



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRIZ**

TEMA

**PARTO VAGINAL POST-CESÁREA, RIESGOS-BENEFICIOS EN
PACIENTES ATENDIDAS EN HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO
PERIODO ENERO-JUNIO 2019**

AUTORES:

MARÍA JOSÉ BARRETO

KATRIANA MEJIA

TUTOR

DR. HUGOLINO ORELLANA

Babahoyo – Lo Ríos – Ecuador

Tabla de contenidos

Tabla de contenidos	2
Índice de Tablas	5
Índice de Gráficos	6
DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTO.....	8
RESUMEN:	9
ABSTRACT:	10
TEMA	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I	13
1. PROBLEMA	13
1.1 Marco contextual.....	13
1.1.1. Contexto Internacional	13
1.1.2 Contexto Nacional.....	14
1.1.3. Contexto Regional.....	16
1.1.4. Contexto Local o Institucional.	16
1.2 Situación Problemática	17
1.3 Planteamiento del Problema.....	18
1.3.1 Problema General	18
1.3.2 Problemas Derivados.....	18
1.4 Delimitación del problema.....	19
1.5 Justificación	20
1.6 Objetivos.....	21
1.6.1 Objetivo General	21
1.6.2 Objetivos Específicos	21
CAPÍTULO II	22
2. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1 Marco Teórico.....	22
Parto vaginal después de cesárea	22
2.1.1 Marcos conceptuales	37

2.1.2 Antecedentes Investigativos.....	40
2.2 Hipótesis	43
2.2.1 Hipótesis General.....	43
2.2.2. Hipótesis Específicas	43
2.3 Variables.....	44
2.3.1 Variable Independiente	44
2.3.2 Variable Dependiente.....	44
2.3.2 Operacionalización de variables	45
CAPÍTULO III	46
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
3.1 Método de investigación	46
3.2 Modalidad de la investigación.....	46
3.3 Tipo de investigación	46
3.4 Técnicas e Instrumentos.....	47
3.4.1 Técnicas.....	47
3.4.2 Instrumentos	48
3.5 Población y Muestra de investigación.....	48
3.5.1 Población	48
3.5.2. Muestra	48
3.6 Cronograma del Proyecto	50
3.7 Recursos.....	51
3.7.1 Recursos Humanos.....	51
3.7.2 Recursos Económicos.....	51
3.8 Plan de Tabulación y análisis	53
3.8.1 Base de Datos.....	53
3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos	53
CAPITULO IV.....	54
4. Resultados de la Investigación.....	54
4.1. Resultados obtenidos de la Investigación.....	54
4.2. Conclusiones	69
4.4 Recomendaciones.	70
CAPITULO V	71
5. PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN	71
5.1. Título de la propuesta de aplicación	71

5.2 Antecedentes.....	71
5.3 Justificación	74
5.4 Objetivos.....	75
5.4.1 Objetivo General	75
5.4.2 Objetivos Específicos	75
5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación.....	76
5.5.1 Estructura general de la propuesta	77
5.5.2. Componentes.....	79
5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación	80
5.6.1. Alcance de la Alternativa.....	81
Referencias Bibliográficas.....	82
ANEXOS	87
Anexo 1: Matriz de consistencia	87
Anexo 2: Formulario de recolección de información	88
Anexo 3: Consentimiento informado.....	89
Anexo 4. Base de datos con información de historias clínicas	90

Índice de Tablas

Tabla 2.1: Matriz de operacionalización de variable.....	45
Tabla 3.2: Cronograma del Proyecto.....	50
Tabla 3.3: Nombre del personal que participará en el trabajo investigativo	51
Tabla 3.4: Costo del Material de investigación	51
Tabla 3.5: Costo de Servicios.....	52
Tabla 3.6: Costo Total de la Investigación	52
Tabla 5.7: Actividades a realizar según el profesional de salud.....	78

Índice de Gráficos

GRAFICO 1	54
GRAFICO 2	55
GRAFICO 3	56
GRAFICO 4	57
GRAFICO 5	58
GRAFICO 6	59
GRAFICO 7	60
GRAFICO 8	61
GRAFICO 9	62
GRAFICO 10	63
GRAFICO 11	64
GRAFICO 12	65
GRAFICO 13	66
GRAFICO 14	67
GRAFICO 15	68

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo se lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerzas para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros queridos padres: Charles y Elke; y José y Adela, por ser un pilar fundamental en nuestras vidas, por nunca dejar de motivarnos y confiar en que todo lo que deseamos lo podemos lograr con esfuerzo y dedicación.

María José Barreto Macías
Katriana Ladic Mejía Maldonado

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos la fortaleza para alcanzar nuestras metas y cumplir nuestros sueños, por guiarnos y bendecirnos a lo largo de nuestra vida universitaria y no dejarnos desfallecer en momento difíciles.

Gracias a nuestros padres por confiar y creer en nosotras, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años de carrera, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos.

María José Barreto Macías
Katriana Ladic Mejía Maldonado

RESUMEN:

En los últimos años ha sido motivo de controversia la interrogante de la vía del nacimiento en embarazos de mujeres con antecedentes de cesárea. Dicho debate se ha dirigido principalmente a la seguridad relativa del nacimiento por vía abdominal con respecto al vaginal en presencia de una cicatriz uterina.

De tal manera en esta investigación desarrollará un estudio de enfoque descriptivo, observacional y comparativo, con el objetivo de demostrar cuales son las ventajas y desventajas entre un parto vaginal post cesárea y la cesárea iterativa.

De acuerdo, al estudio realizado Se trabajó con 118 mujeres con antecedentes de una cesárea previa, de las cuales 62 fueron PVPC y 56 de cesárea iterativa, comparamos ambos grupos desde distintos parámetros, donde pudimos darnos cuenta que existe una gran ventaja de éxito en mujeres que tuvieron su parto vaginal post cesárea, reduciendo así las complicaciones que se suscitaron en las pacientes de cesárea iterativa.

Palabras claves: parto vaginal post cesárea, cesárea iterativa, complicaciones, cicatriz uterina previa.

ABSTRACT:

In recent years, the question of the birth route in pregnancies of women with a history of caesarean section has been a matter of controversy. This debate has mainly been directed towards the relative safety of abdominal birth with respect to the vaginal route in the presence of a uterine scar.

In this way, this research will develop a descriptive, observational and comparative study, with the aim of demonstrating what are the advantages and disadvantages between post-caesarean vaginal delivery and iterative caesarean section.

According to the study carried out, we worked with 118 women with a history of a previous caesarean section, of which 62 were PVPC and 56 of iterative caesarean section, we compared both groups from different parameters, where we could realize that there is a great advantage of success in women who had their post-caesarean vaginal delivery, thus reducing the complications that arose in patients with iterative caesarean section.

Keywords: post-caesarean vaginal delivery, iterative caesarean section, complications, previous uterine scar.

TEMA
“PARTO VAGINAL POST-CESÁREA, RIESGOS-BENEFICIOS EN
PACIENTES ATENDIDAS EN HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO
PERIODO ENERO-JUNIO 2019”

INTRODUCCIÓN

Las tasas de parto por cesárea están aumentando gradualmente en todo el mundo, tanto en los países desarrollados como en los no desarrollados. La reducción de las tasas de Cesárea se ha convertido en una prioridad para varias autoridades sanitarias de todo el mundo, lo que podría haber contribuido a la estabilización en la tasa de cesáreas que ha sido reportada recientemente en algunos países. La cicatriz uterina anterior es la indicación única más común para la cesárea repetida, la que contribuye a casi un tercio de todos los partos por cesárea.

El número creciente de mujeres con una cesárea previa es un asunto urgente y aquellos encargados de la formulación de políticas de salud deberían prestar mucha atención. La evidencia actual también sugiere que las mujeres que se someten a cesárea repetida tienen un riesgo significativamente mayor de morbilidad materna y perinatal en comparación con las mujeres que tienen su parto por vía vaginal después de cesárea.

En Ecuador la tasa de cesárea iterativa se mantiene alta entre las mujeres con un historial de cesárea previa, por lo que es necesario que se cuenta con información local que muestre la realidad de la práctica del parto posterior a cesárea en un ámbito más cercano a la realidad de la práctica de rutina en la atención obstétrica.

Por este motivo a continuación se presenta la propuesta para la realización de un trabajo de investigación que pretende comparar los resultados obtenidos del parto vaginal después de cesárea con los que se producen con la cesárea repetida en una ciudad como la de Milagro, donde por lo menos en la práctica privada la tasa de cesárea puede llegar a constituir las tres cuartas partes de los nacimientos

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA

1.1 Marco contextual

1.1.1. Contexto Internacional

La tasa de cesárea es un problema de salud pública en todo el mundo, ya que hasta 1 de cada 10 mujeres en el mundo tiene su alumbramiento de esta manera pudiendo ser en algunos países de hasta 1 de cada 4. La tendencia mundial para la cesárea es en aumento con un promedio anual creciente del 4.4%, con tasas en países desarrollados, en América Latina y el Caribe que llegan hasta el 40.5%, hasta el 19.2% en Asia. Las tasas de cesárea también pueden variar en un mismo país. (Betrán et al., 2016; Boerma et al., 2018; Wilson, Sivanesan y Veerasingham, 2019)

El aumento de la tasa de cesárea ha resultado inevitablemente en una población de mujeres con un historial obstétrico de esta intervención y la consiguiente necesidad de que estas mujeres tomen decisiones complejas sobre el modo de nacimiento después de cesárea en embarazos posteriores (OMS, 2015). (Boerma et al., 2018).

El parto vaginal después de la cesárea está disminuyendo, a pesar de la evidencia de que esta es una opción segura para la mayoría de las mujeres y hasta tres de cada cuatro pueden tener éxito. (Denham, Humphrey, deLabrusse y Dougall, 2019; Shinar, Agrawal, Hasan y Berger, 2019; Xing, Qi, Wang y Yang, 2019)

Las políticas y las pautas profesionales apoyan la búsqueda de las preferencias y la toma de decisiones de las mujeres que se comparten con el médico clínico sobre el modo de nacimiento después de la CS. (Fonseca, Rodriguez y Maya Salazar, 2019; Habak y Kole, 2019)

La evidencia sugiere que estas variaciones están asociadas con las actitudes y preferencias profesionales al presentar a las mujeres información sobre el modo de nacimiento después de una cesárea, la capacidad de las mujeres para que se respalde su toma de decisiones individual y las normas de cada centro de atención de maternidad. (Li et al., 2019)

La creciente tasa de CS también puede tener un impacto en la experiencia de los obstetras menos veteranos en el asesoramiento y el manejo en el parto de mujeres que intentan el parto vaginal después de una cesárea (Lyckestam Thelin, Lundgren y Nilsson, 2019).

1.1.2 Contexto Nacional.

La OMS sugiere que se practique únicamente el 15% de intervenciones de ese tipo, pero el país registra el 50,62%. Las cifras del Ministerio de Salud Pública (MSP) revelan que los registros de nacimientos mediante esta vía representan el 50,62% y se realizan mayoritariamente en los hospitales y clínicas privadas. Esto equivale al 79,71 % del total (año 2014). El menor porcentaje de nacimientos por este tipo de alumbramientos se concentra en los establecimientos del MSP: 35,09 %. (TELEGRAFO, 2016)

La exministra de Salud, Carina Vance, emitió el Acuerdo Ministerial 5283 en agosto de 2015, para la racionalización estas prácticas quirúrgicas en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. (TELEGRAFO, 2016)

El artículo 5 de esta norma vigente señala que en caso de que el profesional, luego de evaluar a la gestante, decida que la terminación del embarazo debe realizarse por cesárea, “justificará la razón de esta decisión, la cual deberá describir en la historia clínica de la paciente”. En dicho historial constarán los factores o diagnósticos de la decisión que se tomó y se señalará cuál de ellos es el más importante. (TELEGRAFO, 2016)

Además debe consignar si se trató de un procedimiento de urgencia o programado. El galeno informará al anestesiólogo y al neonatólogo/pediatra los diagnósticos que motivan la operación cesárea. Y detallará a la paciente los riesgos y beneficios del procedimiento. Finalmente, la parturienta firmará un documento de consentimiento informado. (TELEGRAFO, 2016)

Hernández informa que existen indicaciones absolutas y no absolutas: la primera ocurre cuando está en riesgo de morbilidad o mortalidad el binomio madre-hijo (cuando se da el caso de que el feto está colocado en una situación transversa, embarazos múltiples o desprendimiento placentario); y en la segunda debe analizarse el caso (preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional descompensada, malformación fetal y falta de progreso en el trabajo de parto durante su fase activa). (TELEGRAFO, 2016)

1.1.3. Contexto Regional.

La provincia del Guayas tiene un promedio aproximado de 65.739 de mujeres embarazadas, según las cifras del INEC 2016, ubicándola entre las provincias con mayor porcentaje de natalidad en el país.

1.1.4. Contexto Local o Institucional.

En el hospital León Becerra del Cantón Milagro lugar donde se llevará a cabo el proyecto de investigación, existe una gran demanda de mujeres con cirugía uterina previa, por este motivo la investigación es de suma importancia, para reducir el alto índice de cesárea repetidas e innecesarias, de esta manera las gestantes podrían someterse a un parto vaginal con éxito siempre y cuando se cumpla con los criterios necesarios para obtener un alumbramiento sin complicaciones.

