte del mismo ⁽⁵³⁾.

El líquido amniótico con meconio se encuentra en un 10 al 20% de todos los nacimientos; se presenta en 5 a 30% en recién nacidos de término y

postérmino, entre el 2 al 10% desarrollan síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial. La mortalidad asociada es del 4 al 40%.⁽⁵³⁾.

- **Trauma obstétrico:** Son aquellas lesiones producidas en el feto a consecuencia de fuerzas mecánicas (compresión, tracción) durante el trabajo de parto. Dichas lesiones no son siempre evitables y pueden ocurrir a pesar de un óptimo manejo del parto.

En la evaluación de un recién nacido con una lesión obvia por “trauma de parto” habrá que descartar que tenga alguna otra lesión asociada menos evidente. Hay que tener cuidado en especial al valorar a un neonato que ha requerido resucitación en la sala de partos⁽⁵³⁾.

Lesiones: Las “lesiones de parto” más frecuentes en la cabeza son el caput succedáneum y el cefalohematoma.

El caput succedáneum: Es una colección serosanguinolenta subcutánea y extraperióstica. Tiene los bordes mal definidos, se acompaña de edema y suele extenderse cruzando las líneas de sutura. La piel puede presentar equimosis y hematomas a ese nivel. Una forma especial es el caput asociado a la aplicación de ventosa que es más prominente, con bordes más definidos inicialmente, erosiones y laceraciones superficiales. Rara vez se complican, resolviéndose en pocos días sin tratamiento.⁽⁵³⁾.

El cefalohematoma: Es una hemorragia traumática subperióstica que afecta más frecuentemente al parietal. Su incidencia se estima en un 2,5% de los nacidos vivos. Es muy raro en los nacidos antes de las 36 semanas. Generalmente es unilateral (95%) y sus márgenes no rebasan los límites de las suturas. No suelen ser aparentes hasta algunas horas e incluso días

después del parto. La piel de la zona no aparece afectada. Puede haber una fractura lineal subyacente (5-20%). Su evolución es hacia la resolución espontánea en 1-2 meses con calcificación residual ocasional⁽⁵³⁾.

- **Fractura de clavícula.** La clavícula es la que se fractura más frecuentemente en relación con el parto. Su incidencia es de alrededor del 3% de los recién nacidos, aunque en el 40% de los casos el diagnóstico se hará tras el alta del hospital. Se diferencian en 2⁽⁵³⁾:

No desplazadas o en tallo verde: Es la más frecuente, asintomática y se diagnostica por aparición del callo de fractura alrededor del 7º día de vida.

Desplazadas: Producen disminución del movimiento del brazo del lado afectado, reflejo de Moro incompleto y crepitación (signo de la tecla). El pronóstico es muy bueno con resolución en 2 meses mediante inmovilización ligera.

- **Distocia de hombros:** Es el fallo en la salida del tronco fetal, que precisa maniobras obstétricas adicionales para la extracción de los hombros fetales, durante el parto vaginal, una vez que la tracción moderada de la cabeza hacia abajo ha fallado⁽⁵³⁾.
- **Sufrimiento fetal:** La hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los

casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio, es necesario el criterio clínico del médico gineco obstetra quien principalmente en los casos de preeclampsia, oligohidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, para tomar la decisión más apropiada ⁽⁵⁴⁾.

- **Distrés respiratorio:** Es sinónimo de dificultad respiratoria y comprende una serie de entidades patológicas que se manifiestan con clínica predominantemente respiratoria, consistente, de forma genérica, en aleteo nasal, tiraje sub e intercostal, retracción xifoidea y bamboleo tóraco abdominal. En conjunto, esta patología constituye la causa más frecuente de morbimortalidad neonatal y su gravedad va a estar en relación con la causa etiológica y la repercusión que tenga sobre los gases sanguíneos. Para el diagnóstico suele ser de gran ayuda, con frecuencia definitiva, el estudio radiológico del tórax, en relación con los antecedentes y la exploración clínica.

Distrés respiratorio leve también denominado distrés transitorio es la forma más frecuente de dificultad respiratoria en el recién nacido (37%). Clínicamente se manifiesta por taquipnea y retracciones leves que están presentes desde el nacimiento. No se observan signos de infección y la clínica se normaliza al cabo de 6-8 horas sin necesidad de administrar oxígeno suplementario. La radiografía de tórax es normal. La etiología no está aclarada aunque se piensa que pueda ser una forma atenuada de Taquipnea Transitoria del recién nacido o mala adaptación pulmonar ⁽⁵³⁾.

- **Taquipnea transitoria del recién nacido:** Esta entidad fue descrita por primera vez en 1966 por Avery y Cols ⁽⁵⁵⁾. Es un desorden auto limitado del parénquima pulmonar caracterizado por edema pulmonar secundario a una reabsorción y clearance disminuido del líquido pulmonar fetal. Se denominó también “pulmón húmedo”, “distrés respiratorio inexplicable del recién nacido”, y más recientemente, “mala adaptación pulmonar”. Predomina en el neonato a término, pero también se puede observar, con cierta frecuencia, en el pretérmino límite nacido por cesárea. Se estima una incidencia de 11 % nacidos vivos y supone el 32% de los cuadros de Distrés respiratorio neonatal. Es una alteración leve y auto limitada aunque estudios recientes sugieren que pudiera ser un factor.

- **Muerte neonatal:** Es la muerte del nacido vivo en cualquier momento de los primeros 28 días de vida extrauterina

El periodo neonatal, es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano. En esta se dan los mayores riesgos para su sobrevivencia; muerte, enfermedades, complicaciones, secuelas. Ello será un factor decisivo en la calidad de vida del individuo, en su desarrollo físico, neurológico y mental, condicionando su futuro. La oportunidad de supervivencia del recién nacido está influenciada por factores maternos, ambientales, sociales, genéticos, así como la oportunidad y calidad de la atención médica recibida. La mortalidad neonatal es un indicador que evidencia el nivel de desarrollo que tiene la atención prenatal y del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio ⁽⁵⁶⁾.

Muerte neonatal precoz: Es la muerte del producto dentro de los primeros 7 días de vida extrauterina ⁽⁵⁶⁾.

Muerte neonatal tardía: Es la muerte del producto después del 7mo día pero antes del 29 día de vida extrauterina ⁽⁵⁶⁾.

3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

a) **Vía de culminación del parto:**

Es canal por donde se produce el parto, entendido por la expulsión del feto y anexos ovulares, por vía vaginal (parto vaginal), o por vía abdominal (parto por cesárea) ⁽³³⁾.

b) **Parto vaginal:**

Trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a - 42^a semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica ⁽³³⁾.

c) **Parto por cesárea:**

Es la intervención quirúrgica por la que se realiza la extracción de un feto a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina ⁽³⁰⁾.

d) **Parto vaginal post cesárea:**

Es el éxito de una prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior en centros que dispongan de los recursos humanos y materiales suficientes para disminuir el índice de cesáreas a repetición ⁽³³⁾.

e) Trabajo de parto:

El trabajo de parto es un diagnóstico clínico caracterizado por contracciones uterinas regulares, dolorosas, con la asociación de que el incremento en su frecuencia e intensidad produce modificaciones progresivas en el borramiento y dilatación cervical ⁽³²⁾.

f) Prueba de trabajo de parto después de una cesárea:

Es el procedimiento obstétrico a que se somete una parturienta con cesárea previa con relación cefalopélvica límite y mediante su vigilancia y conducción sin riesgo materno, tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, venciendo obstáculos previstos y presumiblemente franqueables ⁽³²⁾.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

Según la planificación para la toma de datos, el estudio fue de tipo retrospectivo, porque se recolectó información de las historias clínicas ya existentes ⁽⁵⁷⁾.