1.2 Situación Problemática

En el hospital León Becerra de la ciudad de Milagro, a partir de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud se ha incrementado el número de parto vaginales después de cesárea y se ha implementado con más rigurosidad los criterios de pertinencia de cesáreas emitidas en la resolución 00005283 para normar la realización de cesárea emitida el 14 de agosto de 2015 emitida por el Ministerio de Salud.

Sin embargo, la aplicación relativamente reciente de la norma no ha sido aún evaluada en el medio o se ha realizado muy poco, tras cumplirse aproximadamente 5 años a partir de su expedición es necesario realizar un estudio sobre los resultados de esta indicación ya que actualmente solo se cuenta con información procedente de realidades geográficas, étnicas, raciales, socioeconómicas y culturales diferentes a la del Ecuador.

Esta falta de estudio determina que no se pueda entregar a las gestantes que optan por una u otra opción de parto información basada en realidades cercanas. Tampoco el personal de salud cuenta con información producida en la práctica de rutina, la práctica “real” que permita contar con datos que confirmen si la recomendación de la práctica de parto vaginal después de cesárea es una conducta obstétrica segura, mucho más si se considera que existen aún muchas controversias con informes que apoyan una u otra vía del parto atribuyéndole una o varias complicaciones o beneficios.

1.3 Planteamiento del Problema

1.3.1 Problema General

¿Cuáles son los Riesgos y Beneficios del parto vaginal Post Cesárea en pacientes atendidas en el hospital León Becerra periodo Enero - Junio 2019?

1.3.2 Problemas Derivados

¿Cuál es el porcentaje de eventos de riesgo en las pacientes que tienen un parto vaginal post-cesárea frente a una sometida a cesárea iterativa?

¿Cuáles son los beneficios que obtienen las pacientes de parto vaginal post cesárea frente a una sometida a cesárea iterativa?

1.4 Delimitación del problema

El proyecto de investigación se enmarca dentro de los lineamientos establecidos por la Universidad Técnica de Babahoyo:

- **Área de Investigación:**
Hospital León Becerra Camacho del Cantón Milagro
- **Tiempo:**
1 de enero a 30 de junio de 2019
- **Universo:**
Puerperas con una cirugía uterina previa
- **Contenido:**
Atención del embarazo, parto y puerperio: Atención del parto

1.5 Justificación

El propósito principal de este proyecto de investigación es analizar y dar a conocer cuáles son los riesgos y beneficios del parto vaginal post-cesárea, para así poder crear conciencia de que esta, conlleva menos riesgos y más beneficios que la cesárea repetida tanto para las gestantes como para los neonatos atendidos en el hospital León Becerra de la ciudad de Milagro.

De esta forma poder disminuir el índice de cesáreas innecesarias, ya que conforme pasan los años los embarazos juveniles y las altas prevalencias de cesáreas se han convertido en un problema de salud pública. Por lo que este proyecto de investigación también ayudará a que el especialista en Ginecología y Obstetricia tenga mejores elementos de juicios para proponer a las pacientes con antecedentes de una cesárea previa un parto vaginal.

Ya que el fin de esta investigación es que las gestantes no tengan como preferencia una cesárea iterativa, sin tener en cuenta las complicaciones que esta involucra, para que de esta manera tomen mejores decisiones respecto la vía de finalización del embarazo tanto para embarazos actuales o posteriores, peor aún si esto involucra embarazos juveniles.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Analizar el riesgo y el beneficio asociado a la atención del parto vaginal post-cesárea en el hospital León Becerra Camacho, dentro del periodo Enero-Junio 2019.

1.6.2 Objetivos Específicos

- Establecer la frecuencia de eventos riesgos y beneficios presentes en las mujeres que concluyeron su parto por vía vaginal y por cesárea iterativa
- Comparar los eventos de riesgo y beneficios entre los partos vía vaginal y la cesárea iterativa.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Teórico

Parto vaginal después de cesárea

El parto vaginal después de cesárea (PVDC), es el término aplicado a las mujeres que se someten a un parto vaginal después de un parto por cesárea en un embarazo anterior. Los pacientes que desean un PVDC se someten a una prueba de parto (PTP), si bien la PTP es una práctica aceptable, generalmente segura, las posibles complicaciones graves incluyen la rotura uterina o la dehiscencia con morbilidad materna o neonatal asociada. (Krizman et al., 2019).

Los profesionales de salud que atienden a pacientes con cesárea previa deben conocer y ser capaces de aconsejar a los pacientes con respecto a los riesgos y beneficios de intentarla, los factores que afectan la probabilidad de un parto vaginal exitoso y conocimientos sobre el manejo intraparto de los pacientes que se someten a PTPDC (Krizman et al., 2019).

Etiología

A medida que la tasa de partos por cesárea ha aumentado, también lo ha hecho la cantidad de pacientes que quedan embarazadas y que han tenido una cesárea en un embarazo anterior. Los pacientes pueden someterse a un PVDC, ya sea como un procedimiento planificado o producto de un parto de emergencia (Kiwani y Qahtani, 2018).

Epidemiología

Desde 1970, la tasa de partos por cesárea ha aumentado dramáticamente de 5% en 1970 a 30% en 2005. La tasa de partos por cesárea alcanzó en 2009 un 32.9% y fue de 31.9% en 2016. A principios de la década de 1970, cuando las tasas de partos por cesárea empezaron a elevarse por primera vez más allá de la recomendación de la OMS. En general, los servidores médicos creían que si una paciente había tenido una cesárea, debería dar a luz a todos los futuros neonatos por esta vía (Habak y Kole, 2019; Mu et al., 2018)

Esto hizo que los profesionales de la salud comenzaran a cuestionar el dictamen, "una vez por cesárea, siempre por cesárea", y posteriormente, el número de pacientes que se sometieron a un parto con PVDC comenzó a aumentar. Como resultado, desde mediados de la década de 1980 hasta mediados de la década de 1990, se alentó a los PVDC y se observó un aumento en este tipo de partos junto con una disminución concomitante en la tasa de parto por cesárea. (Habak y Kole, 2019; Mu et al., 2018) .

Entre 1985 y 1995, la tasa de PVDC aumentó en más del 20% con una disminución asociada en las tasas de cesárea. A medida que se hizo más común durante este tiempo, también lo hizo el número significativo de complicaciones que fueron informadas como resultado de esta práctica. Tales complicaciones y los juicios por mala práctica médica que acompañaron estos casos provocaron una disminución en los PVDC (Habak y Kole, 2019; Mu et al., 2018) .

Si bien pueden ocurrir complicaciones en pacientes sometidos a PTPDC (Krizman et al., 2019); sin embargo, los pacientes seleccionados apropiadamente pueden beneficiarse al intentar un parto vaginal en el entorno apropiado. Cuando tiene éxito, el PVDC se asocia con una disminución de la morbilidad materna y un menor riesgo de complicaciones en futuros embarazos. (Habak y Kole, 2019),

Los pacientes que han tenido un PVDC exitoso se benefician evitando las molestias de la recuperación quirúrgica en el período posparto. El aumento en los nacimientos por PVDC también servirá para disminuir la tasa general de partos por cesárea. Más recientemente, se reconoce que a medida que aumenta el número de cesáreas que sufre una paciente, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas significativas. Estas complicaciones incluyen hemorragia postparto masiva, placenta previa y trastornos placentarios relacionados, al evitar múltiples partos por cesárea (Habak y Kole, 2019),

Historia y Examen físico

Todas las pacientes embarazadas deben tener una historia clínica completa y un examen físico en la visita prenatal inicial, así como en el momento del ingreso al trabajo de parto y al parto. La historia debe incluir una historia obstétrica detallada que incluya el año de cualquier embarazo anterior y el resultado del embarazo (aborto, ectópico o parto). Se debe registrar el peso y la edad gestacional del bebé al momento del parto. (Habak y Kole, 2019).

Si los pacientes han tenido complicaciones con embarazos previos, se debe tener en cuenta y describir los detalles pertinentes. En algunos casos, será beneficioso obtener los registros de los proveedores de atención prenatal anteriores o del hospital donde el paciente dio a luz a sus otros bebés (Habak y Kole, 2019).

Con respecto al modo de parto, es importante tener en cuenta si los neonatos previos nacieron por vía vaginal o por cesárea. Para los pacientes que experimentaron un parto quirúrgico previo (ya sea un parto vaginal quirúrgico o una cesárea) se deben anotar los detalles sobre las indicaciones del parto quirúrgico. Idealmente, las notas operativas de cualquier entrega anterior deben obtenerse y una copia disponible en el cuadro del paciente (Habak y Kole, 2019).

Se realiza un examen físico general en un paciente con una cesárea previa. El examen pélvico puede incluir una evaluación de la pelvimetría clínica, Si bien la pelvimetría clínica se realiza con frecuencia, no se ha encontrado que esta evaluación tenga un alto pronóstico de éxito de PVDC o de parto vaginal y no debe utilizarse como un único predictor para determinar si un paciente puede someterse a un ensayo de trabajo de parto (Habak y Kole, 2019).

Para los pacientes que planean una PTPDC un examen pélvico cercano al término puede proporcionar orientación adicional con respecto a la planificación del parto. La maduración del cuello uterino (ablandamiento y borramiento) y la estación baja de la cabeza fetal brindan cierto estímulo para que el paciente tenga más probabilidades de ingresar al parto de manera espontánea. (Habak y Kole, 2019).

Se debe hacer un intento a corto plazo para estimar el peso fetal mediante un examen físico o mediante una evaluación ecográfica. Esta información se debe considerar, pero no se debe usar individualmente para determinar si se debe intentar un estudio de parto, ya que ningún método para determinar el peso al nacer fetal es muy preciso (Habak y Kole, 2019).

Evaluación

Algunas mujeres no serán candidatas para PTPDC. Los pacientes que han tenido una cesárea clásica previa o una incisión previa en la porción contráctil del útero tienen tasas más altas de ruptura uterina y, por lo tanto, una cesárea repetida y planificada es el modo recomendado de parto. Idealmente, los records quirúrgicos de cirugías previas se deben obtener y revisar para una descripción de la incisión uterina previa. (Habak y Kole, 2019).

Debido a que la gran mayoría de las cesáreas se realizan con una incisión uterina baja y transversal, es razonable consultar al paciente acerca de las circunstancias que rodearon su parto. Si la historia no sugiere un escenario en el que hubiera sido probable una incisión vertical, por ejemplo, la cesárea realizada a las 24 semanas cuando es menos probable que se desarrolle el segmento uterino inferior, es razonable permitir la PTP. Se ha encontrado que la tasa de rotura uterina en esta situación es similar a la tasa para pacientes con cesárea transversal anterior (Habak y Kole, 2019).

Del mismo modo, se considera que la tasa de ruptura uterina aumenta a medida que aumenta el número de cesáreas anteriores. Con 1 cesárea anterior, la tasa de ruptura uterina es inferior al 1%; mientras que la tasa es ligeramente más alta con 2 cesáreas previas en 1% a 2%. La mayoría de los profesionales consideran que los pacientes con hasta 2 partos por cesárea anteriores son candidatos a PTPAC, esta recomendación también está respaldada por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (Habak y Kole, 2019).

En general, se considera que los pacientes con otras afecciones que involucran incisión en la parte superior o contráctil del útero no son candidatos para PTPAC, ya que la tasa de ruptura uterina es inaceptablemente alta en estas situaciones. Además de la incisión uterina clásica anterior, tales condiciones incluirían una incisión de tipo "T" o "J" previa al parto por cesárea o incisiones transmiométricas previas para reseca los fibromas uterinos o para facilitar la cirugía fetal abierta. (Habak y Kole, 2019) .

Los pacientes con antecedentes de ruptura uterina también tienen una tasa alta de ruptura uterina y se recomienda un parto por cesárea repetido antes del inicio del trabajo de parto entre las 36 y las 38 semanas de edad estimadas, aproximadamente, entre la 6ª y 7ª semanas (Habak y Kole, 2019) .

Los centros obstetricos que ofrecen PTPDC deben tener la capacidad de realizar una cesárea de emergencia. Si bien la disponibilidad de dichos recursos parece prudente, se ha planteado la preocupación de que este requisito limita a algunos pacientes, como los que viven en áreas rurales, de tener la opción de PVDC (Colais et al., 2018; Koh, Essome, Sama, Foumane y Ebah, 2018).

En el boletín de práctica de ACOG más reciente sobre este tema, se recomendó considerar la remisión de dichos pacientes a sitios capaces de ofrecer PTPDC cuando sea apropiado. También se señaló que con un asesoramiento cuidadoso, algunos pacientes podrían elegir PTPDC incluso en situaciones donde los recursos son limitados (Keedle, Schmied, Burns y Dahlen, 2019) .

La tasa de parto vaginal exitoso después de una cesárea previa se encuentra entre el 60% y el 80%. En general, se piensa que los pacientes con indicaciones no recurrentes de cesárea, por ejemplo, presentación de nalgas, tienen mayor probabilidad de parto vaginal. Los pacientes con parto vaginal previo también tienen mayores tasas de éxito en el parto vaginal. Las calculadoras de estimación de riesgo para PVDC también están disponibles para facilitar la estimación del éxito (Alavifard, Meier, Shulman, Tomlinson y D'Souza, 2019; Jeffries, Falcone-Wharton, Daggy y Tucker Edmonds, 2019) .