Según el análisis, la intervención y el alcance de los resultados el estudio fue descriptivo y observacional, ya que no existió intervención alguna, por parte de los investigadores, solo se evaluó el problema de acuerdo a la ocurrencia natural de los hechos ⁽⁵⁷⁾; y por la intención para demostrar la diferencia significativa entre dos grupos, la investigación fue comparativa.

El enfoque de esta investigación, corresponde al tipo cuantitativo, puesto que se fundamentó en la medición objetiva de las complicaciones del parto

vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en base a instrumentos existentes y validados ⁽⁵⁷⁾.

4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño empleado en el presente estudio, fue el diseño no experimental porque no se manipuló las variables de estudio y de corte transversal porque se estudió las variables en un solo momento ⁽⁵⁷⁾.

4.3 UNIVERSO O POBLACIÓN

El estudio se realizó en el Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto”, ubicado en el distrito de Supe, provincia de Barranca, departamento de Lima.

La población objetiva estuvo conformada por todas las pacientes con diagnóstico de parto vaginal post cesárea (69) y diagnóstico de cesárea iterativa (166) en el Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” en el período 2016 - 2017, con un total de 235 Historias clínicas. Para la elección de los elementos muestrales (unidad de análisis), se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

a. Criterio de Inclusión:

- Pacientes con parto vaginal post cesárea a término.
- Pacientes con cesárea iterativa a término.
- Pacientes con antecedente de cesárea previa de tipo segmentaria.
- Pacientes con pelvis ginecoide.
- Pacientes con feto único en presentación cefálica.
- Pacientes con período intergenésico mayor o igual a dos años.
- Pacientes con usencia de patología materna y/o fetal diagnosticada antes del inicio de trabajo de parto.

b. Criterio de Exclusión:

- Pacientes con indicación absoluta de cesárea.
- Pacientes con cesárea previa de tipo corporal clásica.
- Pacientes con antecedentes de cirugía uterina previa distinta a cesárea.
- Pacientes con presentaciones o situaciones fetales anómalas.
- Pacientes con embarazo pretérmino o prolongado.
- Pacientes con antecedentes de rotura uterina.
- Pacientes con embarazo múltiple.

4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA:**4.4.1 UNIDAD DE ANÁLISIS:**

La unidad de análisis, estuvo conformada por cada una de las pacientes con diagnóstico de parto vaginal post cesárea y cesárea iterativa en el Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto”, Barranca.

4.4.2 MUESTRA:

En concordancia con el tipo de investigación, los objetivos y el alcance de las contribuciones que se pretendió hacer con el presente estudio, se usó el muestreo no probabilístico por conveniencia ⁽⁵⁸⁾, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se trabajó con 48 pacientes con diagnóstico de parto vaginal post cesárea y 65 pacientes con diagnóstico de cesárea iterativa, haciendo un total de 113 pacientes.

4.5. INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS:

La recolección de la información se obtuvo usando como instrumento una ficha de recolección de datos (Anexo N° 01), el cual se aplicó a cada una de las pacientes con diagnóstico de parto vaginal post cesárea y cesárea iterativa en el Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto”, Supe, Barranca en el período 2016-2017.

El instrumento está compuesto por tres partes redactadas de acuerdo al problema y a los objetivos de investigación, según se detalla a continuación:

- Primera parte: Vías de culminación del parto. Abarca 2 ítems.
- Segunda parte: Complicaciones del parto vaginal post cesárea. Contiene 2 ítems; cada uno se subdivide en 7 y 4 respectivamente
- Tercera parte: Complicaciones de la cesárea iterativa. Contiene 2 ítems; cada uno se subdivide en 5 y 4 respectivamente

4.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se utilizó el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos, para interpretar la información obtenida extrayendo las conclusiones necesarias.

a) Análisis descriptivo:

Para el Análisis Estadístico e Interpretación de la Información se utilizó el programa estadístico SPSS 21.0, para lo cual una vez confeccionada la base de datos se procedió a realizar el análisis de las variables en estudio a través de tablas bidimensionales y gráficos de frecuencia.

b) Análisis inferencial:

Se aplicó la prueba de diferencia de proporciones para evaluar la existencia de una diferencia significativa entre los resultados de los grupos de parto vaginal post cesárea y cesárea iterativa, así como la prueba de U-Mann Whitney y el Chi Cuadrado para evaluar comparativamente las complicaciones maternas y neonatales.

4.7 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente investigación no afecta ni compromete la moral ni la ética de las pacientes, porque está fundamentada en la normativa vigente internacional: La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, que fue promulgada sobre principios éticos para la investigación médica en seres humanos.

El bienestar de las personas que participan en la investigación debe tener siempre primacía sobre todo los otros intereses (principio N° 6); el principal deber de la investigación médica es proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la integridad y la confidencialidad de la información personal sacada de historias clínicas de las personas que participaron en la investigación (principio N° 11); además este estudio cuenta con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto”. Por ser un estudio comparativo en donde solo se recogieron datos de las historias clínicas de las pacientes, la ficha de recolección de datos no incluye ningún ítem de datos personales que puedan identificarlas directa o indirectamente; la información recolecta solo se usará con fines netamente académicos ⁽⁵⁹⁾.

5. RESULTADOS

5.1 COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL POST CESÁREA Vs. CESÁREA ITERATIVA

Tabla 01. Hemorragia postparto en el parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

Hemorragia Postparto	Tipo de Parto				Total	
	Vaginal Post Cesárea		Cesárea Iterativa			
		N	%	N	%	N
No	47	97.9%	56	86.2%	103	91.2%
Sí	1	2.1%	9	13.8%	10	8.8%
Total	48	100%	65	100%	113	100%

hi-cuadrado: $\chi^2 = 4,736$ $gl = 1$ $p = 0,030$

Se aprecia que el 91.2% (103) de toda la muestra no presentaron hemorragia postparto, el 13.8% (9) de cesárea iterativa presentaron hemorragia postparto, mientras que en el parto vaginal post cesárea solo el 2.1% presentó dicha complicación. Realizando la prueba Chi-cuadrado para determinar si la distribución de la variable aleatoria hemorragia postparto es distinta en los dos tipos de parto, se obtuvo el valor de $\chi^2 = 4.736$ con una probabilidad de $p=0,030$, siendo ésta menor que 0,05 ($p<0,05$), indica que la hemorragia postparto, es menor en el parto vaginal post cesárea que en la cesárea iterativa.

Tabla 02. Infecciones puerperales en el parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa, en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

Infecciones puerperales	Tipo de Parto					
	Vaginal Post		Cesárea		Total	
	Cesárea		Iterativa			
	N	%	N	%	N	%
Infección urinaria	0	0.0%	8	12.3%	8	7.1%
Infección de sitio operatorio	0	0.0%	1	1.5%	1	0.9% (*)
Ninguna	48	100.0%	56	86.2%	104	92.0%
Total	48	100%	65	100%	113	100%

Prueba Chi-cuadrado: $\chi^2 = 7.221$ $gl = 2$ $p = 0.027$

Se observa que el 92.0% (104) de toda la muestra no presentaron infección puerperal. Sin embargo el 12.3% de cesárea iterativa presentó infección urinaria, a comparación del parto vaginal post cesárea que fue 0.0%. Al realizar la prueba Chi-cuadrado, la infección puerperal es distinta en los dos tipos de parto, se obtuvo el valor de $\chi^2 = 7,221$ con una probabilidad de $p=0,027$, siendo ésta menor que 0,05 ($p<0,05$), se concluye que la infección puerperal es significativa en el parto vaginal post cesárea versus la cesárea iterativa.

Tabla 03. Anemia en el parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

Anemia	Tipo de Parto					
	Vaginal Post		Cesárea		Total	
	Cesárea		Iterativa			
	N	%	N	%	N	%
Leve	15	31.3%	43	66.2%	58	51.3%
Moderada	0	0.0%	7	10.8%	7	6.2%
Severa	1	2.1%	2	3.1%	3	2.7%
Ninguna	32	66.7%	13	20.0%	45	39.8%
Total	48	100%	65	100%	113	100%

Prueba U de Mann – Whitney: $U = 789,500$ $p = 0,000$

Se aprecia que el 39.8% (45) de toda la muestra no presentaron anemia. Sin embargo, el 66.2% de cesárea iterativa tuvo anemia leve, a comparación del parto vaginal post cesárea que fue 31.3%; asimismo el 10.8% de cesárea iterativa presentó anemia moderada, mientras que en el parto vaginal post cesárea no se reportó ningún caso (0%). Al realizar la prueba U de Mann-Whitney, para determinar si anemia es distinta en los dos tipos de parto, se obtuvo el valor de $U = 789,500$ con una probabilidad de $p = 0,000$, siendo ésta menor que 0,05 ($p < 0,05$), se concluye que la anemia es significativa en el parto vaginal post cesárea versus la cesárea iterativa.

Tabla 04. Histerectomía en el parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa, en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

Histerectomía	Tipo de Parto					
	Vaginal Post		Cesárea		Total	
	Cesárea		Iterativa			
	N	%	N	%	N	%
No	48	100.0%	64	98.5%	112	99.1%
Si	0	0.0%	1	1.5%	1	0.9%
Total	48	100%	65	100%	113	100%
Prueba Chi-cuadrado: $\chi^2 = 0,745$ $gl = 1$ $p = 0,388$						

Se observa solo un caso de histerectomía presentado en cesárea iterativa (1.5%), al realizar el análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado para determinar si histerectomía es distinta en los dos tipos de parto, se obtuvo el valor de $\chi^2 = 0.745$ con una probabilidad de $p=0,388$, siendo ésta mayor que 0,05 ($p>0,05$), se concluye que la distribución de la complicación histerectomía, no es significativa en el parto vaginal post cesárea versus la cesárea iterativa.

Tabla 05. Desgarro perineal en el parto vaginal post cesárea en el Hospital Laura

Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

Desgarro Perineal	N	%	Porcentaje acumulado
Sin Desgarro	43	89.6%	89.6%
Desgarro I Grado	5	10.4%	0%
Desgarro II Grado	0	0%	0%
Desgarro III Grado	0	0%	0%
Desgarro IV Grado	0	0%	100.0%
Total	48	100%	

Se aprecia que un 10.4% (5) de los partos vaginales post cesárea tuvieron complicación por desgarro perineal de I grado.

• **COMPARACIÓN DE COMPLICACIONES NEONATALES**

Tabla 06. Líquido amniótico meconial en neonatos de parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

Líquido amniótico meconial	Tipo de Parto					
	Vaginal Post		Cesárea		Total	
	Cesárea		Iterativa			
	N	%	N	%	N	%
No	42	87.5%	57	87.7%	99	87.6%
Si	6	12.5%	8	12.3%	14	12.4%
Total	48	100%	65	100%	113	100%
Prueba Chi-cuadrado: $\chi^2 = 0.001$ $gl = 1$ $p = 0.976$						

Se aprecia que el 12.5% de parto vaginal post cesárea presentaron líquido amniótico meconial, a comparación de cesárea iterativa que fue 12.3%, al realizar el análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado para determinar si líquido amniótico meconial es distinta en los dos tipos de parto, se obtuvo el valor de $\chi^2=0.001$ con una probabilidad de $p=0,976$, siendo ésta mayor que 0,05 ($p>0,05$), se concluye que la distribución de la complicación neonatal de líquido amniótico meconial, no es significativa en el parto vaginal post cesárea versus la cesárea iterativa.

Tabla 07. Apgar en neonatos de parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

Puntuación Apgar	Tipo de Parto					
	Vaginal Post		Cesárea		Total	
	Cesárea		Iterativa			
	N	%	N	%	N	%
0 - 3 (5 min.)	0	0%	0%	0%	0%	0%
4 - 6 (5 min.)	1	2.1%	9	13.8%	10	8.8%
≥ 7 (5 min.)	47	97.9%	56	86.2%	103	91.2%
Total	48	100%	65	100%	113	100%

Prueba U de Mann – Whitney: $U = 1376,500$ $p = 0,030$

Se observa que el 13.8% de cesárea iterativa presentó Apgar bajo (4 - 6 en 5 min.), a comparación del parto vaginal post cesárea que solo fue 2.1%

El análisis estadístico mediante la distribución U de Mann-Whitney, calculando **un valor de $U = 1376,500$** y un $p=0,030$, y siendo $p<0,05$, se concluye que las cifras resultan significativas, las dos poblaciones de parto vaginal post cesárea y de cesárea iterativa no son idénticas.

Tabla 08. Complicaciones respiratorias en neonatos de cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

Complicaciones Respiratorias	N	%	Porcentaje acumulado
Sin Complicación	56	86.2%	86.2%
Taquipnea transitoria	9	13.8%	100.0%
Total	65	100%	

Se observa que el 86.2% de los neonatos de cesárea iterativa no presentaron complicación alguna. Asimismo, solo el 13,8% (9) de cesárea iterativa presentaron la complicación respiratoria del neonato correspondiente a taquipnea transitoria.

Tabla 09. Complicaciones maternas y neonatales del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

TOTAL COMPLICACIONES	Tipo de Parto					
	Vaginal Post		Cesárea		Total	
	Cesárea		Iterativa			
	N	%	N	%	N	%
Ninguna	24	50.0%	7	10.8%	31	27.4%
Una	20	41.7%	36	55.4%	56	49.6%
Dos	3	6.3%	14	21.5%	17	15.0%
Tres o más	1	2.1%	8	12.3%	9	8.0%
Total	48	100%	65	100%	113	100%

- **COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Estadísticos de prueba^a

	Total
	Complicaciones
U de Mann-Whitney	795,000
W de Wilcoxon	1971,000
Z	-4,809
Sig. asintótica(bilateral)	0,000

a. Variable de agrupación: Parto

Medidas simétricas			
		Valor	Significación aproximada
Nominal por	Phi	,465	,000
Nominal	V de Cramer	,465	,000
	Coeficiente de contingencia	,422	,000
N de casos válidos		113	

Se aprecia que el 50% de parto vaginal post cesárea no presentó ninguna complicación, a comparación de la cesárea iterativa que fue 10.8%. Asimismo el 12.3% de cesárea iterativa presentaron 3 o más complicaciones, mientras que en el parto vaginal post cesárea solo el 2.1%.