Las pacientes que ingresan al parto de manera espontánea también tienen mayores tasas de éxito, en comparación con las mujeres sometidas a la inducción del parto. (Thapsamuthdechakorn, Sekararithi y Tongsong, 2018)

Tratamiento / Manejo

Los pacientes que planean un ensayo de trabajo de parto después de una cesárea requieren atención prenatal típica con asesoramiento adicional con respecto a la opción de TOLAC versus PRCD (Wingert et al., 2018) . Además, la ecografía temprana para confirmar la edad gestacional puede ser útil si se programa una cesárea(Habak y Kole, 2019) .

Con respecto al manejo del parto, se prefiere la entrada espontánea en el parto ya que el parto espontáneo conlleva un mayor riesgo de parto vaginal exitoso y un menor riesgo de rotura uterina. La inducción del parto sigue siendo una opción cuando está indicada, sin embargo, el uso de prostaglandinas para la maduración cervical, ha demostrado mayores riesgos de ruptura uterina cuando se utilizan prostaglandinas (como el misoprostol o la dinoprostona) para la maduración cervical. (Habak y Kole, 2019) .

En algunos centros, el uso de oxitocina en dosis bajas y / o dilatación mecánica con balones intracervicales se usa para facilitar la inducción en pacientes sometidos a PTPAC con un cuello uterino inmaduro. Si bien no es necesario, la analgesia epidural puede ser útil para mejorar la comodidad del paciente con el beneficio de proporcionar una opción rápida para la anestesia si se requiere un parto por cesárea(Habak y Kole, 2019) .

A los pacientes se les debe monitorear de cerca los latidos cardíacos fetales durante el trabajo de parto y se debe prestar atención al progreso laboral adecuado. Se recomienda el control continuo de la frecuencia cardíaca fetal. Si surgen inquietudes acerca de la posible dehiscencia uterina o ruptura, el parto por cesárea debe realizarse con prontitud. El signo más común de ruptura uterina es una anomalía en el rastreo de la frecuencia cardíaca fetal, que se observa en aproximadamente el 70% de los casos de ruptura uterina. (Sakiyeva et al., 2018).

Otros hallazgos que pueden observarse si se produce una ruptura uterina incluyen aumento o disminución de las contracciones uterinas, dolor abdominal intenso / dolor desproporcionado para el parto, pérdida repentina de la estática fetal o detección de sangre en la bolsa de recolección de orina u orina. Incluso con un monitoreo cercano y meticuloso, la ruptura uterina puede ocurrir repentinamente y sin advertencia, lo que resulta en un compromiso fetal (Sakiyeva et al., 2018) .

El parto vaginal, el parto de la placenta y el soporte posparto son típicos de los pacientes que se someten a un PVDC. En raras ocasiones, la exploración manual del útero después del parto placentario puede llevar a sospechas o al descubrimiento de una dehiscencia de la cicatriz uterina no detectada previamente. No se requiere la reparación de tal defecto a menos que haya un sangrado continuo. (Habak y Kole, 2019) .

Del mismo modo, los pacientes pueden experimentar una ruptura uterina oculta que puede conducir a sangrado después del parto. Los pacientes con PVDC que experimentan hipotensión posterior al parto u otros signos de hipovolemia deben evaluarse con prontitud teniendo en cuenta el posible diagnóstico de ruptura uterina (Habak y Kole, 2019) .

Complicaciones

La complicación más importante que puede ocurrir en pacientes sometidos a PTPDC es la rotura uterina, que implica la incisión realizada en el útero en el momento del parto por cesárea anterior. La ruptura uterina es una emergencia médica y los pacientes deben tomarse inmediatamente para la laparotomía para el parto del feto y para abordar y las complicaciones adicionales. (Habak y Kole, 2019).

Cuando se produce la ruptura uterina, se interrumpe la transferencia de sangre y oxígeno al bebé, lo que puede ocasionar complicaciones fetales, como acidosis fetal, la necesidad de ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) e incluso la muerte. Si bien el riesgo absoluto de mortalidad perinatal es bajo PTPDC, el riesgo es ligeramente mayor en comparación con los bebés nacidos de madres que se someten a un parto por cesárea repetido (Habak y Kole, 2019) .

En los casos de ruptura uterina, el riesgo para la madre también es significativo. Los pacientes pueden experimentar una hemorragia significativa. Cuando se produce una hemorragia en este contexto, la transfusión, y en ocasiones la histerectomía, es necesaria para controlar el sangrado y poder salvar la vida (Habak y Kole, 2019)

También se describe la dehiscencia uterina, los pacientes con dehiscencia uterina suelen ser asintomáticos, y no se encuentran las secuelas más graves que pueden ocurrir con la ruptura uterina. Al revisar artículos académicos sobre la ruptura de la cicatriz uterina y la dehiscencia, la distinción entre los dos no siempre es clara, lo que a veces hace que las conclusiones del estudio sean difíciles de interpretar(Habak y Kole, 2019) .

Algunos pacientes que intentan PTPDC pueden requerir un parto por cesárea. Cuando esto ocurre después del parto, los riesgos de infección posparto, atonía uterina y separación de la herida son mayores en comparación con los pacientes que han planificado la cesárea repetida(Kohler et al., 2018) .

Importancia del sistema de salud para la promoción del parto vaginal después de cesárea en países de ingresos bajos

La prevalencia de embarazo con cicatriz uterina previa varía de un centro de salud a otro, independientemente del país y probablemente esté relacionada con la tasa de cesárea. El seguimiento prenatal de mujeres con cicatrización uterina ha resaltado el problema de la calidad de esta última. (Astatikie, Limenih y Kebede, 2017; Koh et al., 2018; Landon y Grobman, 2016) .

De hecho, la consulta prenatal de referencia es un pilar establecido en la lucha contra la morbilidad y la mortalidad materno-fetal, pero casi la mitad de las mujeres embarazadas con útero y cicatriz uterina previa en estos países reciben control prenatal en establecimientos de salud sin un médico o partera (Astatikie, Limenih y Kebede, 2017; Koh et al., 2018; Landon y Grobman, 2016) .

Más de un tercio de estas se atienden en establecimientos de salud que solo pueden proporcionar atención obstétrica y neonatal básica, lo que estructuralmente no está recomendado para el manejo de este tipo de embarazo. Una quinta parte ni siquiera logra el mínimo de cuatro visitas prenatales según lo recomendado por la OMS (Astatikie, Limenih y Kebede, 2017; Koh et al., 2018; Landon y Grobman, 2016) .

El reenfoque de la consulta prenatal permite detectar y tratar las morbilidades materno-fetales tempranas, la promoción de la salud, durante la cual podrían haberse evocado las complicaciones asociadas con la cicatriz uterina previa, y el plan de parto que indica el lugar más apropiado para este último, el proveedor competente que tiene que hacerse cargo del parto en esta gestante, etc. (Koh et al., 2018; Landon y Grobman, 2016)

Lastimosamente una cuarta parte no elige la primera opción en el momento del trabajo de parto y son las que generalmente refieren las complicaciones durante el parto, lo que magnifica el efecto de los retrasos en el manejo de la morbilidad en salud reproductiva según el modelo de tres retrasos. (Koh et al., 2018; Landon y Grobman, 2016)

Con las consecuencias de ruptura uterina, atención del trabajo de parto por un proveedor no calificado generalmente en instalaciones de salud sin quirófano, tomando en cuenta que las referencias en el momento de las complicaciones multiplica las complicaciones materno-fetales de dos a cuatro veces (Koh et al., 2018; Landon y Grobman, 2016)

La consulta de calidad prenatal es uno de los tres pilares de la lucha contra la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, y su importancia está bien establecida. Por lo tanto, son el puntal principal, y según las recomendaciones de la OMS de noviembre de 2016, se recomiendan ocho visitas mínimas. (Koh et al., 2018).

También se recomienda que todo el embarazo cuente con el respaldo de la Seguridad Social, lo que permite una atención prenatal de buena calidad. Inclusive se ha establecido los tipos de instalaciones de monitoreo y salud recomendadas para el parto de acuerdo con las situaciones de riesgo (Koh et al., 2018).

Las gestantes con accesibilidad financiera representan el 92% de las mujeres embarazadas que pueden realizar el mínimo de las cuatro visitas recomendadas, mientras que aquellas con solo quehaceres domésticos no. Los nacimientos en gestantes sin actividades generadoras de recursos representaron el 70.6% de las complicaciones. (Koh et al., 2018).

Factores socio-culturales (religión, la educación, la vivienda en las zonas rurales), clínicos (paridad) económicos (la distancia para llegar a la gestión de las instalaciones de salud), etc, también son factores contributivos. En cambio en países de ingresos altos los factores contributivos son la adolescencia, la gran multiparidad, el bajo nivel de educación, situaciones económicas precarias. (Koh et al., 2018).

La calidad de la atención prenatal, cuando es accesible, es otro problema ya que se asocian con el retraso de las mujeres embarazadas a la primera consulta, la falta de personal calificado, la falta de motivación, la insuficiencia de la capacitación, el reemplazo de personal capacitado, falta de equipo técnico, ignorancia de los beneficiarios entre otros (Koh et al., 2018).

El riesgo de parto por cesárea se puede multiplicar por 14 en casos de útero con cicatriz uterina previa y 27,4 por referencia. El primer y segundo retraso del llamado modelo de tres retrasos también eleva el riesgo incluyendo las que paren en hospitales universitarios de primera elección. Un plan de parto de calidad podría evitar este retraso. Según la OMS, la mayoría de las morbilidades maternas se deben a la demora en la decisión de buscar atención médica, a la demora en la prestación de atención ya la demora en la prestación de atención de calidad (Koh et al., 2018; Motomura et al., 2017).

El parto vaginal se ve favorecido por la edad materna mayor a 30 años, antecedentes de parto vaginal antes o después de la cesárea, ausencia de indicación recurrente entre otros, trabajo espontáneo, obesidad y raza. Una baja tasa de inicio y estimulación del trabajo, en un contexto de cicatriz uterina previa, es probablemente una causa de que no se de parto vaginal después de cesárea, como lo es la contribución del Calidad de la atención en los hospitales con personal calificado y plataforma técnica disponible las 24 horas del día. (Koh et al., 2018; Senturk, Cakmak, Atac y Budak, 2015).

Una prueba de trabajo de parto también es importante para el incremento de los partos después de cesárea. El parto asistido por personal competente es un pilar de la lucha contra la morbilidad / mortalidad materna. Con respecto a las complicaciones fetales, los datos fueron consistentes con la literatura, es decir, una exacerbación de las complicaciones en la cesárea, incluida la emergencia. De hecho, una prueba de parto exitosa tuvo menos complicaciones fetales que la cesárea (Koh et al., 2018; Senturk, Cakmak, Atac y Budak, 2015).

Modelos predictores de éxito del parto vaginal después de cesárea

Las indicaciones más comunes en el mundo para una cesárea primaria incluyen: trabajo de parto estacionario, monitoreo fetal alterado o indeterminado, presentación fetal anómala y gestación múltiple; Correspondiendo los dos primeros a más de la mitad. Hasta un 30,9% de las cesáreas iterativas se indican mediante una cesárea anterior (Fonseca et al., 2019).

A principios del siglo XX, prevaleció el concepto de "una cesárea, siempre una cesárea"; sin embargo, en 1982, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) hizo recomendaciones sobre VBAC (parto vaginal después de la cesárea), considerándolo como una "opción aceptable", e incluso propuso en 1995 que "todas las mujeres deben ser llevadas a VBAC en La ausencia de una contraindicación médica u obstétrica". (Fonseca et al., 2019).

En 2010, los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (NHI) desarrollaron un panel de consenso para abordar la práctica de TOLAC (Prueba de trabajo de parto después de la cesárea) en los EE. UU., Concluyendo que "es una opción razonable para muchas mujeres embarazadas. " A la mujer embarazada se le debe garantizar el apoyo y la asesoría para tomar la decisión de probar el VBAC en lugar de llevarlo a una cesárea repetida (Fonseca et al., 2019).

Entre 1996 y 2010, el VBAC se redujo del 28% al 8%. Aunque ACOG reafirmó la oportunidad de TOLAC en 2010, un estudio mostró que solo el 52% de los ginecólogos ofrecieron VBAC en la práctica privada.(Fonseca et al., 2019)

En 2007, Grobman (2007) desarrolló un nomograma de predicción para el éxito de VBAC basado en los factores disponibles en el primer control prenatal: edad materna, IMC, grupo étnico, parto vaginal anterior, parto vaginal exitoso después de una cesárea (la aparición de un VBAC), y la recurrencia de la indicación de cesárea primaria, todos los cuales tenían un valor predictivo adecuado (Fonseca et al., 2019).

En 2009, Grobman (2009) incluyó varios factores al momento del ingreso en la sala de parto: IMC al momento del parto, preeclampsia, edad gestacional al nacer, dilatación cervical, expulsión, etapa e inducción del parto, logrando un mejor desempeño del modelo (Fonseca et al., 2019).

Recientemente, Metz et al (2013) creó y validó un modelo de predicción utilizando variables (que estaban) disponibles en el momento de la admisión. El índice de Bishop, que le agregó puntos para el historial de nacimiento vaginal, edad <35 años, ausencia de una indicación recurrente de cesárea e IMC <30, generó una probabilidad de éxito de VBAC superior al 85% en mujeres embarazadas con una puntuación>. (Fonseca et al., 2019).