Al realizar el análisis estadístico, mediante la prueba U de Mann-Whitney, se obtuvo el valor de $U=795,000$, con una probabilidad de $p=0,000$; siendo ésta menor que el nivel de significancia 0,05 ($p<0,05$), se concluye que la distribución del total de complicaciones (materna o neonatal) de la población de parto vaginal post cesárea es diferente a la cesárea iterativa. Esto nos indica que las complicaciones están asociadas con el tipo de parto y por lo tanto el grado de asociación entre estas dos variables medida con la **V de Cramer es igual a 0.465 que indica un grado de relación moderada entre las complicaciones y el tipo de parto.**

6. DISCUSIÓN

- Los resultados de la presente tesis. Con respecto al primer objetivo específico orientado a identificar las complicaciones maternas del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa, fueron dados a conocer en la tabla N° 01, 02, 03, y 04, en las cuales se observó que la mayor proporción de complicaciones maternas correspondientes a los dos tipos de parto fue la anemia con un 60.2%, seguido de la hemorragia postparto en un 8.8%, la infección urinaria con 7.1% de los casos y la histerectomía con solo el 0.9% de los casos, cifras similares con respecto a infección de tracto urinario y hemorragia post parto fueron reportados por Curahua con un 7% y 10.1% respectivamente, a diferencia de anemia, que obtuvo un 84.4% ⁽²⁶⁾. Mientras que Morales en su estudio reportó 1.5% de histerectomía ⁽⁶⁾.

Según la tabla N°05, la única complicación materna del parto vaginal post cesárea que se encontró fue el desgarro perineal de primer grado con un 10.4%. A diferencia de Espino que en su investigación realizada en el Perú, reportó un 31% de desgarro perineal ⁽⁸⁾.

- En relación al segundo objetivo específico orientado a determinar las complicaciones neonatales del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa, que fueron dados a conocer en la tabla N° 06 y 07, en los cuales se observó que las complicaciones neonatales más frecuentes en los dos tipos de parto fueron: el líquido amniótico meconial con un 12.4% de los casos seguido del Apgar bajo con un 8.8%, a diferencia de Morales que en su estudio obtuvo 49.5% de líquido amniótico meconial y 3% de Apgar bajo ⁽⁶⁾.

En la tabla N° 08, la única complicación neonatal de la cesárea iterativa que se encontró fue la taquipnea transitoria con un 13.8% de los casos; por el contrario Morales reportó un 5.9% ⁽⁶⁾.

- Con respecto al tercer objetivo específico, comparar las complicaciones maternas en el parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa, fueron dados a conocer en la tabla N° 01, 02, 03 y 04, en las cuales se observa que en el grupo de cesárea iterativa se presentaron como principales complicaciones maternas la hemorragia postparto 13.8%, la infección urinaria 12.3%, anemia severa 3.1%, anemia moderada 10.8% y para el parto vaginal post cesárea 2.1%, 0%, 2.1% y 0% respectivamente. A diferencia de Morales en su investigación realizada en el Perú, encontró que en el grupo de cesárea iterativa se presentaron como principales complicaciones maternas: la hemorragia post parto 2.9%, anemia leve 34.3%, anemia moderada 11.8% y ningún caso de infección del tracto urinario. Para el grupo de parto vaginal post cesárea el 45.8% tuvo anemia leve y el 6.3% anemia moderada ⁽⁶⁾. Por otra parte Curahua en su estudio reportó un 2% de hemorragia post parto y un 4% de infección de tracto urinario ⁽²⁶⁾.

Para el grupo de cesárea iterativa se presentó un caso de histerectomía (1.5%). Mientras que Morales no encontró ningún caso.

En ambos grupos no se reportaron casos de muerte materna como en el estudio de Morales y Espino ^(6, 8).

Por otro lado, es importante mencionar que luego de realizado el análisis estadístico, se demostró una relación significativa de las complicaciones

maternas de la cesárea iterativa con la proporción de ocurrencia de casos ($p < 0,05$).

- En relación al cuarto objetivo específico destinado a comparar las complicaciones neonatales en el parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa, fueron dados a conocer en la tabla N° 06 y 07, en las cuales se evidencia que en el grupo de cesárea iterativa se presentaron como principales complicaciones neonatales el Apgar Bajo 13.8% y líquido amniótico meconial 12.3%; para el grupo de parto vaginal post cesárea: Apgar bajo 2.1% y líquido amniótico meconial 12.5%, Morales reportó cifras diferentes para el grupo de cesárea iterativa Apgar bajo 3% y líquido amniótico meconial 24.5% ⁽⁶⁾. Para el grupo de parto vaginal post cesárea Espino obtuvo el 3% de Apgar bajo y Morales el 25% de líquido amniótico meconial ^(8,6).

Para el grupo de cesárea iterativa se presentó un 13.8% de taquipnea transitoria, estas cifras son diferente a las obtenidas en el estudio realizado por Morales que determinó que el 5.9% sufrió taquipnea transitoria.

En ambos grupos no se reportaron casos de muerte neonatal a diferencia del estudio realizado por Morales, quien reportó un caso de muerte neonatal para el grupo de cesárea iterativa ⁽⁶⁾; mientras que Coaquira reportó dos casos para el grupo de parto vaginal post cesárea ⁽²²⁾.

Es importante señalar que el análisis estadístico demostró que no hay relación significativa de las complicaciones neonatales en el parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa.

Resultados similares fueron reportados por Pantoja en su estudio realizado en el Perú, donde menciona que las complicaciones neonatales no tuvieron diferencia significativa, en cuanto al método de parto ⁽²⁴⁾.

- Los resultados obtenidos en esta investigación sirvieron para comprobar la hipótesis de que las complicaciones de la cesárea iterativa son mayores en comparación a las de parto vaginal post cesárea. En el estudio realizado por Morales mostró que ambas vías de parto son seguras, existiendo la misma proporción de complicaciones para ambos grupos ⁽²⁴⁾.

7. CONCLUSIONES

1. Las principales complicaciones maternas en el grupo de parto vaginal post cesárea fueron: anemia, desgarro perineal y hemorragia post parto; en el grupo de cesárea iterativa fueron: anemia, hemorragia post parto e infecciones puerperales en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.
2. Las principales complicaciones neonatales en el grupo de parto vaginal post cesárea fueron: líquido amniótico meconial y Apgar bajo; en el grupo de cesárea iterativa fueron: Apgar bajo, taquipnea transitoria y líquido amniótico meconial en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.
3. Las complicaciones maternas en su conjunto es menor en el parto vaginal post cesárea que en la cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.
4. La distribución de las complicaciones neonatales en su conjunto es similar en el parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.
5. Dentro de las complicaciones neonatales, la taquipnea transitoria sigue siendo la principal desventaja de que un parto culmine en cesárea.
6. Se presentaron mayores complicaciones maternas y neonatales en la cesárea iterativa que en el parto vaginal post cesárea en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

8. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere la implementación de protocolos de manejo de pacientes con cesárea previa en cada establecimiento de salud, donde se permita dar una oportunidad de parto vaginal a aquellas gestantes que cumplan con las condiciones necesarias y que no presenten contraindicaciones; teniéndose en cuenta las ventajas como menor estancia hospitalaria y menor gasto económico.
2. Se recomienda a todos los profesionales de Obstetricia informar y concientizar a las gestantes con cesárea previa sobre la posibilidad de un parto vaginal post cesárea, explicarles los riesgos y beneficios de ésta y las de una cesárea iterativa desde la etapa prenatal.
3. Se propone a las autoridades de los establecimientos de salud, el desarrollo e implementación de planes de capacitación para el personal de Gineco obstetricia sobre la atención de pacientes con cesárea previa a fin de prevenir las complicaciones maternas y neonatales.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud .Tasas de cesárea. [serial online]. 2015. [citado 8 de Mayo 2018]. Disponible en: URL: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
2. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. England. 2004; 351(25): 2581-9.
3. Pérez AM, Álvarez SE, García LS, Vilouta RM, Doval CJ. Roturas uterinas completas. Ginecología y Obstetricia. 2013; 81:716- 726.
4. Ochoa R. Manejo de la paciente con una cesárea anterior. [Tesis Licenciatura]. Honduras: Universidad Autónoma de Honduras; 2005.
5. Cragin B. Conservatism in obstetrics. New York Med J. 1916; 104:1
6. Morales D. Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa, Instituto Nacional Materno Perinatal. [Tesis Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
7. Bustos D. Factores asociados a complicaciones en pacientes post cesareadas del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. [Tesis Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
8. Espino E. Complicaciones materno neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa. [Tesis Licenciatura] Lima: Universidad Norbet Wiener; 2017.

9. Puig I, Corbalan S, Oliva R. Parto Vaginal Tras Cesárea Anterior. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Obst. y Ginec. España; 2013.
10. Núñez M, Orquiola L, Aparicio C. Prevalencia de Parto Vaginal en Pacientes con Cesárea Previa. Rev. Nac. (Itauguá) 2010; 2(2): 30-34.
11. Ministerio de Salud. Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina de Estadística e Informática: Boletín Estadístico. [serial online]. 2017 [citado 6 de Noviembre 2018]. Disponible en: URL: file:///C:/Users/JOSUE/Downloads/BOLETIN_2017.pdf
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Practice Bulletins. Obstetrics and Gynecology. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington; 1998.
13. Barra H. Manual de Obstetricia y Perinatología. [Ed. EFACIM] 2008; Cap 5.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington DC; 2004. Bulletin N° 54.
15. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto vaginal tras cesárea Protocolos Asistenciales en Obstetricia; 2010.
16. Santiesteban J, Sánchez M, Leyva L. Parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto de Supe. Lima; 2010; 3(2):222-230.
17. Ruiz S. Incidencias y consecuencias de la cesárea iterativa. España: Revista Latina de Perinatología. 2018; 21 (1): (48).
18. Hernández L. Complicaciones obstétricas en gestantes con cesáreas previas. [Tesis Licenciatura] Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2016.

19. San Martín M., Parto vaginal tras cesárea. [Tesis Licenciatura] España: Universidad de Valladolid; 2016.
20. Leal M. Resultados obstétricos y neonatales de pacientes secundigestas con antecedente de cesárea. Acta médica. Costa Rica.2010; Vol 52 (1).
21. Núñez M. Prevalencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa. Artículo Científico. Paraguay; 2010.
22. Coaquira C. Caracterización de la gestante con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal. [Tesis Licenciatura] Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2017.
23. Caldas M. Factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa. [Tesis Maestría] Lima: Universidad Alas Peruanas; 2016.
24. Pantoja D. Eficacia del parto por cesárea comparado con parto vaginal en gestantes con Preeclampsia severa según complicaciones maternas y neonatales. [Tesis de Licenciatura] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
25. Pérez M. Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2015.
26. Curahua L. Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015
27. Urquiza Y. Frecuencia del parto vaginal en pacientes con cesárea previa y sus principales complicaciones materno perinatales. [Tesis de Licenciatura]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2014.

28. Sáenz C. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones maternas neonatales. Revista científica. Lima; 2010.
29. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia Schwarcz. 6ta edición. Editorial El Ateneo. Vol. 6. Latinoamérica; 2005. Pag. 431-432.
30. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento técnico de cesárea. México D.F. 2002.
31. Sociedad española de ginecología y obstetricia. Protocolos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos En obstetricia. Parto vaginal tras cesárea; 2012.
32. Guía de práctica clínica. Parto después de una cesárea. Instituto mexicano del seguro social; 2013.
33. Sociedad española de ginecología y obstetricia. Protocolos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos En obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. España; 2010.
34. The American College of Obstetricians and Gynecologists. La atención durante el trabajo de parto, el parto y el postparto. [Citado 18 de mayo] Disponible en: URL: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Parto-vaginal-despues-de-un-parto-cesarea>
35. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Parto vaginal después de cesárea (PVDC), Guía Perinatal [Citado 3 de Junio]. Disponible en: URL: <http://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/parto-vaginal-despus-de-cesarea>
36. Flamm B., Geiger A: Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. Obstet Gynecol 1997; 90: 907-10.

37. Declaración de Bremen de Mucio. Centro Latinoamericano de Perinatología de la OPS/OMS. [Citado 4 de Junio]. Disponible en: URL: <http://www.jornada.unam.mx/2015/04/11/sociedad/030n2soc>
38. Eden KB, McDonagh M, Denman MA, Marshall N, Emeis C, Fu R, Janik R, et al. New insights on vaginal birth cesarean. Can it be predicted? *Obstet Gynecol.* 2010;116 (4):967-81.
39. Parto después de una cesárea. Evidencias y recomendaciones. Guía de práctica clínica IMSS-605-13. México 2013.
40. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Citado 6 Junio 2018] Disponible en: URL: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-0716864014706492>
41. Aller Pagés JG. *Obstetricia Moderna*. 3 ed. 3era edici. Mc GrawHill, editor. Vol. 3. Interamericana; 2014. [Citado 10 de Junio de 2018] Disponible en: URL: <https://books.google.com.pe/books?id=P6KCAAAACAAJ&dq=Obstetricia+Moderna&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwib0OmKtKLXAhUDDZAKHTkBA5MQ6AEIJTAA>
42. Abril F. y cols. Factores de Riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2007 [Citado 10 de junio 2018] Disponible en: URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n2/v60n2a04.pdf>
43. González J. Procedimiento específico desgarros perineales 3º y 4º grado. diagnóstico, tratamiento y seguimiento. [Citado 15 de junio 2018] Disponible

en: URL: file:///C:/Users/ROMERO/Downloads/PE-OBS-29_DESGARROS_PERINEALES.pdf

44. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L. Obstetricia de Williams. 22° ed. México: McGraw-Hill; 2006. p. 695-721.
45. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2007; 66(1).
46. Ministerio de Salud. Norma Técnica - Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia En Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas 2012.
47. Echais J. Cesárea, experiencia en el hospital de Oxapampa. Rev Peru Ginecol y Obstet 2014. [Citado 15 de junio 2018] Disponible en: URL: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/365/336>
48. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Parto vaginal después de cesárea (PVDC), Guía Perinatal. 2015 [citado 18 de junio de 2018] Disponible en: URL: <http://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/parto-vaginal-despus-de-cesarea>
49. Manrique G, Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. 2009 [citado 18 de junio 2018] disponible en: URL:[http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf)
50. Instituto mexicano del seguro social dirección de prestaciones médicas. Parto después de una cesárea Unidad de Atención Medica, [citado 20 de junio de 2018] Disponible en: URL: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/605GRR.pdf>