Al comparar este modelo con los descritos previamente por Grobman (factores en el primer CPN y en el momento del ingreso), el modelo desarrollado por Metz et al, presentó el mejor desempeño (Fonseca et al., 2019).

Actualmente, se considera que la vía de finalización de un embarazo, después del parto por cesárea, es por parto vaginal, pero no se aplica un modelo predictivo, y la decisión depende principalmente de la evaluación pélvica y del índice de Bishop al momento del ingreso. (Fonseca et al., 2019).

Por esas razones, el objetivo principal de este estudio fue validar dos modelos predictivos, los de Metz y Grobman, para un parto vaginal exitoso después de una cesárea (VBAC) en una población embarazada con cesárea previa que ingresan al hospital para el parto ; y para describir la morbilidad materna y fetal asociada con el parto vaginal después de la cesárea (Fonseca et al., 2019).

2.1.1 Marcos conceptuales

Parto normal/eutócico:

Es aquel de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y se mantiene como tal hasta el alumbramiento, el neonato nace en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas (salud m. d., 2015)

Parto inducido:

Cuando se logra un trabajo de parto mediante el inicio artificial de las contracciones uterinas para producir borramiento y dilatación cervical mediante el uso externo de medicamentos o maniobras con capacidad contráctil (salud m. d., 2015)

Parto a término:

Es aquel que se presenta entre las 37 y 42 semanas (salud m. d., 2015)

Trabajo de Parto

Contracciones uterinas suficientes en frecuencia, intensidad y duración que producen borramiento y dilatación del cérvix (salud s. d., 2014)

Prueba de parto:

Es el procedimiento obstétrico al que se somete a una paciente con relación cefalopélvica límite que tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, mediante su vigilancia y conducción (salud s. d., 2014)

Cesárea:

Es la intervención programada que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal (publica, 2015)

Cesárea programada:

Es una intervención programada que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. (publica, 2015)

Cesárea de urgencia:

Es una intervención cuya indicación surge como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal, o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente. (publica, 2015)

Perinatal:

Periodo que abarca antes, durante y después del nacimiento (romero, 2014)

Distocia:

Parto difícil prolongado, doloroso, debido a factores fetales, maternos y alteraciones de la dinámica uterina. (romero, 2014)

Placenta creta: una condición en donde la placenta se adhiere al musculo del útero sin existir capa de separación decidual, haciendo difícil su remoción (romero, 2014)

Prueba de trabajo de parto después de una cesárea:

Procedimiento obstétrico al que se somete una parturienta con relación cefalo-pelvica 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. (mexico, 2002)

Ruptura uterina:

Perdida de la solución de continuidad del musculo uterino, la cual puede ser parcial o total y constituye una catástrofe obstétrica (Cano, 2013)

2.1.2 Antecedentes Investigativos

Un estudio efectuado por Rusavy (2019) con el objetivo de explorar el curso del trabajo de parto y el riesgo de lesión obstétrica del esfínter anal en el primer parto vaginal después de una cesárea en comparación con el parto vaginal primíparo en mujeres sin analgesia epidural y evaluar si el parto antes de la cesárea anterior afectaba estos resultados, incorporó 510 partos recopilados de una base de datos de un registro de salud que incluyeron datos demográficos maternos, edad gestacional y detalles del parto (duración de las etapas 1 y 2, inducción o aumento del parto, peso al nacer, parto vaginal operatorio, pérdida estimada de sangre, grado de traumatismo en el parto) los resultados. (Rusavy, 2019)

Hubo una diferencia estadísticamente significativa en la duración registrada de la primera etapa entre el primer parto vaginal después de cesárea y los controles ($p < .001$). Estas mujeres también tenían menos probabilidades de tener un perineo intacto (29.8 vs. 43.1%, $p < 0.01$), sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las tasas de lesión del esfínter anal entre ambos grupos (2.3 vs. 1.9%, $p = 0,76$). Los grupos difirieron en las tasas de desgarros cervicales que requirieron sutura (21.2 vs. 12.9%, $p = 0.01$). En el análisis de subgrupos adicional, la duración de la primera etapa del parto fue más corta en las mujeres que previamente tuvieron una cesárea tardía en el parto (≥ 8 cm de dilatación cervical) en comparación con una cesárea antes del parto, sin embargo, no hubo diferencias en otros resultados. (Rusavy, 2019)

Los investigadores concluyeron que en comparación con las mujeres primíparas que tienen un parto vaginal, las mujeres que tienen su primer parto vaginal después de una cesárea tienen una primera etapa del parto más corta (especialmente si la cesárea se realizó en el parto avanzado), un mayor riesgo de sufrir laceraciones cervicales y traumatismo perineal. Sin embargo, no hubo diferencias en el riesgo de sufrir lesiones obstétricas del esfínter anal entre los grupos de estudio. (Rusavy, 2019)

En un estudio efectuado por Koh (2018) con el objetivo de describir la cadena de atención médica y el seguimiento materno-fetal de mujeres postparto con cicatriz uterina en tres hospitales universitarios de la ciudad de Yaoundé para resaltar los problemas de gestión de la morbilidad en países de bajos recursos se realizó un estudio descriptivo de corte transversal basado en la recopilación de datos prospectivos durante un período de seis meses en 2014. (Koh, 2018)

El estudio incluyó a todas las mujeres postparto que dieron su consentimiento con cicatriz uterina, después de parto de un producto en una edad gestacional mayor o igual a un total de 28 semanas de amenorrea. El muestreo fue consecutivo y exhaustivo. Los datos de 252 mujeres con cicatrices uterinas, que reflejan una tasa del 8%. Las consultas prenatales fueron realizadas por personal sin la preparación adecuada en una estructura sanitaria inadecuada en el 30% de los casos. (Koh, 2018)

Las mujeres fueron derivadas debido a complicaciones en el parto después del primer ingreso a una estructura sanitaria inadecuada en el 25% de los casos (6 roturas uterinas y 7 fetos muertos antes del ingreso). Hubo indicaciones de cesárea / laparotomía al ingreso en el 39% de los casos; la tasa de parto vaginal fue del 23%. (Koh, 2018)

La mortalidad materna fue cero y la cesárea se relacionó con la morbilidad materno-fetal. La mala calidad de las consultas prenatales y el manejo del parto fueron los principales determinantes de los problemas durante el parto vaginal después de una cesárea. Los investigadores concluyeron que establecimiento de un sistema que facilite el acceso a profesionales de la salud e instalaciones calificadas en atención de salud adecuadas para mujeres embarazadas con cesárea previa mejoraría el pronóstico de las mujeres posparto con cicatriz uterina. (Koh, 2018)

En un estudio efectuado por Nilson (2017), el parto vaginal después de una cesárea es una opción segura para la mayoría de las mujeres. Buscar los puntos de vista de las mujeres puede ser útil para comprender los factores de importancia para lograr el parto vaginal en países donde las tasas de parto vaginal después de la cesárea son bajas. Investigar los puntos de vista de las mujeres sobre factores importantes para mejorar la tasa de partos vaginales después de una cesárea. (Nilson, 2017)

Un estudio cualitativo mediante análisis de contenido. Los datos se recopilaron a través de grupos focales y entrevistas individuales con 51 mujeres, en sus idiomas nativos, en Alemania, Irlanda e Italia. A las mujeres se les hicieron cinco preguntas sobre el parto vaginal después de una cesárea. Los datos se tradujeron al inglés, se analizaron juntos y finalmente se validaron en cada país. (Nilson, 2017)

Los factores importantes para las mujeres fueron que todas las personas involucradas en su cuidado tenían la misma opinión sobre el parto vaginal después de la cesárea, que experimentan una toma de decisiones compartida con los médicos que apoyan el parto vaginal, reciben información correcta, están suficientemente preparadas para un parto vaginal, y experimenta una cultura que apoya el parto vaginal después de una cesárea. (Nilson, 2017)

La toma de decisiones de las mujeres sobre el parto vaginal después de una cesárea en estos países implica una interacción compleja y multidimensional de consideraciones médicas, psicosociales, culturales, personales y prácticas. Se necesita más investigación para explorar si el déficit de información que reportan las mujeres afecta negativamente su capacidad para tomar decisiones informadas, y para comprender qué es lo más importante para las mujeres al tomar decisiones sobre el parto vaginal después de una cesárea previa como modo de nacimiento. (Nilson, 2017)

2.2 Hipótesis

2.2.1 Hipótesis General

“La atención del parto vaginal post cesárea se asocia a mayores beneficios y menores riesgos que la cesárea iterativa en el hospital León Becerra Camacho en el periodo Enero- Junio 2019”

2.2.2. Hipótesis Específicas

- Las complicaciones maternas son más frecuentes en la cesárea iterativa en relación al parto vaginal post cesárea
- Las complicaciones fetales son menos frecuentes en neonatos obtenidos por parto vaginal post cesárea que por cesárea iterativa.

2.3 Variables

2.3.1 Variable Independiente

- Parto vaginal post cesárea

2.3.2 Variable Dependiente

- Complicaciones

2.3.2 Operacionalización de variables

Tabla 2.1: Matriz de operacionalización de variable

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION	DIMENSION O CATEGORIA		INDICADOR	INDICE
PARTO VAGINAL POST-CESAREA	Expulsión de RN y placenta por el canal vaginal en gestantes con una cesárea previa	Vías de finalización del parto		Parto Vaginal Post cesárea	Porcentaje
VARIABLE DEPENDIENTE	De un procedimiento, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnostico o el tratamiento aplicado.	C. MATERNAS	<ul style="list-style-type: none"> - Atonía uterina - Hemorragia post parto - Histerectomía posparto - Transfusión sanguínea - Infección del sitio quirúrgico 	Presente U Ausente	Porcentaje
COMPLICACIONES		C. FETALES	<ul style="list-style-type: none"> - Taquipnea transitoria del RN - Sufrimiento fetal - Dificultad respiratoria del RN 		

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación

Para la realización de este proyecto de investigación sobre los riesgos y beneficios del parto vaginal post cesárea en pacientes atendidas en el Hospital León Becerra Periodo Enero-Junio 2019, el método a utilizar fue el método inductivo, analítico y observacional, que permitió realizar la observación y de esta forma poder hacer un análisis y comparación sobre los datos obtenidos

3.2 Modalidad de la investigación

La modalidad del proyecto de investigación se determinó teniendo en cuenta sus demandas metodológicas, se realizó una investigación cuantitativa ya que nos permite probar las hipótesis, analizar y demostrar las comparaciones con los resultados obtenidos.

3.3 Tipo de investigación

En esta investigación se desarrollará un estudio de enfoque descriptivo, observacional y comparativo, ya que no se intervino de forma alguna por parte de las investigadoras, solo se evaluó el problema en la naturalidad de los hechos, con el único objetivo de lograr demostrar cuales son las diferencias entre ambos grupos.

Según el propósito:

La investigación fue básica por que se busca incrementar el conocimiento, de carácter no experimental ya que se obtuvo con datos existentes, luego de su análisis se determinaron los resultados y la comparación entre los dos grupos a investigar.

Según el lugar:

Investigación de campo por que se recolectaron datos directamente de los sujetos investigados y mostro la realidad en que ocurren los hechos.

Según el nivel de estudio:

Descriptiva ya que se encarga de puntualizar las características de la población a estudiar y se describen las comparaciones de resultados obtenidos de los grupo de estudio.

Según la dimensión temporal:

Es longitudinal ya que se investigó el mismo sujeto de estudio por un periodo de tiempo, Retrospectiva, porque la información se obtuvo de historias clínicas ya existentes.

3.4 Técnicas e Instrumentos

3.4.1 Técnicas

La recolección de la información de este proyecto de investigación se realizó mediante observación, y el análisis de base de datos de historias clínicas de pacientes atendidas en el Hospital León Becerra por parto vaginal post cesárea y cesárea iterativa, con los criterios de exclusión e inclusión, en el periodo Enero – junio 2019, además de la información obtenida por repositorios académicos y plataformas web.

3.4.2 Instrumentos

Los instrumentos de recolección de información empleados serán:

Formulario de recolección de información elaborado en Excel, de las historias clínicas de gestantes atendidas por parto vaginal post cesárea y cesárea iterativa en el Hospital León Becerra periodo Enero-Junio 2019.

3.5 Población y Muestra de investigación

3.5.1 Población

El universo lo constituyen 1,080 puérperas cuyos partos fueron atendidos en el hospital León Becerra del Cantón Milagro, en el periodo Enero – Junio 2019.

3.5.2. Muestra

De las 1,080 gestantes atendidas en el Hospital León Becerra se realizó un muestreo de forma intencional, La población de estudio deberá cumplir con los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Atención en el periodo comprendido entre el 1ro de enero al 30 de junio 2019
- Una sola cesárea previa
- Sin comorbilidad.
- 14 a 40 años de edad
- Periodo intergenesico mayor a 2 años.

Criterios de exclusión:

- Cesárea de emergencia
- Parto o cesárea complicado por evento idiosincrático a algún medicamento empleado durante la atención.
- Primer parto vaginal
- Embarazo gemelar

3.6 Cronograma del Proyecto

Tabla 3.2: Cronograma del Proyecto.