51. Espinoza J, Sufrimiento Fetal, Rev. Chilena Pediatría 44(6) 523-529 [Citado 20 de junio del 2018] Disponible en: URL: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v44n6/art02.pdf>
52. Torres D. Factores de riesgo asociados a score de APGAR bajo en el servicio de Neonatología del Hospital de Ventanilla. Perú. 2016.
53. Agila A. Líquido amniótico y Síndrome Aspirativo en recién nacidos atendidos. [Tesis de Licenciatura]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2013.
54. Gálvez E., Tasa de incidencia de cesáreas. [Tesis de Licenciatura]. Callao: Universidad Nacional de San Marcos; 2014.
55. Whitsett JA, Pryhuber GS, Rice WR, Warner BB, Wert SE. Trastornos respiratorios agudos. En: Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG (eds). Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido. 5ª ed. esp. Editorial Médica Panamericana. Madrid; 2001. p. 487-510.
56. Ministerio de Salud. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos. 2012 [Citado 22 de junio del 2018] Disponible en: URL:http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad_neonatal11_12.pdf
57. Gordis L. Epidemiology, Philadelphia USA: W.B, Oxford: Oxford University Press; 1996.
58. McMillan, J. H., Schumacher, S. Research in education: A conceptual introduction (5a ed.). 2001.
59. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2019 [Citado 08 de enero del 2019] Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion->

de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-
en-seres-humanos/

ANEXOS



ANEXO N° 01:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL POST CESÁREA VERSUS
CESÁREA ITERATIVA EN EL HOSPITAL LAURA ESTHER RODRÍGUEZ
DULANTO, SUPE, BARRANCA, 2016 - 2017.”**

Fecha: N° asignado:

I. VÍAS DE CULMINACIÓN DEL PARTO

1.1. Parto vaginal post cesárea

- a) Sí
b) No

1.2. Cesárea iterativa

- a) Sí
b) No

II. COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL POST CESÁREA

2.1. Complicaciones Maternas

2.1.1. Rotura uterina

- a) Sí
b) No

2.1.2. Hemorragia postparto

- a) Sí
b) No

2.1.3. Desgarro perineal

- a) Desgarro I grado
b) Desgarro II grado
c) Desgarro III grado
d) Desgarro IV grado
e) Ninguna

2.1.4. Infecciones puerperales

- a) Endometritis
b) Infección urinaria
c) Ninguna

2.1.5. Anemia

- a) Leve
- b) Moderada
- c) Severa
- d) Ninguna

2.1.6. Histerectomía

- a) Sí
- b) No

2.1.7. Muerte materna

- a) Sí
- b) No

2.2. Complicaciones Neonatales

2.2.1. Trauma obstétrico

- a) Sí
- b) No

2.2.2. Líquido amniótico meconial

- a) Sí
- b) No

2.2.3. Apgar

- a) 0 – 3
- b) 4 – 6
- c) \geq a 7 a los 5 min

2.2.4. Muerte neonatal

- a) Sí
- b) No

III. COMPLICACIONES DE LA CESÁREA ITERATIVA

3.1. Complicaciones maternas

3.1.1. Histerectomía

- a) Sí
- b) No

3.1.2. Hemorragia postparto

- a) Sí
- b) No

3.1.3 Infecciones puerperales

- a) Infección de sitio operatorio
- b) Endometritis
- c) Infección urinaria
- d) Ninguna

3.1.4. Anemia

- a) Leve
- b) Moderada
- c) Severa
- d) Ninguna

3.1.5. Muerte materna

- a) Sí
- b) No

3.2. Complicaciones neonatales

3.2.1. Complicaciones respiratorias

- a) Taquipnea transitoria
- b) Síndrome de distrés respiratorio
- c) Ninguna

3.2.2. Líquido amniótico meconial

- a) Sí
- b) No

3.2.3. Apgar

- a) 0 – 3
- b) 4 – 6
- c) \geq a 7 a los 5 min

3.2.4. Muerte neonatal

- a) Sí
- b) No



ANEXO N° 02:

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

El instrumento para la recolección de datos de la investigación, será validado por jueces o expertos, la validación consta de ocho aspectos que se describen a continuación:

1. El instrumento persigue los fines de los objetivos generales.
2. El instrumento no persigue los fines de los objetivos específicos.
3. La hipótesis es atingente (atingencia: conexión, relación de una cosa con otra), al problema y a los objetivos planteados.
4. El número de los ítems que descubre cada dimensión es el correcto.
5. Los ítems están redactados correctamente.
6. Los ítems despiertan ambigüedades en el entrevistado/encuestado.
7. El instrumento que se va a aplicar llega a la comprobación de la hipótesis.
8. La hipótesis está formulada correctamente.

LEYENDA

DA: De Acuerdo

ED: En Desacuerdo

PUNTUACIÓN

1

0

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	TOTAL
I	1	1	1	1	1	1	1	1	8
II	1	1	1	1	1	0	1	1	7
III	1	1	1	1	1	1	1	1	8
IV	1	1	1	1	1	0	1	1	7
V	1	1	1	1	1	0	1	1	7
TOTAL	5	5	5	5	5	2	5	5	37

ANEXO N° 03:

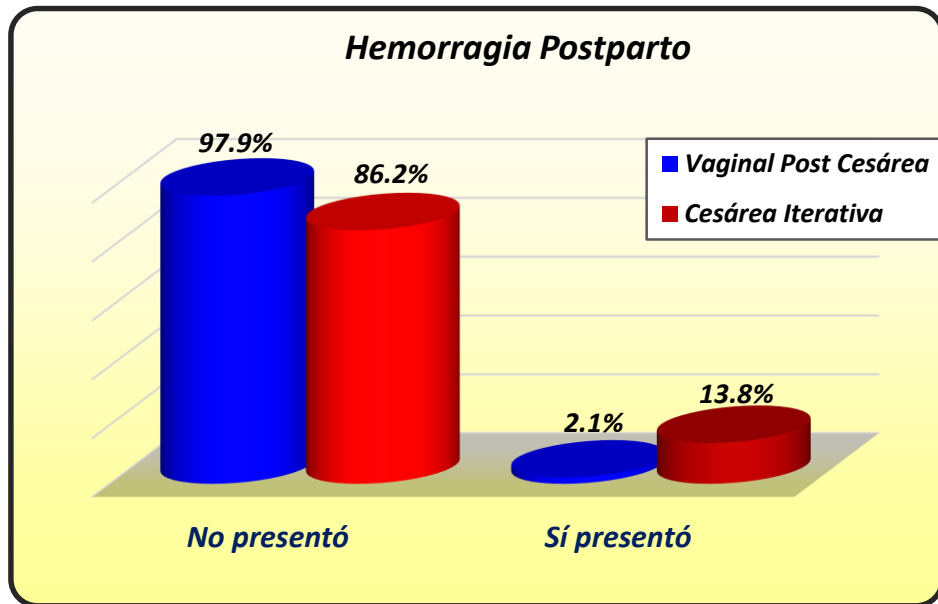
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Realizado el cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante el Coeficiente, se obtuvo como resultado un instrumento de investigación confiable, según se detalla a continuación:

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basados en los elementos tipificados	N de elementos
,875	,810	13

ANEXO N°04



F

Figura 01. Hemorragia postparto en el parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa, en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe,

Barranca, 2016-2017.

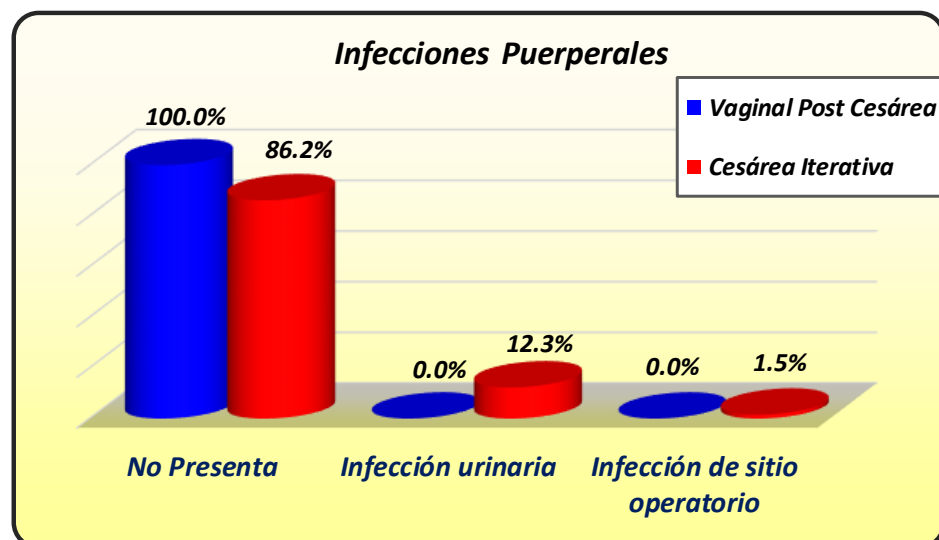


Figura 02. Infecciones puerperales en el parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa, en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto,

Supe, Barranca, 2016-2017.

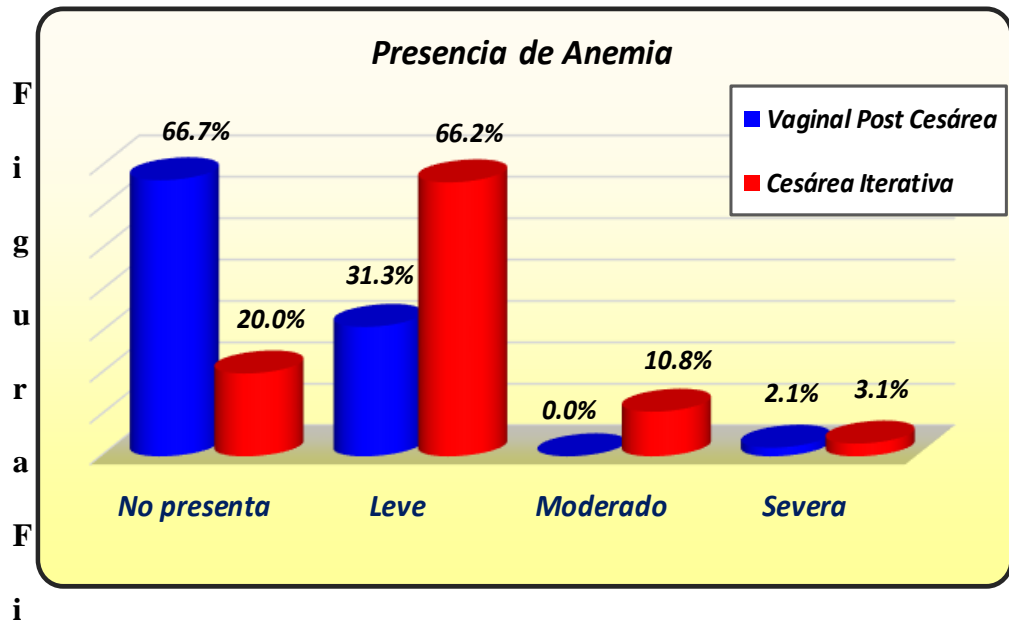


Figura 03. Anemia en el parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

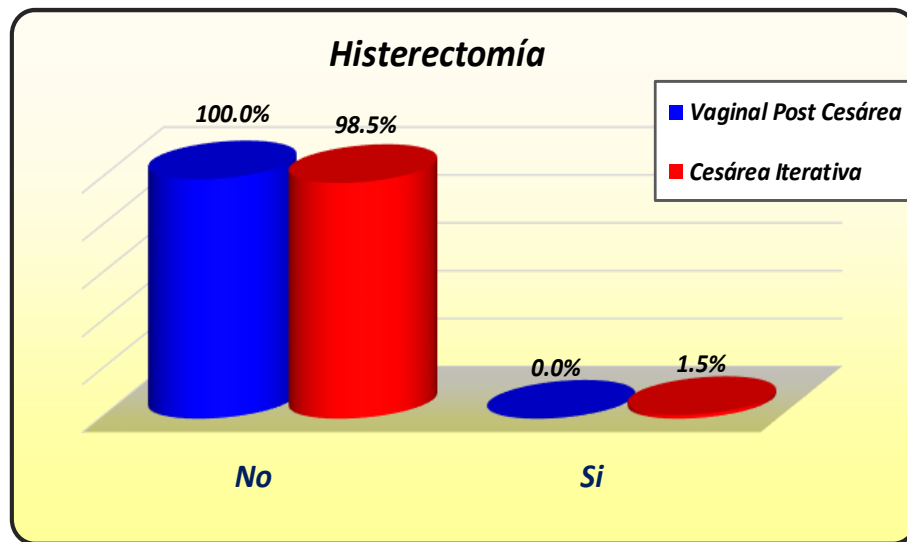


Figura 04. Histerectomía en el parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa, en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