Actividades	2019									
	mayo		junio		julio		agosto		septiembre	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Elaboración del perfil	■	■	■	■						
Aprobación del perfil				■						
Elaboración del proyecto				■	■	■				
Corrección						■				
Recolección de datos							■	■		
Tabulación de datos								■	■	
Revisión de material bibliográfico	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Análisis e interpretación								■	■	
Informe preliminar									■	■
Entrega del Borrador										■
Elaboración informe definitivo										■
Entrega del informe final										■

3.7 Recursos

3.7.1 Recursos Humanos

Tabla 3.3: Nombre del personal que participará en el trabajo investigativo

Personal	Nombre
Investigadoras:	María José Barreto Katriana Mejía
Asesor del proyecto de investigación:	Dr. Hugolino Orellana

3.7.2 Recursos Económicos

Tabla 3.4: Costo del Material de investigación

Código	Rubro	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total (\$)
01 Materiales y Suministros				
01.1	Hojas A4 75 g	1000	\$ 0,007	\$ 7,00
01.2	CD	3	\$ 0,30	\$ 0,90
01.3	Esferográficos (BIC)	4	\$ 0,35	\$ 1,40
01.4	Cartucho Tinta negra	1	\$ 65,00	\$ 65,00
01.5	Cartucho Tinta color	1	\$ 69,00	\$ 69,00
			Total	\$ 143,30

Tabla 3.5: Costo de Servicios

Código	Rubro	Cantidad	Costo Unitario		Costo Total (\$)	
02 Servicios						
02.1	Anillado	3	\$	2,00	\$	6,00
02.2	Encuadernado	3	\$	5,00	\$	15,00
02.3	Gastos varios (10%)	1	\$	57,00	\$	114,00
			Total		\$	135,00

Tabla 3.6: Costo Total de la Investigación

Código	Rubro	Costo Total (\$)	
01.0	Materiales y suministros	\$	143,30
02.0	Servicios	\$	135,00
	Total	\$	278,30

3.8 Plan de Tabulación y análisis

3.8.1 Base de Datos

Para la elaboración de este proyecto de investigación y que este logre el objetivo de analizar el riesgo y el beneficio asociado a la atención del parto vaginal post cesárea en pacientes atendidas en el Hospital León Becerra en el periodo Enero-Junio 2019, se utilizó la información de la base de datos de las historias clínicas de cada gestante del hospital, el cual equivale al total de la muestra intencional realizada, dicha información se tabulo en el programa Microsoft Excel y Word 2013, en los cuales se realizaron las tablas para poder cuantificar las variables y analizar sus riesgos y beneficios.

3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos

Para armar la base de datos se trabajó en Excel 2013, agrupando en tablas las variables, lo que permitió obtener resultados de las complicaciones maternas y fetales tanto en el parto vaginal post cesárea como en la cesárea iterativa.

CAPITULO IV

4. Resultados de la Investigación

4.1. Resultados obtenidos de la Investigación

De las 1,080 gestantes atendidas en el hospital en el periodo Enero – Junio 2019, no cuentan con los criterios de inclusión 962 por lo que nuestro total de púérperas a investigar son 118, de las cuales 62 fueron atendidas por parto vaginal post cesárea y 56 por cesárea iterativa, ya que los datos fueron obtenidos de forma intencional no se utilizó ninguna fórmula para la realización de la muestra

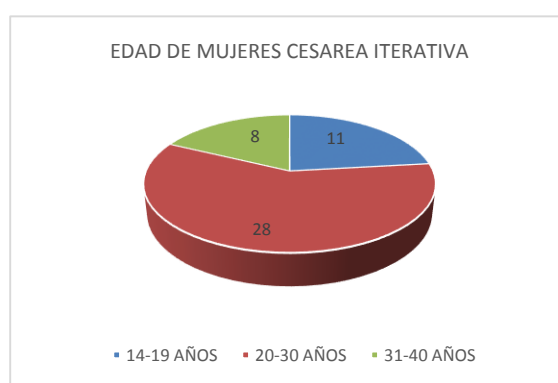
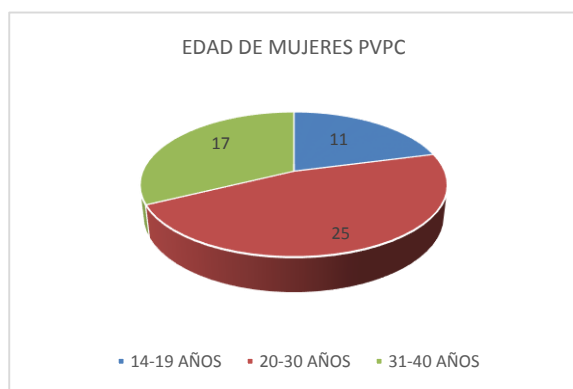
Tabla 1.- EDAD DE MUJERES

EDAD DE MUJERES PVPC		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
14-19 AÑOS	13	11%
20-30 AÑOS	29	25%
31-40 AÑOS	20	17%
TOTAL	62	53%

Elaborado por: autoras de tesis

EDAD DE MUJERES CESAREA ITERATIVA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
14-19 AÑOS	13	11%
20-30 AÑOS	33	28%
31-40 AÑOS	10	8%
TOTAL	56	47%

GRAFICO 1



Elaborado por: autoras de tesis

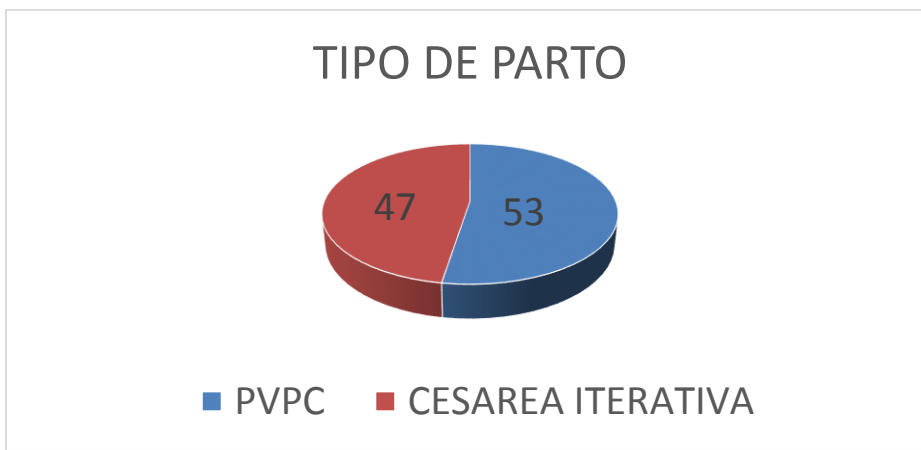
Análisis e interpretación: Las edades más frecuentes tanto para las mujeres con un parto vaginal post cesárea y una cesárea iterativa fue en edades entre 20 a 30 años.

Tabla 2.- TIPO DE PARTO

TIPO DE PARTO		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
PVPC	62	53%
CESAREA ITERATIVA	56	47%
TOTAL	118	100%

Elaborado por: autoras de tesis

GRAFICO 2



Elaborado por: autoras de tesis

Análisis e interpretación: Se observó que el parto vaginal post cesárea fue más frecuente que la cesárea iterativa.

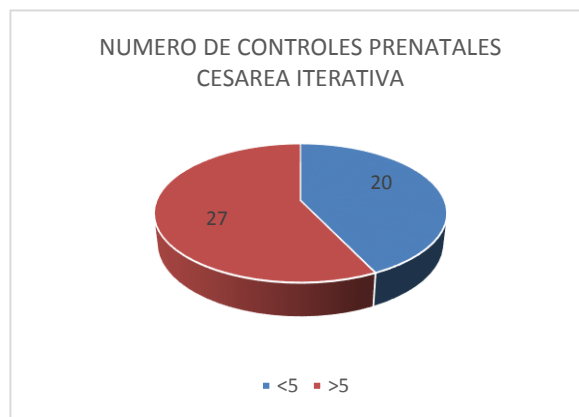
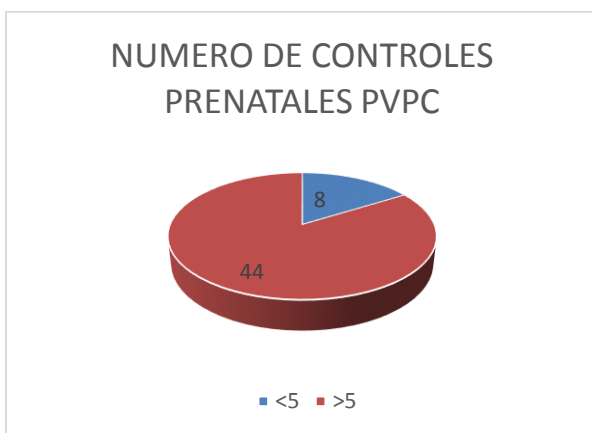
Tabla 3.- NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES PVPC		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
<5	10	8%
>5	52	44%
TOTAL	62	53%

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES CESAREA ITERATIVA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
<5	24	20%
>5	32	27%
TOTAL	56	47%

Elaborado por: autoras de tesis

GRAFICO 3



Elaborado por: autoras de tesis

Análisis e interpretación: se observó que en ambos grupos el número de controles prenatales es mayor a 5 controles.

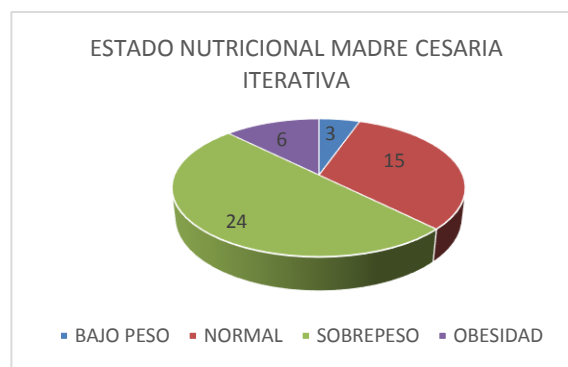
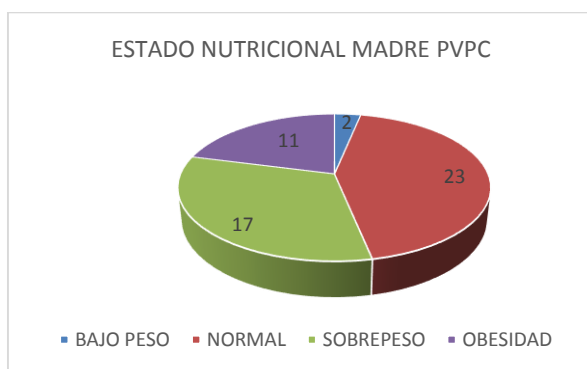
Tabla 4.-ESTADO NUTRICIONAL

ESTADO NUTRICIONAL MADRE PVPC		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
BAJO PESO	2	2%
NORMAL	27	23%
SOBREPESO	20	17%
OBESIDAD	13	11%
TOTAL	62	53%

ESTADO NUTRICIONAL MADRE CESARIA ITERATIVA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
BAJO PESO	3	3%
NORMAL	18	15%
SOBREPESO	28	24%
OBESIDAD	7	6%
TOTAL	56	47%

Elaborado por: autoras de tesis

GRAFICO 4



Elaborado por: autoras de tesis

Análisis e interpretación: La mayor parte de las mujeres sometidas a PVPC tenían un estado nutricional normal, mientras que en la cesárea iterativa era el sobrepeso.

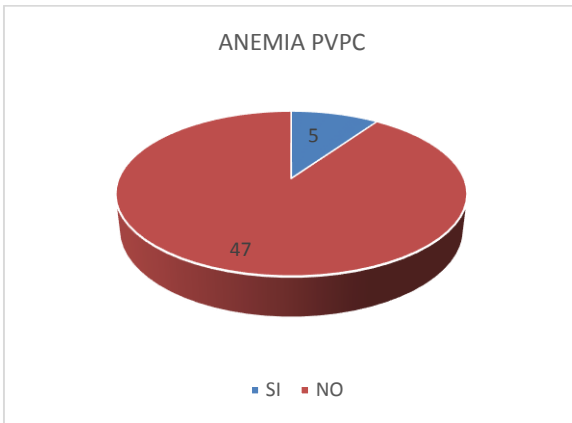
Tabla 5.-ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO

ANEMIA PVPC		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	6	5%
NO	56	47%
TOTAL	62	53%

ANEMIA CESAREA ITERATIVA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	6	5%
NO	50	42%
TOTAL	56	47%

Elaborado por: autoras de tesis

GRAFICO 5



Elaborado por: autoras de tesis

Análisis e interpretación: Existe un bajo índice de anemia en el embarazo entre ambos grupos.

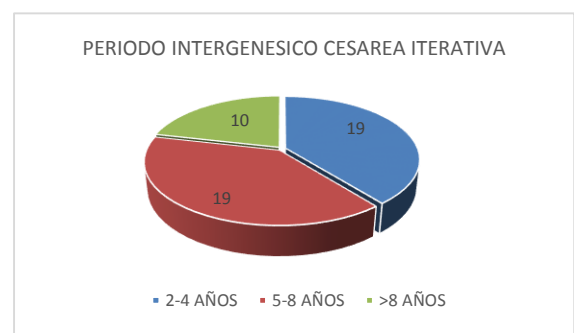
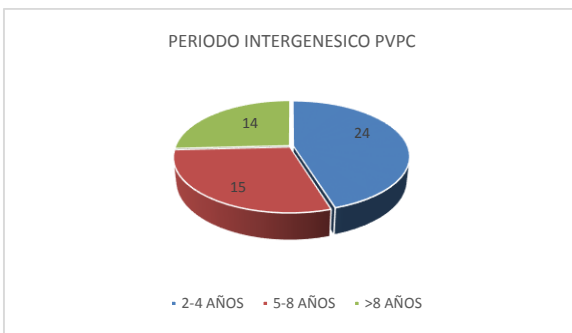
Tabla 6.- PERIODO INTERGENESICO

PERIODO INTERGENESICO PVPC		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
2-4 AÑOS	28	24%
5-8 AÑOS	18	15%
>8 AÑOS	16	14%
TOTAL	62	53%

PERIODO INTERGENESICO CESAREA ITERATIVA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
2-4 AÑOS	22	19%
5-8 AÑOS	22	19%
>8 AÑOS	12	10%
TOTAL	56	47%

Elaborado por: autoras de tesis

GRAFICO 6



Elaborado por: autoras de tesis

Análisis e interpretación: Se observó que tanto en el parto vaginal post cesárea como en la cesárea iterativa el periodo intergenesico con más frecuencia es el de mayor de 2 a 4 años.

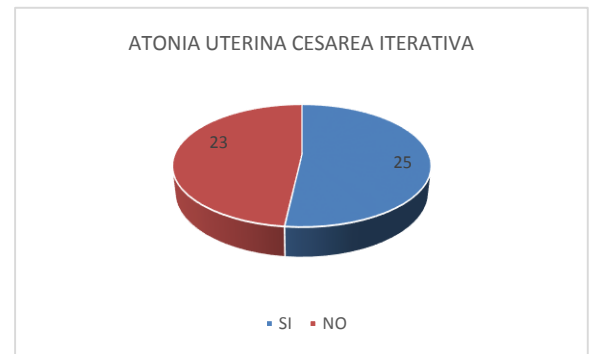
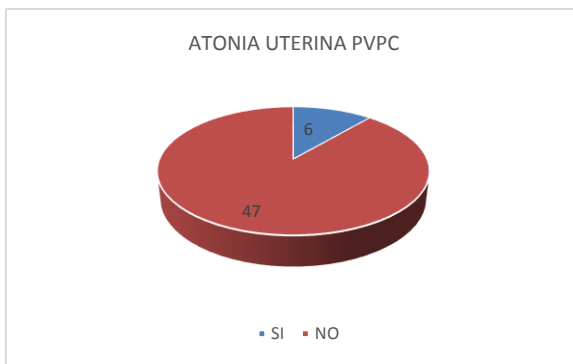
Tabla 7.-ATONIA UTERINA

ATONIA UTERINA PVPC		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	7	6%
NO	55	47%
TOTAL	62	53%

ATONIA UTERINA CESAREA ITERATIVA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	29	25%
NO	27	23%
TOTAL	56	47%

Elaborado por: autoras de tesis

GRAFICO 7



Elaborado por: autoras de tesis

Análisis e interpretación: Las pacientes con un PVPC tienen menor riesgo de sufrir una atonía uterina en comparación con las pacientes sometidas a una cesárea iterativa.

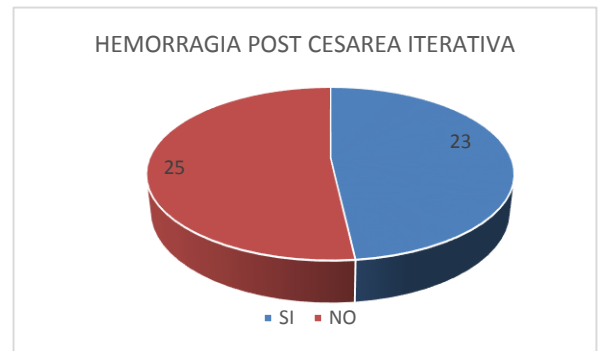
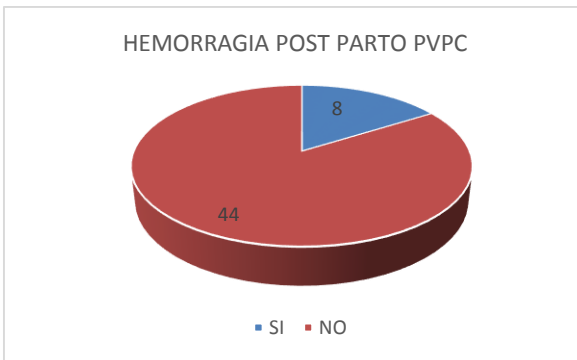
Tabla 8.-HEMORRAGIA POST PARTO

HEMORRAGIA POST PARTO PVPC		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	10	8%
NO	52	44%
TOTAL	62	53%

HEMORRAGIA POST CESAREA ITERATIVA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	27	23%
NO	29	25%
TOTAL	56	47%

Elaborado por: autoras de tesis

GRAFICO 8



Elaborado por: autoras de tesis

Análisis e interpretación: La hemorragia post parto es menos frecuente en el PVPC en comparación con la cesárea iterativa.

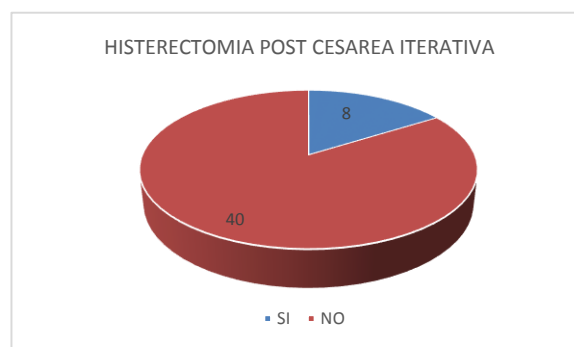
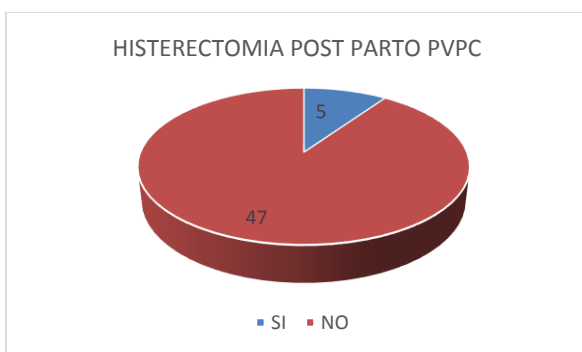
Tabla 9.- HISTERECTOMÍA POST PARTO

HISTERECTOMIA POST PARTO PVPC		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	6	5%
NO	56	47%
TOTAL	62	53%

HISTERECTOMIA POST CESAREA ITERATIVA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	9	8%
NO	47	40%
TOTAL	56	47%

Elaborado por: autoras de tesis

GRAFICO 9



Elaborado por: autoras de tesis

Análisis e interpretación: La histerectomía post parto es más probable que ocurra en pacientes a las que se les realiza una cesárea iterativa a diferencia de las mujeres de PVPC.

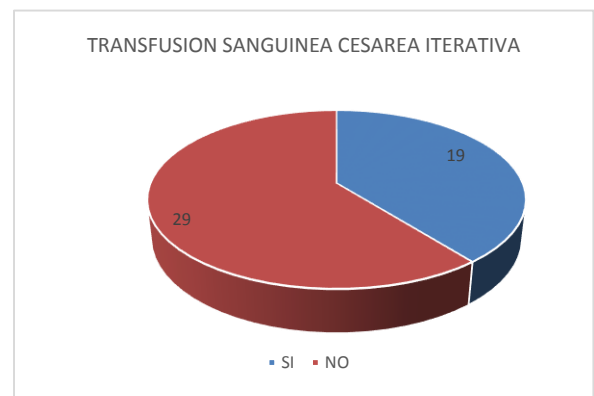
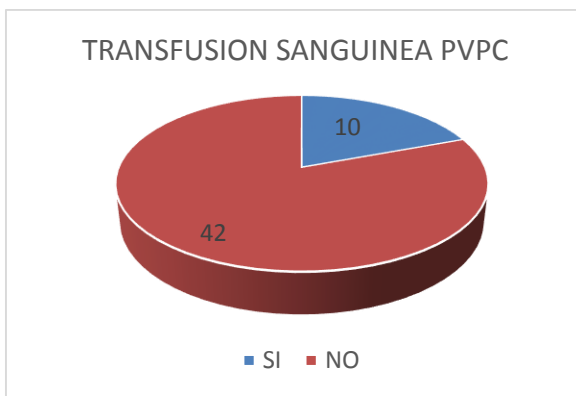
Tabla 10.- TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

TRANSFUSION SANGUINEA PVPC		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	12	10%
NO	50	42%
TOTAL	62	53%

TRANSFUSION SANGUINEA CESAREA ITERATIVA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	22	19%
NO	34	29%
TOTAL	56	47%

Elaborado por: autoras de tesis

GRAFICO 10



Elaborado por: autoras de tesis

Análisis e interpretación: Observamos que se requirió más transfusiones sanguíneas en la cesárea iterativa en comparación con el PVPC.

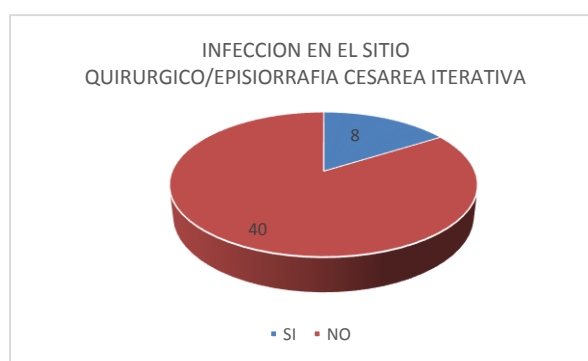
Tabla 11.- INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO /EPISIORRAFIA

INFECCION EN EL SITIO QUIRURGICO/EPISIORRAFIA PVPC		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	6	5%
NO	56	47%
TOTAL	62	53%

Elaborado por: autoras de tesis

INFECCION EN EL SITIO QUIRURGICO/EPISIORRAFIA CESAREA ITERATIVA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	9	8%
NO	47	40%
TOTAL	56	47%

GRAFICO 11



Elaborado por: autoras de tesis

Análisis e interpretación: En la cesárea iterativa hay más incidencias de Infección del sitio quirúrgico en comparación con las mujeres de PVPC.

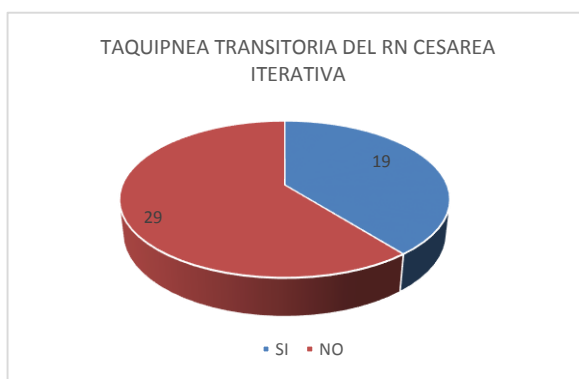
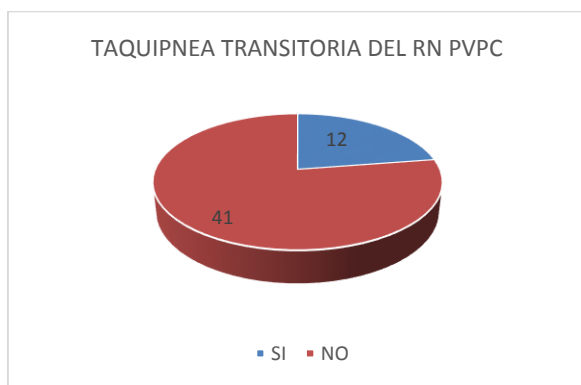
Tabla 12.- TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RN

TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RN PVPC		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	14	12%
NO	48	41%
TOTAL	62	53%

TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RN CESAREA ITERATIVA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	22	19%
NO	34	29%
TOTAL	56	47%

Elaborado por

GRAFICO 12



Elaborado por: autoras de tesis

Análisis e interpretación: Observamos que los neonatos de las cesáreas iterativas tuvieron mayor frecuencia de taquipnea transitoria a diferencia de los neonatos en el PVPC.

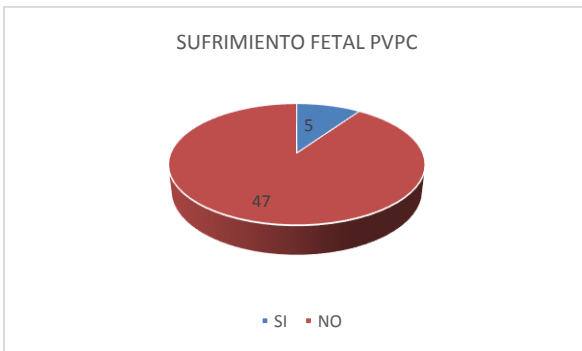
Tabla 13.- SUFRIMIENTO FETAL

SUFRIMIENTO FETAL PVPC		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	6	5%
NO	56	47%
TOTAL	62	53%

SUFRIMIENTO FETAL POR CESAREA ITERATIVA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	13	11%
NO	43	36%
TOTAL	56	47%

Elaborado por: autoras de tesis

GRAFICO 13



Elaborado por: autoras de tesis

Análisis e interpretación: Los neonatos de las cesáreas iterativas tuvieron mayor riesgo de sufrimiento fetal a diferencia de los neonatos en el PVPC.