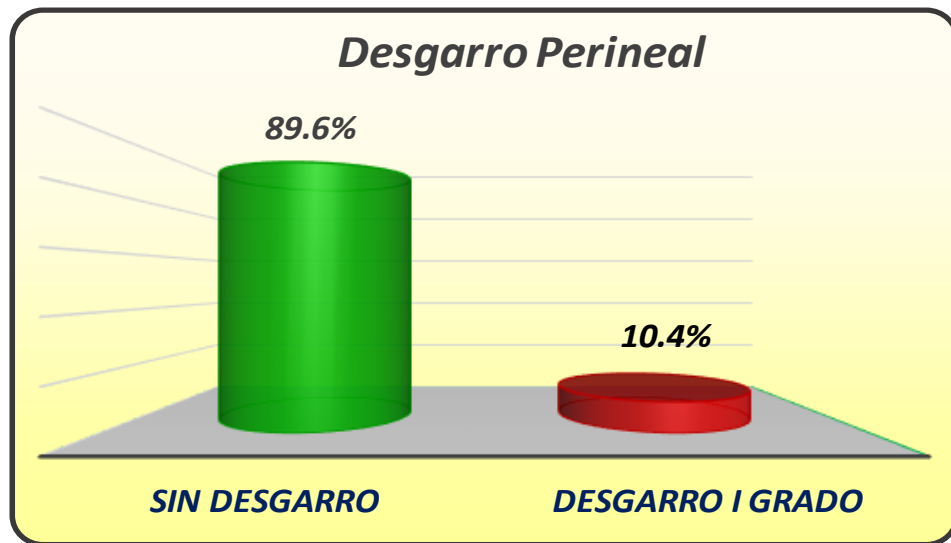


Figura 05. Desgarro Perineal en el parto vaginal post cesárea en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

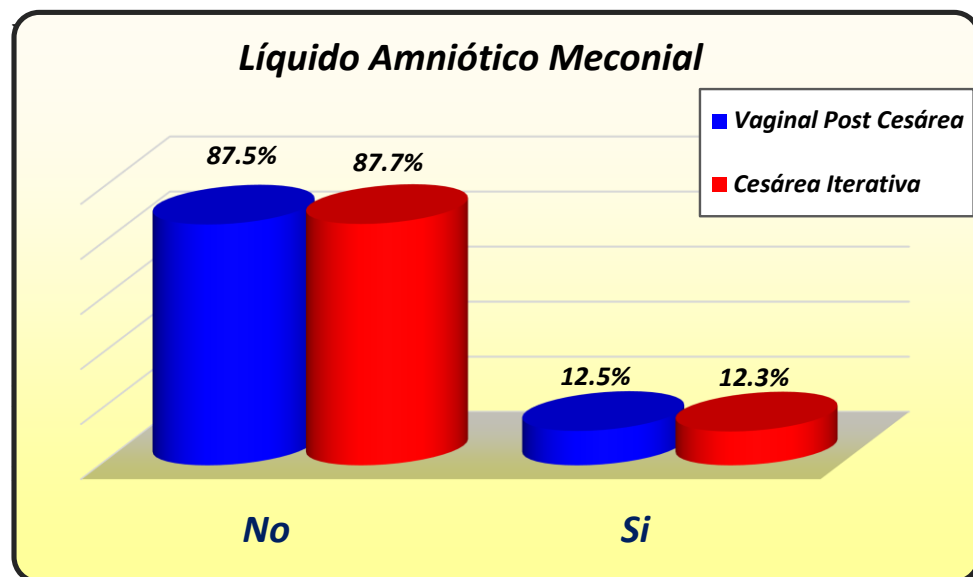


Figura 06. Líquido amniótico meconial en neonatos de parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa, en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

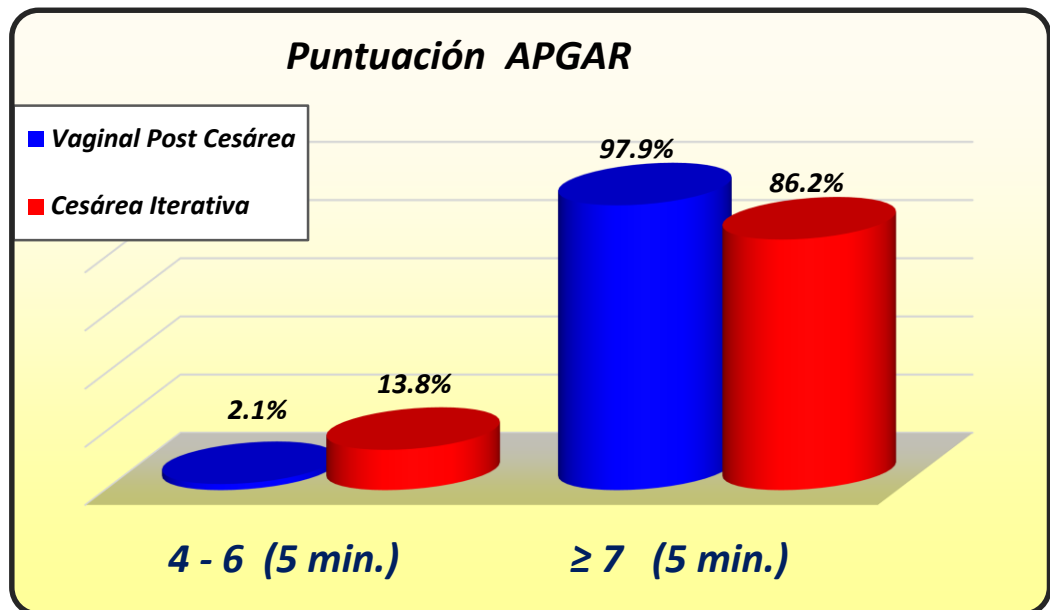


Figura 07. Apgar en neonatos de parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.



Figura 08. Complicaciones Respiratorias en neonatos de cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.

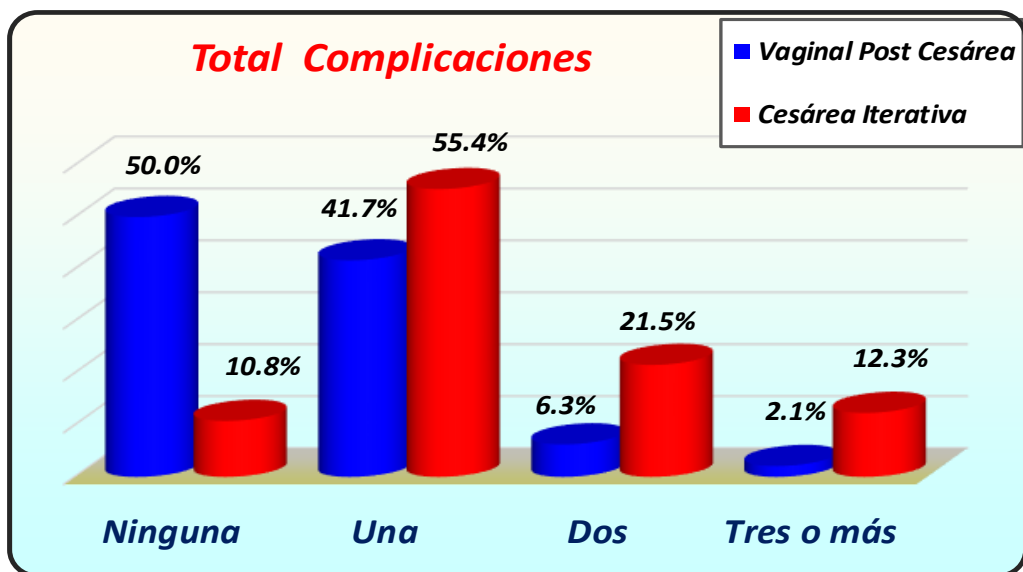


Figura 09. Complicaciones maternas y neonatales del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017.