Tabla 14.- DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RN

DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RN PVPC		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	10	8%
NO	52	44%
TOTAL	62	53%

Elaborado por: autoras de tesis

DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RN CESAREA ITERATIVA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
SI	30	25%
NO	26	22%
TOTAL	56	47%

GRAFICO 14



Elaborado por: autoras de tesis

Análisis e interpretación: Hubo una diferencia notable, en la dificultad respiratoria en el recién nacido, ya tuvo más frecuencia en la cesárea iterativa que en el PVPC.

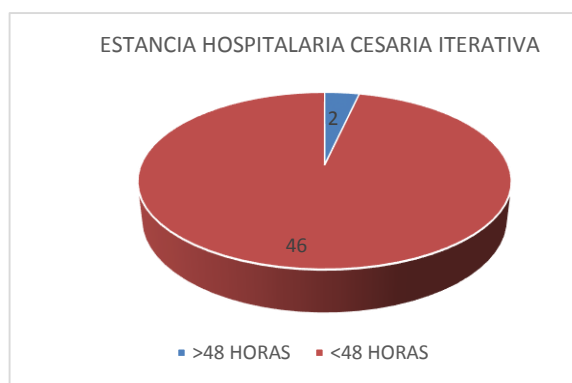
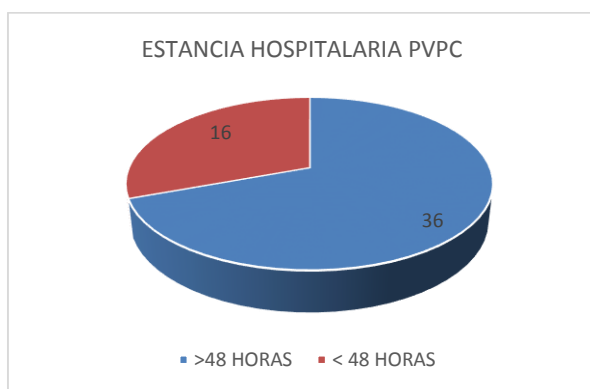
Tabla 15.-ESTANCIA HOSPITALARIA

ESTANCIA HOSPITALARIA PVPC		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
>48 HORAS	43	36%
< 48 HORAS	19	16%
TOTAL	62	53%

Elaborado por: autoras de tesis

ESTANCIA HOSPITALARIA CESARIA ITERATIVA		
ALTERNATIVA	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
>48 HORAS	2	2%
<48 HORAS	54	46%
TOTAL	56	47%

GRAFICO 15



Elaborado por: autoras de tesis

Análisis e interpretación: Las mujeres con un parto vaginal post cesárea tuvieron una estancia hospitalaria más corta que las mujeres con cesárea iterativa.

4.2. Conclusiones

- La cesárea es un procedimiento de cirugía mayor que implica tasas de morbilidad y mortalidad superiores a las del parto. Sin embargo, se admite que el parto después de una cesárea es un método seguro, que puede ofrecerse a todas las mujeres con una cesárea anterior previa evitando complicaciones obstétricas que puedan ocurrir durante una cesárea innecesaria.
- El mayor porcentaje de pacientes con una cesárea anterior pertenece a adolescentes en la cual la edad promedio fue entre 16 a 21 años. En lo que se analizó que estas pacientes no cuentan con la información necesaria ni la información correspondiente sobre los procedimientos y el manejo que se pueden realizar en su embarazo actual.
- Podemos concluir que hay un mayor porcentaje de hemorragia post parto asociado a cesárea iterativa en comparación con el parto vaginal post cesárea lo que conlleva a mayores beneficios tanto a la madre como al recién nacido.

4.4 Recomendaciones.

- Fomentar la importancia del adecuado control prenatal desde el inicio del embarazo, para que de esta manera hacer la correspondiente captación temprana de los factores de riesgo que puedan influir en la forma de culminación del embarazo. Brindar cursos de profilaxis a las pacientes adolescentes para prepararlas mentalmente y físicamente para un parto vaginal.
- Así también se puede desarrollar programas de asistencia a las madres, brindándoles apoyo médico integral y educacional para que de esta manera puedan fomentar el parto vaginal post cesárea a mujeres con cesárea previa.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN

5.1. Título de la propuesta de aplicación

“Brindar información en el primer nivel de atención de salud direccionada hacia las mujeres con cesárea previa sobre los riesgos y beneficios que obtienen al someterse al parto vaginal post cesárea.”

5.2 Antecedentes.

En los últimos años ha sido motivo de controversia la interrogante de la vía del nacimiento en embarazos de mujeres con antecedente de cesárea. Dicho debate se ha dirigido principalmente a la seguridad relativa del nacimiento por vía abdominal con respecto al vaginal en presencia de una cicatriz uterina. En 1916, Cragin señala: "una vez hecha una cesárea, siempre debe hacerse otra". (ED, 1916)

Esta frase se convirtió en uno de los aforismos más frecuentemente citados y dogmas seguidos desde entonces. Conclusión a la que se llegó debido a que en esa época se aplicaba la técnica conocida como cesárea clásica o corpórea, la cual conllevaba un elevado riesgo de rotura uterina y de una alta mortalidad materno-fetal. (ED, 1916)

El incremento de la tasa global de cesáreas, cada vez es más frecuente que entre la población obstétrica se den gestantes multíparas con antecedente de una o más cesáreas anteriores, por lo que es fácil entender que el antecedente de

cesárea anterior sea un motivo frecuente del total de cesáreas. (Iglesias, León, Fernández, & Barzaga, 2011) Este aumento en la incidencia de cesáreas se ha convertido en una gran preocupación de los servicios de salud debido al incremento de la morbilidad materna y de los costos. (Iglesias, León, Fernández, & Barzaga, 2011)

El propósito es evitar los posibles riesgos asociados a la operación cesárea. De acuerdo con estudios de investigación recientes, la estrategia de ofrecer una prueba de trabajo de parto a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones. (Cahill AG, 2006) (Landon MB H. J., 2004)

Diversos estudios indican que la prueba de trabajo de parto después de una cesárea tiene una probabilidad de éxito entre 66 y 85 % con una mínima morbilidad neonatal y materna. (Yamani-Zamzami, 2007)

En los últimos años la mayoría de los investigadores en el área se han abocado a evaluar el parto vaginal en mujeres con cesárea previa, para determinar las posibles complicaciones y el intervalo interparto más seguro, (Landon MB S. C.) (Macones GA, 2005).

Teniendo en cuenta que la vía vaginal ofrece ventajas tanto para la madre como para el feto, relacionadas con una menor morbilidad, evolución más fisiológica, menor incidencia de infecciones, menor necesidad de transfusiones sanguíneas y menor estadía hospitalaria, lo que mejora el establecimiento del vínculo madre-recién nacido. (Iglesias, León, Fernández, & Barzaga, 2011)

La seguridad del parto vaginal después de una cesárea ha sido motivo de controversia desde hace más de 100 años. Cuando el intervalo interparto es menor a 24 meses, la controversia aumenta. Los resultados han sido contradictorios, en la actualidad existen criterios más flexibles en la selección de los casos de cesárea anterior para parto transpelviano. Solo en caso de incisión longitudinal en el cuerpo uterino existe consenso en la contraindicación absoluta del parto por vía vaginal. (Bujold E, 2004)

Desde la recomendación de 1981 del ACOG de fomentar la prueba de parto vaginal en gestantes con cesárea anterior, se han publicado numerosos trabajos que indican que del 60 al 80% de todas ellas culminan en un parto vaginal y con amplio margen de seguridad; estos resultados coinciden con esos estudios. (verna) (artel MJ, 2005) (Elkousy MA)

El parto post cesárea es recomendable en pacientes seleccionadas si se tienen en cuenta los riesgos y complicaciones que este puede conllevar. (Iglesias, León, Fernández, & Barzaga, 2011)

5.3 Justificación

En vista de los resultados obtenidos tras la investigación se observó que muchas mujeres en edad fértil, que se han sometido a una cesárea previa, no tienen los debidos conocimientos ni la correcta información para identificar la mejor vía de finalización tanto de su embarazo actual como de embarazos posteriores.

De este modo hemos brindado la información necesaria para poder corregir dichos déficits y tratar de fomentar la educación que necesitan estas mujeres, ya que de esta manera podemos contribuir en bajar las tasas de cesáreas innecesarias.

Y además podemos comunicar las posibles complicaciones que podrían suscitarse en el procedimiento realizado anteriormente por una cesárea, mejorando así las condiciones y hábitos de salud.

Es necesario indicar que la posibilidad de esta propuesta ayudará a la reducción de cesáreas repetidas, ya que puede servir a futuros centros de salud, para que se considere que la importancia de un parto vaginal post cesárea sigue siendo la mejor opción para las madres y los recién nacidos.

5.4 Objetivos

5.4.1 Objetivo General

Impartir conocimientos sobre las ventajas y desventajas del parto vaginal post cesárea en comparación con la cesárea iterativa.

5.4.2 Objetivos Específicos

- Socializar e impartir charlas para así poder fortalecer los conocimientos acerca del parto vaginal post- cesárea y todo lo que este implica.
- Capacitar física y psicológicamente a las gestantes que van a someterse a un parto vaginal post cesárea por medio de la ayuda del personal de salud mediante cursos de profilaxis.

5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación

Con el manejo de la presente propuesta se pretende impartir información suficiente que despeje dudas y temores en mujeres con una cirugía uterina previa sobre el parto vaginal post cesárea, demostrar que esta debería ser la mejor opción de vía de finalización del embarazo, tanto para gestas actuales como para embarazos posteriores, obteniendo beneficios como menor morbilidad materno-fetal, menor incidencia de infecciones, menor necesidad de transfusión sanguínea, menor estancia hospitalaria entre otros.

Y que con este procedimiento se puede evitar todas las posibles complicaciones que podrían ocurrir en una Cesárea iterativa, reduciendo así los impactos negativos en la madre y el recién nacido. Para esto se debe primero socializar e impartir charlas a las mujeres gestantes y no gestantes que tengan antecedentes de una cirugía uterina previa, sobre las ventajas que se tiene al someterse a un parto vaginal después de la cesárea.

Los responsables de llevar a cabo dicha propuesta son el personal médico, obstetras, y nutricionistas, los cuales tendrán la función de ejecutar la evaluación y recolección de los resultados en su totalidad de la presente propuesta.

La misma que se llevara a cabo en el hospital León Becerra en un periodo de 4 meses, de los cuales se tratara de atraer la mayor cantidad de mujeres con antecedentes de una cesárea anterior, que estén cursando su embarazo actual y también mujeres que estén en su edad fértil, pero con dicho antecedente.

5.5.1 Estructura general de la propuesta

La implementación de la propuesta a realizar se llevará a cabo en cuatro meses, en cuatro fases las cuales se realizarán de la siguiente manera:

Primera fase: Recolección y realización de material didáctico e informativo, para las charlas, elaboración de trípticos con información clara y concisa de fácil entendimiento para la comunidad, obtención de equipos de audio y video, solicitar y preparar el espacio para impartir las charlas, métodos de evaluación de logros.

- Tiempo estimado: 31 días
- Personal a cargo: médicos generales, ginecólogos, obstetras, nutricionistas, personal de enfermería que trabaje en el hospital León Becerra

Segunda fase: Atraer a gestantes y mujeres en edad reproductiva con antecedentes de una cirugía uterina previa, y sus familiares que se atienden en el Hospital León Becerra del Cantón Milagro y sus alrededores.

- Tiempo estimado: 30 días
- Personal a cargo: médicos generales, ginecólogos, obstetras, nutricionistas, personal de enfermería que trabaje en el hospital León Becerra

Tercera fase: Evaluar los conocimientos que tienen las gestantes y mujeres en edad reproductiva con antecedentes de una cirugía uterina previa, y sus familiares acerca de los riesgos y beneficios del parto vaginal post cesárea y de la cesárea repetida.

- Tiempo: 31 días
- Personal a cargo: médicos generales, ginecólogos, obstetras, nutricionistas, personal de enfermería que trabaje en el hospital León Becerra

Cuarta fase: Demostrar a la comunidad con los datos obtenidos en esta investigación y datos preexistentes, los altos índices de complicaciones asociados a la cesárea iterativa, los beneficios del parto vaginal post cesárea, para de esta

manera poder erradicar mitos y suprimir cualquier duda e inquietud que tenga la comunidad, evaluación de conocimiento adquirido.

- Tiempo: 30 días
- Personal a cargo: médicos generales, ginecólogos, obstetras, nutricionistas, personal de enfermería que trabaje en el hospital León Becerra

Actividades según el profesional de salud:

Tabla 5.7: Actividades a realizar según el profesional de salud

MÉDICOS, GINECOLOGOS, OBSTETRAS	NUTRICIONISTAS	PERSONAL DE ENFERMERIA
<ul style="list-style-type: none"> • Recolectar y realizar material didáctico e informativo • Captación de gestantes y mujeres en edad reproductiva con antecedentes de una cirugía uterina previa y familiares • Evaluación de conocimientos previos acerca de los riesgos y beneficios del parto vaginal post cesárea y la cesárea iterativa • Evaluación final de conocimientos adquiridos • Expositores 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar charlas y asesoría sobre la importancia de la alimentación saludable durante el embarazo para evitar complicaciones durante el mismo • Elaborar trípticos • Expositor 	<ul style="list-style-type: none"> • Captación de gestantes y mujeres en edad reproductiva con antecedentes de una cirugía uterina previa y familiares.

Elaborado por autoras

5.5.2. Componentes

Dentro de los componentes seleccionados a tratar con las gestantes y mujeres en edad reproductiva con antecedentes de una cirugía uterina previa y familiares, a través de charlas informativas y didácticas, asesoramiento tanto Gineco-Obstetrico como nutricional, se encuentra en la página del ministerio de salud pública en la sección Guía de Practica Clinica

- Expositor Nutricionista: Guía de práctica clínica Diagnóstico y nutrición de la mujer gestante y de la madre en periodo de lactancia 2014
- Expositor Medico-obstetra: Guía de práctica clínica Atención del parto por cesárea 2015

5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

- Mediante la presente propuesta se pretende difundir información importante y de fácil entendimiento hacia la comunidad, para lograr que mujeres con antecedentes de cesárea previa, tengan conocimientos establecidos acerca del parto vaginal post cesárea
- Esparcir dicha información a los sectores más vulnerables y fortalecer el tema tratado en el primer nivel de atención.
- Disminuir los alarmantes porcentajes de cesáreas repetidas e innecesarias que hay en el país, con hechos basados en realidades cercanas.
- Mejorar la calidad de vida de mujeres con cirugía uterina previa, evitando complicaciones a futuro, principalmente llegar a las adolescentes que están en todo el inicio de su edad reproductiva y con inestables elementos de juicio.

5.6.1. Alcance de la Alternativa

Disminuir la incidencia de cesáreas iterativas sin justificación alguna, por lo que es necesario reducir la morbilidad materna y neonatal asociada a las complicaciones que se producen en la cesárea iterativa, tanto en mujeres con cesárea previa atendidas en el hospital León Becerra del Cantón Milagro como en todos los centros de salud, y la comunidad.

Referencias Bibliográficas

- Alavifard, S., Meier, K., Shulman, Y., Tomlinson, G. y D'Souza, R. (2019). Derivation and validation of a model predicting the likelihood of vaginal birth following labour induction. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2232-8>
- Astatikie, G., Limenih, M. A. y Kebede, M. (2017). Maternal and fetal outcomes of uterine rupture and factors associated with maternal death secondary to uterine rupture. *BMC pregnancy and childbirth*, 17.
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M. y Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS ONE*, 11(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J. D., Barros, F. C., Juan, L., ... Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341–1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
- Bonzon, M., Gross, M. M., Karch, A. y Grylka-Baeschlin, S. (2017). Deciding on the mode of birth after a previous caesarean section - An online survey investigating women's preferences in Western Switzerland. *Midwifery*, 50, 219–227. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.005>
- Chen, M.-M., McKellar, L. y Pincombe, J. (2017). Influences on vaginal birth after caesarean section: A qualitative study of Taiwanese women. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 30(2), e132-e139. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.10.009>
- Colais, P., Bontempi, K., Pinnarelli, L., Piscicelli, C., Mappa, I., Fusco, D. y Davoli, M. (2018). Vaginal birth after caesarean birth in Italy: variations among areas of

residence and hospitals. *BMC pregnancy and childbirth*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2018-4>

Denham, S. H., Humphrey, T., deLabrusse, C. y Dougall, N. (2019). Mode of birth after caesarean section: individual prediction scores using Scottish population data. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2226-6>

Fonseca, J. E., Rodriguez, J. L. y Maya Salazar, D. (2019). Validation of a predictive model for successful vaginal birth after cesarean section. *Colombia medica (Cali, Colombia)*, 50(1), 13–21. <https://doi.org/10.25100/cm.v50i1.2521>

Grobman, W. A., Lai, Y., Landon, M. B., Spong, C. Y., Leveno, K. J., Rouse, D. J., ... Mercer, B. M. (2007). Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology*, 109(4), 806–812. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000259312.36053.02>

Grobman, W. A., Lai, Y., Landon, M. B., Spong, C. Y., Leveno, K. J., Rouse, D. J., ... Mercer, B. M. (2009). Does information available at admission for delivery improve prediction of vaginal birth after cesarean? *American journal of perinatology*, 26(10), 693–701.

Habak, P. J. y Kole, M. (Eds.). (2019). *Pregnancy, Vaginal Birth After Cesarean Delivery (VBAC)*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507844/>

Jeffries, E., Falcone-Wharton, A., Daggy, J. y Tucker Edmonds, B. (2019). Examining the Impact of the Vaginal Birth After Cesarean Risk Calculator Estimation on Trial of Labor After Cesarean Counseling. *MDM Policy & Practice*, 4(1). <https://doi.org/10.1177/2381468319850830>

Keedle, H., Schmied, V., Burns, E. y Dahlen, H. G. (2019). A narrative analysis of women's experiences of planning a vaginal birth after caesarean (VBAC) in Australia using critical feminist theory. *BMC pregnancy and childbirth*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2297-4>

- Kiwan, R. y Qahtani, N. al. (2018). Outcome of Vaginal Birth after Cesarean Section: A Retrospective Comparative Analysis of Spontaneous Versus Induced Labor in Women with One Previous Cesarean Section. *Annals of African Medicine*, 17(3), 145–150. https://doi.org/10.4103/aam.aam_54_17
- Koh, V. M., Essome, H., Sama, J. D., Foumane, P. y Ebah, B. M. (2018). Accouchement sur utérus cicatriciel dans les pays à faibles ressources: circuit de prise en charge et devenir materno-foetal. *The Pan African Medical Journal*, 30. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.255.15678>
- Kohler, S., Sidney Annerstedt, K., Diwan, V., Lindholm, L., Randive, B., Vora, K. y Costa, A. de. (2018). Postpartum quality of life in Indian women after vaginal birth and cesarean section: a pilot study using the EQ-5D-5L descriptive system. *BMC pregnancy and childbirth*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2038-0>
- Krizman, E., Grzebielski, P., Antony, K. M., Sampene, E., Shanahan, M., Iruretagoyena, J. I. y Bohrer, J. (2019). Operative Vaginal Delivery Is a Safe Option in Women Undergoing a Trial of Labor after Cesarean. *AJP Reports*, 9(2), e190-4. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1692482>
- Landon, M. B. y Grobman, W. A. (2016). What We Have Learned About Trial of Labor After Cesarean Delivery from the MFMU Cesarean Registry. *Seminars in perinatology*, 40(5), 281–286.
- Li, Y.-X., Bai, Z., Long, D.-J., Wang, H.-B., Wu, Y.-F., Reilly, K. H., ... Ji, Y.-J. (2019). Predicting the success of vaginal birth after caesarean delivery: a retrospective cohort study in China. *BMJ open*, 9(5), e027807. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027807>
- Lyckestam Thelin, I., Lundgren, I. y Nilsson, C. (2019). To challenge oneself as a childbearing woman-the lived experience of vaginal birth after caesarean section in Sweden. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 14(1), 1605784. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1605784>

- Metz, T. D., Stoddard, G. J., Henry, E., Jackson, M., Holmgren, C. y Esplin, S. (2013). Simple, Validated Vaginal Birth After Cesarean Delivery Prediction Model for Use at the Time of Admission. *Obstetrics and gynecology*, 122(3), 571–578.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Atención del Parto por Cesárea. Guía de Práctica Clínica*. Quito. Recuperado de http://instituciones.msp.gov.ec/images/Documentos/GPC_guias_practica_clinica_msp/GPC_atencion_parto_por_cesarea_2015.pdf
- Motomura, K., Ganchimeg, T., Nagata, C., Ota, E., Vogel, J. P., Betran, A. P., ... Mori, R. (2017). Incidence and outcomes of uterine rupture among women with prior caesarean section: WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *Scientific Reports*, 7.
- Mu, Y., Li, X., Zhu, J., Liu, Z., Li, M., Deng, K., ... Liang, J. (2018). Prior caesarean section and likelihood of vaginal birth, 2012–2016, China. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(8), 548–557. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.206433>
- Nilsson, C., Lalor, J., Begley, C., Carroll, M., Gross, M. M., Grylka-Baesclin, S., ... Healy, P. (2017). Vaginal birth after caesarean: Views of women from countries with low VBAC rates. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 30(6), 481–490. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.009>
- OMS (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas: Debe de hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1
- Rusavy, Z., Francova, E., Paymova, L., Ismail, K. M. y Kalis, V. (2019). Timing of cesarean and its impact on labor duration and genital tract trauma at the first subsequent vaginal birth: a retrospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2359-7>
- Sakiyeva, K. Z., Abdelazim, I. A., Farghali, M., Zhumagulova, S. S., Dossimbetova, M. B., Sarsenbaev, M. S., ... Shikanova, S. (2018). Outcome of the vaginal birth

- after cesarean section during the second birth order in West Kazakhstan. *Journal of family medicine and primary care*, 7(6), 1542–1547. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_293_18
- Senturk, M. B., Cakmak, Y., Atac, H. y Budak, M. S. (2015). Factors associated with successful vaginal birth after cesarean section and outcomes in rural area of Anatolia. *International Journal of Women's Health*, 7, 693–697.
- Shinar, S., Agrawal, S., Hasan, H. y Berger, H. (2019). Trial of labor versus elective repeat cesarean delivery in twin pregnancies after a previous cesarean delivery- A systematic review and meta-analysis. *Birth (Berkeley, Calif.)*. Publicación en línea avanzada. <https://doi.org/10.1111/birt.12434>
- Thapsamuthdechakorn, A., Sekararithi, R. y Tongsong, T. (2018). Factors Associated with Successful Trial of Labor after Cesarean Section: A Retrospective Cohort Study. *Journal of Pregnancy*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/6140982>
- Wilson, E., Sivanesan, K. y Veerasingham, M. (2019). Rates of vaginal birth after caesarean section: What chance do obese women have? *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*. Publicación en línea avanzada. <https://doi.org/10.1111/ajo.13003>
- Wingert, A., Johnson, C., Featherstone, R., Sebastianski, M., Hartling, L. y Douglas Wilson, R. (2018). Adjunct clinical interventions that influence vaginal birth after cesarean rates: systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2065-x>
- Xing, Y.-P., Qi, X.-Y., Wang, X.-Z. y Yang, F.-Z. (2019). Development of a Modified Score System as Prediction Model for Successful Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Clinical and translational science*, 12(1), 53–57. <https://doi.org/10.1111/cts.12603>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General
<p>¿Cuáles son los Riesgos y Beneficios del parto vaginal Post Cesárea en pacientes atendidas en el hospital León Becerra periodo Enero - Junio 2019?</p>	<p>Analizar el riesgo y el beneficio asociado a la atención del parto vaginal post-cesárea en el hospital León Becerra Camacho, dentro del periodo Enero-Junio 2019.</p>	<p>“En el hospital León Becerra Camacho la atención del parto vaginal post cesárea se asocia a mayores beneficios y menores riesgo que la cesárea iterativa”</p>
Problemas Derivados	Objetivos Específicos	Hipótesis Especificas
<p>-¿Cuál es el porcentaje de eventos de riesgo en las pacientes que tienen un parto vaginal post-cesárea frente a una sometida a cesárea iterativa?</p> <p>-¿Cuáles son los beneficios que obtienen las pacientes de parto vaginal post cesárea frente a una sometida a cesárea iterativa?</p>	<p>- Establecer la frecuencia de eventos riesgos y beneficios presentes en las mujeres que concluyeron su parto por vía vaginal y por cesárea iterativa</p> <p>- Comparar los eventos de riesgo y beneficios entre los partos vía vaginal y la cesárea iterativa</p>	<p>-Las complicaciones maternas son más frecuentes en la cesárea iterativa en relación al parto vaginal post cesárea</p> <p>-Las complicaciones fetales son menos frecuentes en neonatos obtenidos por parto vaginal post cesárea que por cesárea iterativa.</p>

Anexo 2: Formulario de recolección de información

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS				PVPC		CESAREA ITERATIVA	
EDAD		14-19 AÑOS		20-30 AÑOS		31-40 AÑOS	
NUMERO DE CONTROL PRENATAL				<5		>5	
ESTADO NUTRICIONAL	BAJO PESO		NORMAL	SOBREPESO		OBESIDAD	
ANEMIA				SI		NO	
PERIODO INTERGENESICO							
COMPLICACIONES OBTETRICAS EN LA MADRE							
ATONIA UTERINA				SI		NO	
HEMORRAGIA POST PARTO				SI		NO	
HISTERECTOMIA POST PARTO				SI		NO	
TRANSFUSION SANGUINEA				SI		NO	
INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO/EPISIORRAFIA				SI		NO	
COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO							
TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RN				SI		NO	
SUFRIMIENTO FETAL				SI		NO	
DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RN				SI		NO	
ESTANCIA HOSPITALARIA						< 48 HORAS > 48 HORAS	

Anexo 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO ESCRITO

PARTO VAGINAL POSTCESÁREA, RIESGOS-BENEFICIOS EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO. PERIODO
ENERO-JUNIO 2019

Yo _____

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con los autores de este proyecto de investigación.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el ensayo

Fecha

Firma del participante

CC:

