



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

TRABAJO DE FINALIZACIÓN DE CARRERA

TEMA:

INCIDENCIA DE PARTO VAGINAL EN EMBARAZO A TÉRMINO CON ANTECEDENTE DE UNA CESÁREA PREVIA, EN EL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, ESTUDIO REALIZADO EN EL PERIODO DE OCTUBRE DEL 2013 HASTA MARZO DEL AÑO 2014.

AUTOR

INES ROXANA RONQUILLO ROMERO

TUTORA

**OBST. LAURA ALVAREZ FUENTES DE SALAZAR
GUAYAQUIL-ECUADOR**

AÑO

2014

REPOSITARIONACIONALEN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA

DE

TITULOYSUBTITULO:

Incidencia de parto vaginal en embarazo a término con antecedente de una cesárea previa

AUTOR/ES:

INES ROXANA RONQUILLO ROMERO

TUTORA:

OBST. LAURA ALVAREZ FUENTES

INSTITUCIÓN:

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD:

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA:OBSTETRICIA

FECHADEPUBLICACIÓN:

Nº. DEPAGS:

ÁREAS TEMÁTICAS:

PALABRAS CLAVE: Parto Vaginal – Cesáreas Anterior – Embarazos a términos - complicaciones obstétricas y perinatales.

RESUMEN:

La principal preocupación del profesional obstétrico es el riesgo de muerte perinatal debido a rotura uterina en las pacientes con antecedente de cesárea que han sido sometidas a parto vaginal en gestaciones anteriores.El Objetivo de la presente es Determinar el porcentaje de parto vaginal en embarazo a término con antecedente de una cesárea. Para el análisis de los datos obtenidos se realizó una estadística descriptiva en base a porcentaje y frecuencia de cada una de las variables evaluadas y sus posibles combinaciones. Como resultados conseguidos en el presente trabajo en el periodo de estudio y acogiéndonos a los criterios de inclusión encontramos 46 casos, que luego de analizados se obtuvieron los resultados: Según la recolección de datos demuestra de 1-4 controles prenatales con el 87%; Con respecto a los resultados expuestos de acuerdo a la mayoría de las gestantes que fueron sometidas al intento de parto vaginal con antecedentes de Cesárea anterior el incremento se dio en nulíparas con el promedio de 45%, el porcentaje de las complicaciones se presentó parto prolongado (2.2); desgarro de cérvix (2.2); alumbramiento incompleto (4.3).

N.DEREGISTRO:

N.DECLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓNURL

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTOCON AUTORES/ES:

Teléf:094564133

Email:roxironquillo@hotmail.c

CONTACTOENLA INSTITUCION:



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

OBSTETRIZ.

DELIA CRESPO ANTEPARA, MSC.

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA

PRESENTE.

Certifico que en calidad de tutor/ a del trabajo de investigación de tesis realizado por la Srta. RONQUILLO ROMERO INES ROXANA, con C.I. 09191931565 requisito previo para obtención del Título de OBSTETRA de la universidad de Guayaquil, cuyo tema de tesis es: **INCIDENCIA DE PARTO VAGINAL EN EMBARAZO A TERMINO CON ANTECEDENTE DE UNA CESÁREA PREVIA, EN PACIENTE DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ESTUDIO REALIZADO EN EL PERIODO DE OCTUBRE DEL 2013 HASTA MARZO DEL AÑO 2014.** He dirigido y revisado y aprobado en su totalidad.

Atentamente.

**OBST. LAURA ALVAREZ FUENTES DE SALAZAR
TUTORA**



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA

Esta tesis cuya autoría corresponde a la **Srta. INES ROXANA RONQUILLO ROMERO** ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Obstetricia como requisito parcial para optar el Título de OBSTETRA.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA DE OBSTETRICIA

DEDICATORIA

Principalmente quiero dedicar este trabajo a Dios, y al ser más querido que se alejó para estar junto a nuestro Padre Celestial, a mi Madre por haberme regalado el don de la vida, por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de mucho aprendizaje, experiencia, felicidad y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Gracias Dios por estar al lado mío en cada paso que doy cuidándome y dándome mucha fortaleza para seguir adelante y lograr realizar mi sueño como profesional de la salud, un sueño que creí distante y ahora lo estoy logrando.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he logrado, Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas de mi tesis.

RESUMEN

La principal preocupación del profesional obstétrico es el riesgo de muerte perinatal debido a rotura uterina en las pacientes con antecedente de cesárea que han sido sometidas a parto vaginal en gestaciones anteriores. El Objetivo de la presente es Determinar el porcentaje de parto vaginal en embarazo a término con antecedente de una cesárea. Para el análisis de los datos obtenidos se realizó una estadística descriptiva en base a porcentaje y frecuencia de cada una de las variables evaluadas y sus posibles combinaciones. Como resultados conseguidos en el presente trabajo en el periodo de estudio y acogiéndonos a los criterios de inclusión encontramos 46 casos, que luego de analizados se obtuvieron los resultados: Según la recolección de datos demuestra de 1-4 controles prenatales con el 87%; Con respecto a los resultados expuestos de acuerdo a la mayoría de las gestantes que fueron sometidas al intento de parto vaginal con antecedentes de Cesárea anterior el incremento se dio en nulíparas con el promedio de 45%, el porcentaje de las complicaciones se presentó parto prolongado (2.2); desgarro de cérvix (2.2); alumbramiento incompleto (4.3).

PALABRAS CLAVES:

Parto Vaginal – Cesáreas Anterior – Embarazos a términos - complicaciones obstétricas y perinatales.

ABSTRACT

The main concern of obstetric professional is the risk of perinatal death due to uterine rupture in women with previous cesarean section who have undergone vaginal delivery in previous pregnancies. The objective of this is to determine the percentage of vaginal delivery at term with a history of cesarean section. For the analysis of the data was performed descriptive statistics based on percentage and frequency of each of these factors and their possible combinations. As results obtained in the present work in the study period and welcoming us to the inclusion criteria found 46 cases, which then analyzed the results: According to the data collection shows 1-4 prenatal visits with 87%; With respect to the results presented in accordance with the majority of pregnant women who were subjected to attempt vaginal delivery with a history of previous cesarean increases occurred in gilts with average of 45%, the percentage of complications prolonged labor was presented (2.2); cervical laceration (2.2); incomplete delivery (4.3).

KEY WORDS:

Vaginal birth - C-Section - Pregnancy to terms - obstetric and perinatal complications.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICADO DEL TUTOR (A)

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICES GENERAL

ÍNDICES DE TABLAS Y GRÁFICOS

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.1.2 DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	2
1.1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	2,3
1.1.4 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.1.5 VIABILIDAD.....	3
1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	4
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
1.3 HIPÓTESIS.....	4
1.4 VARIABLES.....	4
1.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE.....	4
1.4.2VARIABLE INDEPENDIENTE.....	4
1.4.3VARIABLE INTERVINIENTE.....	4
2. MARCO TEÓRICO.....	
FUNDAMENTACIÓN.....	5
DEFINICIONES.....	5
DURACIÓN DE LA GESTACIÓN.....	5
PARTO A TÉRMINO.....	6
TRABAJO DE PARTO.....	6
PARTO VAGINAL.....	6
CESÁREA.....	6
CESÁREA PROGRAMADA O ELECTIVA.....	6

CESÁREA DE EMERGENCIA.....	6
TIPOS DE INSICION UTERINA.....	6
PARTO VAGINAL POSCESÁREA (PVPC).....	6-7
SELECCIÓN DE LA VÍA DEL PARTO TRAS UNA CESARÍA ANTERIOR...	7
VALORACION OBSTÉTRICOS DE SELECCIÓN.....	8
VALORACION OBSTÉTRICOS DE PROHIBICIÓN.....	8
CONSIDERACIONES GENERALES EN CASOS DE CESÁREAS ANTERIOR	
POSIBILIDAD DE INDUCCIÓN.....	9
ANESTESIA EPIDURAL.....	9
MONITORIZACIÓN CARDIOTOCOGRÁFICA.....	9
ESTIMULACIÓN OXITÓCICA.....	9
ASISTENCIA AL EXPULSIVO.....	9
REVISIÓN DE LA CICATRIZ UTERINA.....	10
CICATRIZ DEL ÚTERO: POR ECOGRAFÍA.....	10
COMPLICACIONES MATERNAS DEL PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA	11
RIESGO PARA LA MADRE CON CESÁREA ANTERIOR QUE NO QUIEREN OPTAR POR LA PRUEBA DE PARTO VAGINAL.....	11
CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA SOMETER A PARTO VAGINAL EN AQUELLAS MUJERES QUE HAN CURSADO POR UNA CESÁREA PREVIA.....	11-12
MANEJO DEL PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA PREVIA...	12
TRATAMIENTO DEL PVPC	13
PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA PREVIA.....	
MANEJO DE LA PRIMERA Y SEGUNDA ETAPA DEL PARTO VAGINAL POSCESÁREA (PVPC).....	14
ATENCION DEL LA TERCERA ETAPA DEL PARTO VAGINAL POSCESAREA (PVPC).....	14

ATENCION DEL POSPARTO VAGINAL POSCESAREA (PVPC).....	14
MANEJO DE LA PACIENTE CON DOS O MÁS CESÁREAS ANTERIORES	15
MATERIALES Y MÉTODOS.....	
3.1. MATERIALES.....	16
3.1.1. LOCALIZACIÓN.....	16
3.1.2. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	16
3.1.3. PERIODO DE INVESTIGACION.....	16
3.1.4. RECURSOS A EMPLEAR	16
3.1.4.1. RECURSOS HUMANOS.....	16
3.1.4.2. RECURSOS FÍSICOS.....	17
3.1.5. UNIVERSO Y MUESTRA.....	17
3.1.5.1UNIVERSO.....	17
3.1.5.2 MUESTRA.....	17
3.2. MÉTODO.....	17
3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	17
3.2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
3.2.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA	17
INFORMACIÓN.....	
3.2.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	18
3.2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN.....	18
3.2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	18
3.2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	19
3.2.5.3 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	19
3.2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	20-
	23
4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADO.....	24-
	40
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	
CONCLUSIÓN.....	41
RECOMENDACIÓN.....	42
5. LA PROPUESTA	

JUSTIFICACIÓN.....	43
OBJETIVO.....	43
OBJETIVO ESPECIFICO.....	43
META.....	44
DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.....	44
FORMAS DE SEGUIMIENTO.....	44
ACTIVIDADES.....	44
6. BIBLIOGRAFÍA.....	45
7.ANEXO	46-
	48

1. INTRODUCCIÓN

Una de las principales controversias en la Obstetricia es el manejo de una paciente con antecedente de cesárea ante una nueva gestación.

En Latinoamérica, 12 de 19 países estudiados tienen tasas de cesáreas aumentado el 15% con categorías que varían de 16.8% a 40%. En Ecuador como en otros países, se ha visto un incremento importante en los nacimientos por cesárea, y la provincia de Manabí no es la excepción, siendo esta una importante causa de morbilidad materna.

El colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (AGOG) recomienda someter a todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal, salvo que existan ciertas circunstancias para que no se pueda someter; la rotura uterina es la complicación más preocupante en la prueba de trabajo de parto vaginal, que se presenta en menos de 1% y depende del tipo de incisión de la cicatriz uterina, periodo intergenésico, la medición de cicatriz incisional para que sea recomendada la paciente con cesaría previa para parto vaginal.

En Ecuador aproximadamente el 60% y el 80% se someten a este tipo de prueba, logra y paren por vía vaginal del total de los embarazos pueden presentar de partos a términos pero solo un 5% al 9% terminan sin ningún problema favoreciendo además con hospitalizaciones maternas duración cortas, disminuye la pérdida sanguínea, reduce las infecciones y casos de tromboembólicos. Teniendo un promedio del 13% de prematuridad según informes de la maternidad Enrique Sotomayor de Guayaquil. (sociedad, 2010)

El objetivo de este estudio fue establecer los parámetros que permitan dar una probabilidad de parto vaginal en aquellas pacientes con el antecedente de una cesárea previa, que acudieron a la atención del parto con embarazo a término, durante el periodo de octubre 2013 hasta marzo 2014, con la finalidad de obtener datos reales, confiables y actuales que sirvan para implementar programas prevención de atención para parto vaginal con antecedente de cesárea previa y así aportar a la reducción de la morbi-mortalidad materno-fetal .

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Los parámetros para que las pacientes con embarazo a término y con antecedente de una cesárea previa sean sometidas a un parto normal en el Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período comprendido de octubre 2013 hasta marzo 2014.

El parto vaginal en pacientes con cesárea previa es una situación considerablemente discutida desde hace muchos años, presentando debates en su manejo como es la vía de finalización del embarazo y sus ventajas tanto para la madre como para el feto.

Actualmente se presenta el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, como una alternativa segura que no presenta un incremento en la morbi-mortalidad materno-fetal y debe adoptarse siempre y cuando no existan contraindicaciones para el mismo.

Por tal motivo como futura profesional de obstetricia, considere oportuno la investigación de las características de las pacientes con mayor probabilidad para el éxito de parto vaginal con embarazo a término y el antecedente de una cesárea previa, dependiendo de la indicación de la cesárea previa y las características de la paciente a su ingreso a la unidad hospitalaria

1.1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

CAMPO: investigativo, social

ÁREA: Gineco-obstetricia

TEMA: Parto vaginal en paciente con embarazo a término con antecedentes de una cesárea previa

TIEMPO: octubre 2013 hasta marzo 2014

ESPACIO: Hospital Verdi Cevallos Balda

1.1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

1. ¿Cuál es la incidencia actual de parto vaginal en embarazo a término con antecedente de una cesárea previa?

2. ¿Cuál es el mayor número de edad y grupo etario que son perjudicados por desconocer los conocimientos acerca de los riesgos y beneficios que tienen a someterse el intento de trabajo de parto vaginal en paciente post cesáreas?
3. ¿Cuáles son las principales complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa?

1.1.4 JUSTIFICACIÓN

En diferentes instituciones hospitalarias del mundo, se ha protocolizado el comportamiento a de someter al trabajo de parto normal a las gestantes con cesárea previa, valiéndose de que no exista alguna indicación para acelerar el parto o que se exponga en riesgo la vida de la madre o del feto; para lograr resultados exitosos.

La principal razón que se tenía para contraindicar esta conducta en las pacientes con cesárea previa, que establece el temor a la ruptura uterina; sin embargo los estudios epidemiológicos revelan que este riesgo no es mayor a los beneficios que puedan obtenerse con un parto por vía vaginal.

La excelencia de este problema justifico su investigación que fue estudiado y realizado en el Hospital “Verdi Cevallos Balda” durante el periodo de octubre 2013 hasta marzo 2014, este tiempo oportuno permitió investigar los parámetros que permitieron en aquellas pacientes con embarazo a término y con el antecedente de una cesárea previa a ser sometidas al trabajo de parto vaginal, de igual forma permitió identificarse las principales complicaciones obstétricas y perinatales.

Y con los resultados obtenidos de este estudio tiene la oportunidad de plantear la alternativa de contribuir la solución a este problema.

1.1.5 VIABILIDAD

El Actual estudio es viable porque fue factible realizarlo, ya que se contó con el apoyo del equipoprofesional de salud y directivos del hospital.

Para realizar este trabajo existió buena accesibilidad en la obtención de la información en el área de pre-parto, parto y postparto, la disponibilidad del tiempo y demás recursos que se requiere para realizar esta investigación como: suficiente información

bibliográfica, trabajos realizados en otras universidades, numerosos estudios estadísticos. Además de ser una experiencia de aprendizaje durante mi internado rotativo que realice en esta institución hospitalaria.

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el porcentaje de parto vaginal en embarazo a término con antecedente de una cesárea.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la incidencia del parto vaginal en gestantes a término con cesárea previa durante el período de octubre de 2013 hasta marzo 2014.
- Precisar el mayor número de edad y grupo etario que son perjudicados por desconocer los conocimientos acerca de los riesgos y beneficios que tienen a someterse el intento de trabajo de parto vaginal en paciente post cesáreas.
- Identificar las principales complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa.

1.3 HIPÓTESIS

El número de cesáreas reduciría si se hiciera una evaluación obstétrica eficiente de la gestante con cesáreas previas innecesarias o por alguna patología ya no presente en este embarazo, pensando siempre en el bienestar de la paciente y considerando que la cesárea es una técnica quirúrgica muy necesaria cuando es imposible llevar a cabo un parto vaginal en la que pelagra la vida de la madre o feto.

1.4 VARIABLES

1.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE: Parto vaginal en gestantes a término con cesárea previa

1.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE: Parámetros absolutos y relativos para que sean sometidas a un parto vaginal

1.4.3 VARIABLE INTERVINIENTE: complicaciones obstétricas y perinatales

2 MARCO TEÓRICO

FUNDAMENTACIÓN

Embarazo a término se conoce aquellos que cursan entre las 37.5 a 40 semanas de gestación, estos pueden culminar en partos vaginales que es la extracción del feto a través de la vagina, o cesáreas la que consiste en la extracción del feto por vía alta a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero.

Dr. Edward Cragin menciona una conocida frase “Una vez Cesárea, siempre Cesárea”, por ser una de las inquietudes de los médicos es el riesgo de muerte perinatal debido a rotura uterina en las pacientes que con antecedente de cesárea son sometidas a parto vaginal. Representando un reto relevante en experiencia de la obstetricia.

Durante todo este tiempo transcurrido los profesionales se fueron capacitando y especializando en la terminación del parto vaginal y en solucionar las posibles complicaciones del parto, sin terminar necesariamente en cesaría.

En estos últimos tiempos se hace el caso de la elección de vía vaginal después de cesárea, ya que reduce la tasa global de estas operaciones y la morbilidad materna. Este procedimiento resulta exitoso en 60 a 80%, favoreciendo además con hospitalizaciones maternas cortas, menor pérdida sanguínea, menos infecciones y eventos tromboembólicos.

Actualmente se ofrece el parto vaginal en pacientes con cesáreas previas, como un dilema evidente que no demuestra aumento en la morbi-mortalidad materno-fetal y que debe someterse a el intento de trabajo de parto vaginal con antecedente de cesárea previa no exista contraindicaciones para el mismo.(Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia , 2010)

DEFINICIONES:

DURACIÓN DE LA GESTACIÓN: 280 días o 40 semanas después del comienzo de la última menstruación o, de manera más exacta, 266 días o 38 semanas después de la fecundación. (Langman)

PARTO A TÉRMINO: Nacimiento de un producto de 37 semanas a 41 semanas cumplidas de gestación.

TRABAJO DE PARTO: son los fenómenos fisiológicos que tienen por finalidad la salida de un feto viable de los genitales materno. (Schwarcz, 2008)

PARTO VAGINAL: Es un acto fisiológico que consiste en la expulsión del feto a través de la vagina.

CESÁREA: Es la salida del feto a través de una incisión quirúrgica en el abdomen y útero.

CESÁREA PROGRAMADA O ELECTIVA: Aquella que se realiza antes de que inicie el trabajo de parto.

CESÁREA DE EMERGENCIA: Aquella que se realiza por una complicación o patología de compromiso vital o accidental para la madre y/o el feto en cualquiera de las etapas del trabajo de parto. (MSP, CONASA, 2008)

TIPOS DE INSICION UTERINA

Se puede efectuar en el útero algunos tipos de incisión: la cesárea corporal: clásica y la transversa; la incisión segmentaria siendo la más utilizada es la transversa baja, transversa alta y vertical.

Teniendo como incidencia de ruptura uterina basado de acuerdo a el tipo incisión en el útero, dando un reporte disminuido para la cesárea de tipo segmentaria transversa baja, de 0% a 0.8%; para la incisión vertical la incidencia de ruptura uterina en el embarazo incrementa 0.5% a 6.5%, y Si la cicatriz uterina previa compromete el cuerpo uterino, la incidencia de ruptura es de 4.3% a 8%, que contraindica un parto vaginal. (Messa, 2009)

PARTO VAGINAL POSCESÁREA (PVPC)

Parto por vía vaginal que se realiza luego de haber tenido una cesárea previa. (Ministerio de Salud Publica, 2008)

El tiempo que transcurre el trabajo de parto en gestantes con cesárea previa esperecidao una paciente nulípara y se usa la misma las curvas alerta planteadas por Friedman, en el uso del trabajo de parto durante la fase activa.

SELECCIÓN DE LA VÍA DEL PARTO TRAS UNA CESARÍA ANTERIOR

En el Momento de la consulta prenatal, es preferencial antes de la semana 36, se debe informar debidamente las pacientes con embarazo los riesgos y beneficios del parto vaginal con antecedentes de una cesárea previa, así mismo indicar las ventajas e inconvenientes programada en igualación con el intento de parto vaginal se describen así:

	PARTO VAGINAL CON CESAREAS ANTERIORES	CESÁREA PROGRAMADA
VENTAJAS	<p>No tendrá cirugía abdominal.</p> <p>Menor riesgo de transfusión de sangre e infección.</p> <p>Recuperación total más rápida</p> <p>Puede evitar cesáreas múltiples en el futuro.</p>	<p>Fecha Segura para el nacimiento del Recién Nacido.</p> <p>Estarán el presente Médicos Especializado.</p>
INCONVENIENTES	<p>Rotura Uterina.</p> <p>Histerectomía.</p> <p>Placenta previa.</p>	<p>Demasiado Tiempo en la realización de la Cesárea.</p> <p>Perforar Vejiga.</p> <p>Sangrado Excesivo</p> <p>Infecciones.</p>

Existen en la actualidad indican que el mayor porcentaje de los intentos de parto después de una cesárea anterior finalizan con un parto por vía vaginal sí que exista complicaciones materno- fetal. Por ello para intentar parto después de una cesárea anterior se requiere una selección clínica rigurosa.

VALORACIÓN OBSTÉTRICAS DE SELECCIÓN

- Producto único en presentación cefálica
- Peso fetal estimado <4000g.
- No se repite la indicación que motivo la cesárea anterior.
- Cicatriz uterina previa segmentaria transversa.
- Pelvis Útil.
- Ausencia de otras cicatrices uterinas o de antecedentes de rotura uterina.
- No exista contraindicación para el parto vaginal.
- Consentimiento de la gestante.
- Disponibilidad de asistencia obstétrica continúa.

VALORACIÓN OBSTÉTRICOS DE PROHIBICIÓN

- Embarazos Múltiples o de Presentación no cefálica.
- Más cesáreas anteriores segmentarias
- Persiste la indicación por lo que se realizó la primera cesárea
- Feto macrosómico
- Patología médico-obstétrica que contraindique el parto vaginal(Saldivar)
- Que gestante rehusé el parto vaginal.
- Incapacidad para vigilancia obstétrica intraparto

Existen varias circunstancias particulares en gestantes con cesáreas anteriores, se tiene que analizar.

El colegio americano de obstetras y ginecólogos (ACOG) y la SEGO recomiendan que para poder asumir el intento de vía vaginal, el obstetra debe estar disponible para vigilar el parto y poder realizar una cesárea urgente (en menos de 30 minutos desde que surge la indicación), lo que conlleva la disponibilidad de un equipo y de una infraestructura pertinente.

Hoy en día, las normas de acreditación de centros, obligan a disponer de un obstetra y un anestesista de guardia, así como de un área de paritorios adecuadamente

acondicionada como para hacer frente a cualquier eventualidad obstétrica. Cabe señalar que existen sentencias desfavorables basadas en estos preceptos.

CONSIDERACIONES GENERALES EN CASOS DE CESÁREAS ANTERIOR

POSIBILIDAD DE INDUCCIÓN: existe un consentimiento con respecto al uso de la oxitocina para la inducción de parto. Los factores de riesgo de rotura uterina: El uso de la oxitocina no vigilada, en fase de latencia

Las características cervicales desfavorables (Saldivar)

Aunque existe referencia de rotura uterina con misoprostol, y no se recomienda este último para maduración cervical en gestante con cesáreas anterior, la realidad indica que esta eventualidad es esporádica.

ANESTESIA EPIDURAL: no existe contraindicación para la analgesia epidural en gestantes con cesárea anterior. No sé a comprobado que la analgesia epidural oculte la sintomatología en caso de rotura uterina; de todas maneras, el obstetra ha de estar pendiente de cualquier signo anómalo que pueda presentarse.

MONITORIZACIÓN CARDIOTOCOGRÁFICA: es necesaria, no solo para controlar la dinámica uterina, sino para detectar lo más precozmente posible las anomalías de la frecuencia cardíaca fetal, parámetro relacionado con la rotura uterina.

Muchos autores indican un tiempo inferior a 30 minutos. Se aconseja siempre la monitorización biofísica interna. La disminución brusca de la intensidad de la contracción o la desaparición del registro de la dinámica uterina es patognomónica de rotura uterina.

ESTIMULACIÓN OXITÓCICA: es utilizada bajo vigilancia, junto a una rigurosa monitorización cardiotocográfica, no ha demostrado que incremente el riesgo de rotura uterina.(Saldivar)

ASISTENCIA AL EXPULSIVO: La mayoría del profesional obstétrico escogen por abreviar el expulsivo, si este periodo se alarga más de 20-30 minutos. Está prohibida la

maniobra de Kristeller y en la práctica de instrumentación sistemática del expulsivo no mejora beneficios significativos.

REVISIÓN DE LA CICATRIZ UTERINA: En muchos hospitales se realiza, en otros no se hace de rutina, salvo que exista una hemorragia vaginal y signos de shock postparto. La dehiscencia asintomática de la cicatriz se soluciona espontáneamente y no se demuestra que el embarazo futuro tenga mejor pronóstico suturando o no la dehiscencia.

El intento de parto vaginal después de una cesárea anterior segmentaria transversa se considera que es una conducta obstétrica segura, aunque no exenta de riesgos.

Presenta una elevada tasa de éxito siempre que de forma cuidadosa se haya realizado una selección clínica rigurosa y exista un consentimiento informado.

La decisión final debe ser tomada conjuntamente por la gestante y su obstetra, analizando los beneficios y riesgos del parto vaginal. El conocimiento común y el buen criterio clínico deben ser los factores primordiales en el momento tomar una decisión.

Distinto es el caso de la cesárea corporal, en la que siempre deberá de realizarse otra cesárea subsecuente, debido al significativo aumento de dehiscencia de la cicatriz anterior. (Saldivar)

CICATRIZ DEL ÚTERO: POR ECOGRAFÍA

Algunos ginecólogos, durante las ecografías comunes del embarazo, miden el mínimo espesor de la pared del útero en la zona de la cicatriz de la cesárea anterior. Sin embargo los estudios a este relacionado aun concluyente, probablemente el punto de corte esté en torno a 2,3 mm. Las investigaciones sugieren que las cicatrices de espesor menor de 2,3 mm tienen unas 10 veces más de probabilidades de romperse que las de espesor mayor de 2,3 mm.

COMPLICACIONES MATERNAS DEL PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA

Complicación que más asusta a los obstetras al intento de parto vaginal con cesárea previa es la ruptura uterina. Siendo diferentes tipos de ruptura uterina a como son:

Dehiscencia

RUPTURA INCOMPLETA: cuando ambas cavidades están separadas por peritoneo visceral.

RUPTURA COMPLETA: cuando existe comunicación de la cavidad uterina con la cavidad peritoneal.

RIESGO PARA LA MADRE CON CESÁREA ANTERIOR QUE NO QUIEREN OPTAR POR LA PRUEBA DE PARTO VAGINAL.

En mujeres con embarazo de término y antecedente de cesárea, que tienen la intención de optar por una cesárea de repetición se les debe informar que el riesgo de mortalidad materna es mayor que cuando se intenta una prueba de parto, que el riesgo de placenta previa, acretismo placentario, hemorragia obstétrica e histerectomía obstétrica, en embarazos subsecuentes, es mayor, así como lo es la estancia hospitalaria pero que tienen menor riesgo de rotura uterina

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA SOMETER A PARTO VAGINAL EN AQUELLAS MUJERES QUE HAN CURSADO POR UNA CESÁREA PREVIA

Nacimiento antes de las 37 semanas: en mujeres con embarazo menor de 37 semanas, con antecedente de cesárea, que se someten a prueba de parto.

- Las tasas de éxito no muestran diferencias significativas cuando se compara con las pacientes que cursan embarazos de término bajo las mismas circunstancias (72.8 Vs 73.3%).

- La tasa de rotura uterina fue significativamente menor que en el grupo de las mujeres con embarazos a término(0.34 Vs 0.74 %,p=0.03).

El resultado perinatal es similar cuando se compara con un grupo de gestantes que son sometidas a cesárea de repetición antes de las 37 semanas.

Inducción de aborto del segundo trimestre:mujeres con antecedente de cesárea anterior, que tiene indicada la inducción del aborto, el uso de misoprotol es adecuado, debiéndose informar de un riesgo de rotura uterina menor a 0.3%

Periodo Intergenesico entre gestaciones: en mujeres con embarazo de término con un periodo intergenesico mayor a 18 meses, se puede someterse una prueba de trabajo parto como vía de finalización del embarazo.

Embarazo múltiple:Las tasas de ruptura uterina asintomática son iguales a las encontradas en embarazos únicos (90/10.000). Por lo anterior en el grupo de mujeres que cursan con embarazo Gemelar, tienen antecedente de cesárea, sin otra contraindicación, es factible someterse una prueba de parto vaginal.

Macrosomía fetal: a las mujeres de embarazo a término, con antecedente de cesárea anterior, con un peso fetal estimado mayor a 4000gr, que intentan una prueba de parto, se les debe advertir que la probabilidad de éxito es menor que con fetos con peso menor a 4000 g y que el riesgo de ruptura uterina es aumentado cuando no se tiene el antecedente de un parto previo.(General)

MANEJO DEL PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA PREVIA

La certeza del trabajo de parto vaginal vigilado en los partos con cesárea previa constituye una de las habilidades efectivas para disminuir el índice de cesáreas.

El manejo de la paciente con dos o más cicatrices uterinas es motivo de controversia y se desaconseja intentar el parto vaginal en estas pacientes.

Disminuir el porcentaje de cesáreas ofreciendo parto vaginal a las pacientes con doble cicatriz uterina probablemente no sea la formasegura, más bien, evitar las cesáreas en

primigestas, se sometan una prueba de parto vaginal segura a pacientes con una cesárea anterior.

TRATAMIENTO DEL PVPC

PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA PREVIA. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)

Realice las mismas acciones que para el control del embarazo de bajo riesgo.

1. Averigua la causa de las cesáreas previa, el tiempo de labor de parto y la antropometría neonatal.
2. Oriente a la paciente y a sus familiares sobre las múltiples ventajas y los riesgos de un parto vaginal después de una cesárea (la rotura uterina es baja y oscila entre 0,2 a 0,8 %)
3. Determinar condiciones para intentar parto vaginal Poscesárea (PVPC):
 - Relación céfalo pélvica adecuada.
 - Presentación cefálica.
 - Peso fetal estimado igual o inferior al producto de embarazos previos.
 - Descartar macrosomía.
 - Confirme por protocolo quirúrgico que la cesárea previa fue segmentaria y no corporal. Si no dispone de esta información. Considere por seguridad la realización de una cesárea iterativa.
 - Descartar otras cicatrices uterinas o roturas previas.
 - Médicos capacitados para practicar cesáreas de urgencia.
 - Se cuenta con anestesia, personal e infraestructura para una cesárea.
4. Determine contraindicaciones para parto vaginal Poscesárea (PVPC):
 - Presentación no cefálica.
 - Embarazo múltiple.
 - Cicatriz uterina corporal.
 - Cesárea previa antes de las 32 semanas.
 - Dolor en el sitio de la cicatriz uterina previa.(Ministerio de Salud Publica, 2008)

- Antecedente de cirugía uterina con entrada a la cavidad endometrial (miomectomía, útero doble) o procedimiento endouterino con perforación (legrado, histeroscopia).
5. Documente por consentimiento informado la decisión de la paciente de intentar un trabajo de parto / parto luego de cesárea previa.

MANEJO DE LA PRIMERA Y SEGUNDA ETAPA DEL PARTO VAGINAL POSCESÁREA (PVPC)

6. NO DIFIERE DE LA ATENCION DEL PARTO DE BAJO RIESGO, PERO ESTA RESERVADA EXCLUSIVAMENTE PARA EL NIVEL QUE CUENTE CON DISPONIBILIDAD INMEDIATA DE QUIROFANO (NIVEL II – III).
7. Coloque una vía venosa permeable con Catlón 16 – 18G desde el inicio de la fase activa de la labor de parto.
8. Durante el expulsivo se debe evitar el pujo materno excesivo y/o la compresión abdominal del fondo uterino.
9. No debe usarse fórceps o ventosa obstétrica.
10. Proceda a realizar una cesárea urgente si:
- la paciente presenta descompensación hemodinámica
 - dolor intenso de la herida previa
 - taquisistolia o hipertonia

ATENCION DEL LA TERCERA ETAPA DEL PARTO VAGINAL POSCESAREA (PVPC)

11. No difiere de la atención del parto de bajo riesgo. Se debe realizar Manejo Activo de la Tercera Etapa del Trabajo de Parto (MATEP).
12. Mantenga vigilancia estricta por 2 horas posparto

ATENCION DEL POSPARTO VAGINAL POSCESAREA (PVPC)

No difiere del protocolo de manejo del parto de bajo riesgo. No realice revisión digital de la herida por vía cérvico vaginal si la paciente no presenta alteración hemodinámica.

MANEJO DE LA PACIENTE CON DOS O MÁS CESÁREAS ANTERIORES.

Si la paciente llega con dilatación avanzada o en período expulsivo, manejo similar al protocolo de paciente con una cesárea previa. Disminuir el porcentaje de cesáreas ofreciendo parto vaginal a las pacientes con doble cesárea probablemente no sea la medida óptima, sino más bien, evitar las cesáreas en primigestas, y ofreciendo una prueba de parto vaginal segura a pacientes con una cesárea anterior.(Ministerio de Salud Publica, 2008)

3 MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. MATERIALES

3.1.1. LOCALIZACIÓN:

Este estudio se realizó en la Provincia de Manabí, cantón Portoviejo, Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda que abarca el Área de Gineco-obstetricia, la cual está distribuida en sala de pre-parto, parto y Hospitalización que cuenta con cinco cuartos, estos de acuerdo al grupo de pacientes ingresadas, alto riesgo, puerperio, postparto, post cesárea; y un cuarto para especialidad ginecológica. Mi estudio se realizó específicamente en la sala de pre-parto donde se realizó la entrevista de las pacientes.

3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO:

El cantón Portoviejo pertenece políticamente a la provincia de Manabí, geográficamente limita al Norte con los cantones Rocafuerte, Sucre, Junín y Bolívar, al Sur con el cantón Santa Ana, al Oeste con el cantón Montecristi y el Océano Pacífico y al Este con los cantones Pichincha y Santa Ana. Corresponde a un clima lluvioso (invierno), entre los meses de Enero a Abril, y la estación seca (verano) que se produce entre los meses de Mayo a diciembre. La temperatura promedio es de 24 grados centígrados. La población actual es 238,430 Hab. Dedicados a la agricultura.

3.1.3. PERÍODO DE INVESTIGACIÓN:

El periodo estimado fue aproximadamente “OCTUBRE 2013 HASTA MARZO 2014”.

3.1.4. RECURSOS A EMPLEAR

- Recursos humanos
- Recursos físicos

3.1.4.1. RECURSOS HUMANOS

- Investigador
- Tutora
- Pacientes embarazadas

3.1.4.2. RECURSOS FÍSICOS

Copias, Impresiones, Material didáctico, Guía educativa, Papel bond, Bolígrafo, Lapiceros, Laptop, Internet, Pendrive, Teléfono, Textos, Revistas, Tarjeta telefónicas, Transporte formulario del encuestador.

3.1.5. UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.5.1 UNIVERSO:

Está conformado por 239 pacientes que tenían una cesárea anterior con embarazos a término que asistieron al hospital Verdi Cevallos Balda durante el periodo establecido.

3.1.5.2. MUESTRA:

Se establecieron según los criterios de inclusión y exclusión 46 pacientes con antecedente de cesárea anterior, en el área de parto y parto.

3.2. MÉTODO

3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es Descriptivo y Prospectivo

3.2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para el análisis de los datos obtenidos se realizó una estadística descriptiva en base a porcentaje y frecuencia de cada una de las variables evaluadas y sus posibles combinaciones.

3.2.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Basada con la debida aprobación de las autoridades del Hospital de Portoviejo Verdi Cevallos Balda; se comenta sobre el estudio y la finalidad del mismo.

Se realizó la encuesta personal para la recolección de datos con preguntas diseñadas de manera entendible a las pacientes con embarazo a término que fueron ingresadas para

parto ya sea por consulta externa o emergencia, pero solo aquellas pacientes embarazadas que fueron entrevistadas hayan tenido de antecedente una cesárea previa. Luego se procedió a la revisión de los resultados en relación del tema que se estudió.

3.2.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Se realizó una estadística descriptiva en base a porcentajes y frecuencia de cada una de las variables evaluadas y de sus posibles combinaciones.

Con las variables se estableció los totales en frecuencia y su valor porcentual, sus totales en el tiempo de estudio y de esta manera se dispuso sus respectivas frecuencias y porcentajes.

La tabulación se ejecuta primeramente en forma manual y posteriormente con las subrutinas del programa Excel 2010.

Para la presentación de los resultados de esta investigación se usa tablas en base a los datos de las variables recogidos y luego fueron graficadas en columnas 3D.

Los datos fueron realizados en computadora Pentium IV y Se utilizó el procesador de textos del Office 2010 para Windows.

3.2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN.

3.2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Todas las mujeres con embarazos a término con cesáreas anteriores que hayan ingresado para parto ya sea por consulta externa o emergencia en el Hospital Verdi Cevallos Balda durante el periodo establecido
- Todas aquellas gestantes que estén aptas para un parto vaginal ya sean Nulíparas, secundíparas, o multíparas siempre y cuando en el parto anterior haya sido por cesárea.
- Periodo intergenesico mayor de 2 años.
- Gestación única en presentación cefálica.
- Peso fetal estimado <4000g.
- Pelvis útil.

- Ausencia de otras cicatrices uterinas en la cavidad endometrial.
- Antecedentes de rotura uterina.
- Ausencia de la indicación de la cesárea anterior.
- Aquellas mujeres que acepten de manera voluntaria colaborar con la investigación.

3.2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Todas las Pacientes con Cesárea programada, dos o más cesáreas previas, embarazo múltiple, urgencia de interrupción del embarazo por compromiso materno-fetal.
- Que tengan menos de 37 semanas de gestación.
- Que tengan antecedentes patológicos obstétricos de Preeclampsia, eclampsia.
- Antecedentes de ruptura uterina.
- Pelvis Insuficiente.
- Feto macrosómico.
- Rechazo de la gestante.
- Imposibilidad de vigilancia obstétrica continúa intraparto.

3.2.5.3 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La elaboración de esta indagación contamos con la autorización de la universidad y del director del Hospital Verdi Cevallos Balda.

Se describe el objetivo y respetando las normas y los medios del hospital donde se elabora esta tesis, se hará esta investigación para favorecer la salud y el derecho a la asistencia médica de las gestantes.

La investigadora obtuvo de cada informe de consentimiento para este estudio; fechado y firmado antes de la inclusión en el estudio.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Determinar la frecuencia del parto vaginal en gestantes a término con cesárea previa durante el período de estudio.

VARIABLE	CONCEPTO	OPERACIONAL	INSTRUMENTO	DIMENSIÓN	INDICADOR
PARTO VAGINAL A TERMINO POSCESÁREA	Nacimiento de un producto de 37 semanas a 41 semanas cumplidas de gestación por vía vaginal que se realiza luego de haber tenido una cesárea previa	Resultados obtenidos de la encuesta realizada a las pacientes que ingresaron a sala de pre-parto	Pacientes Ficha de recolección de datos Encuestadora	Ingresadas por el área Disposición de las seleccionadas al intento de parto Semanas gestacional cesárea previa en	Emergencia Consulta externa Aceptaron el método Se negaron al intento de parto 37 SG 38 SG 39 SG 40 SG 41 SG Nulíparas Secundíparas Multíparas

Establecer los parámetros para la selección adecuada de las pacientes que pueden tener parto vaginal luego de una cesárea con el menor riesgo posible

VARIABLE	CONCEPTO	OPERACIONAL	INSTRUMENTO	DIMENSIÓN	INDICADOR
PARÁMETROS	Son un grupo de condiciones que deben cumplirse para tomar parte en un ensayo clínico.	Resultados obtenidos de la encuesta realizada a las pacientes que ingresaron a sala de pre-parto	Pacientes Ficha de recolección de datos Encuestadora	Edad Etnia Periodo intergenesico Abortos anteriores Controles prenatales	17 a 20 años 21 a 24 años 25 a 35 años Blanco Mestizo Montubio Afro ecuatoriano 2 años 3 años 4 años o más SI – NO Mínimo(1-4) Máximo (>5) Ninguno

Identificar las principales complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa.

VARIABLE	CONCEPTO	OPERACIONAL	INSTRUMENTO	DIMENSIÓN	INDICADOR
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS y PERINATALES	Se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial.	Resultados obtenidos de la observación durante el parto y postparto de las pacientes que ingresaron a sala de pre-parto	Pacientes Ficha de recolección de datos Encuestadora	Inicio del trabajo de parto Duración del parto en su periodo expulsivo Complicaciones durante el Parto Recién nacido Apgar	Espontaneo () Inducido () < 20 minutos 20-30 minutos >30 minutos Parto prolongado Desgarro vaginal Desgarro de cérvix Ruptura uterina Alumbramiento incompleto Hipodinamia secundaria Atonía uterina Ninguna >7 4-6 <4

				Peso del RN	<2500g 2500 - 3500g >4000g
				Edad gestacional del RN	prematureo >37 semanas A termino 38 -40 semanas Posttermino > 41 semanas
				Complicaciones del RN	Distress respiratorio Otras ninguno

1. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADO.

4.1 TABLAS Y GRAFICOS ESTADISTICOS

Encuesta dirigidas a cesáreas anteriores que se someten a partos vaginales

Octubre 2013- Marzo 2014

TABLA N° 1

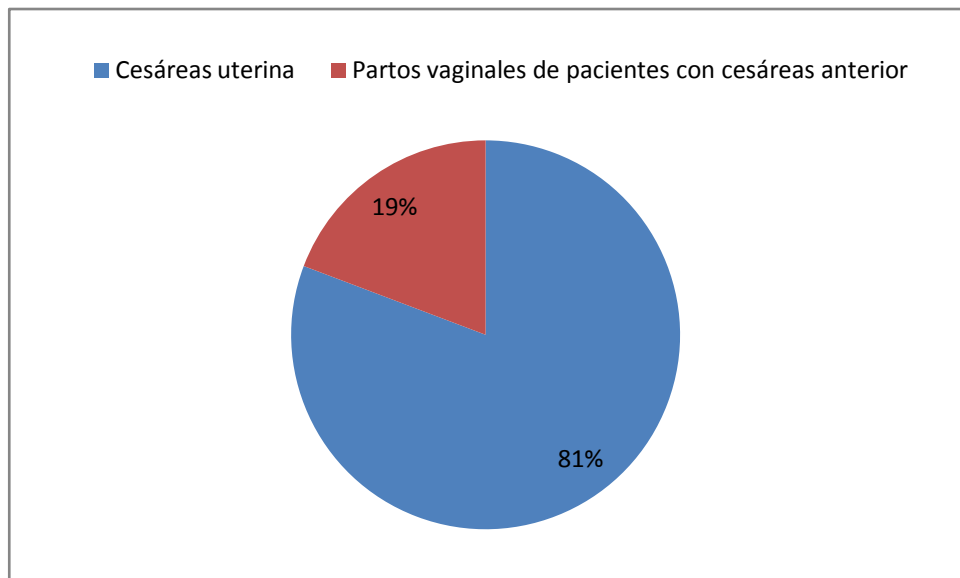
GRUPOS	FRECUENCIA	%
Cesáreas uterina	193	81%
Partos vaginales de pacientes con cesáreas anterior	46	19%
TOTAL	239	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICO N° 1



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

De un total de 239 de pacientes que tuvieron una Cesárea previa que fueron atendidas durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área sala de pre-parto de Gineco-obstetricia.

Por lo que se puede analizar que los partos vaginales con cesáreas anterior los 46 casos totales de partos vaginales que fueron atendidas durante el periodo expuesto.

TABLA N° 2.-INGRESO DE PACIENTES POR AREAS

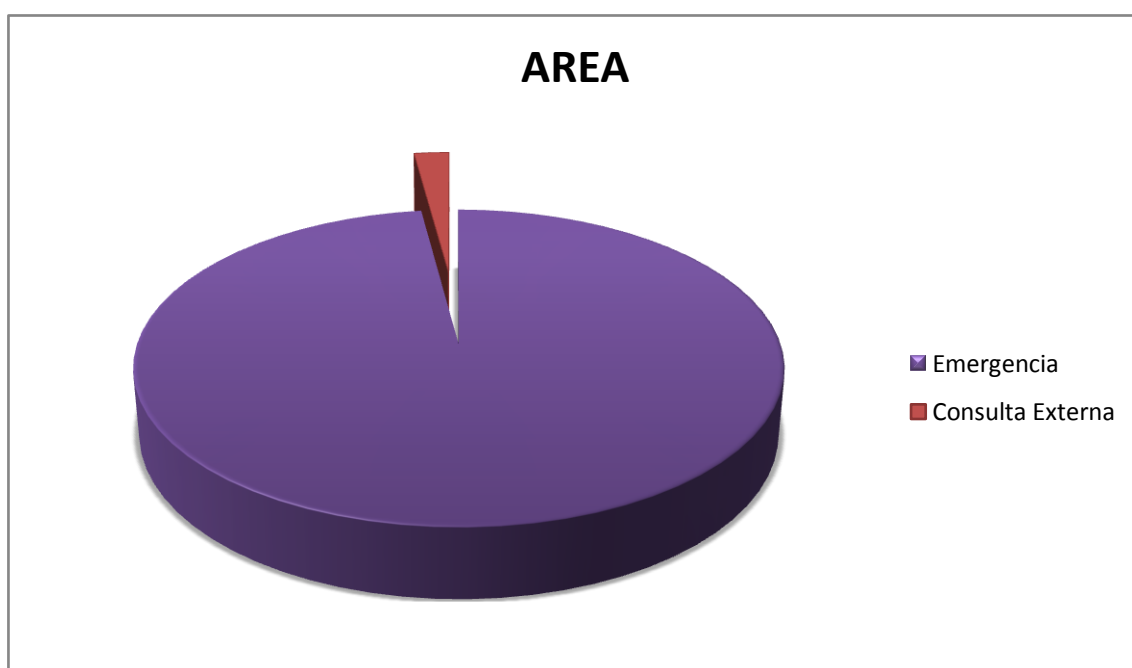
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	Emergencia	45	97.8
2	Consulta externa	1	2.1
TOTAL		46	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRAFICO N°2



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según el ingreso de la paciente por área, la frecuencia que se presentó emergencia (97.8); y consulta externa (2.1). Por lo que se puede analizar qué: el mayor porcentaje correspondió según el ingreso de la paciente por área se dio emergencia con el 87.8% del total de parto vaginal con cesárea anterior.

TABLA N° 3.-EDAD DE LA PACIENTE

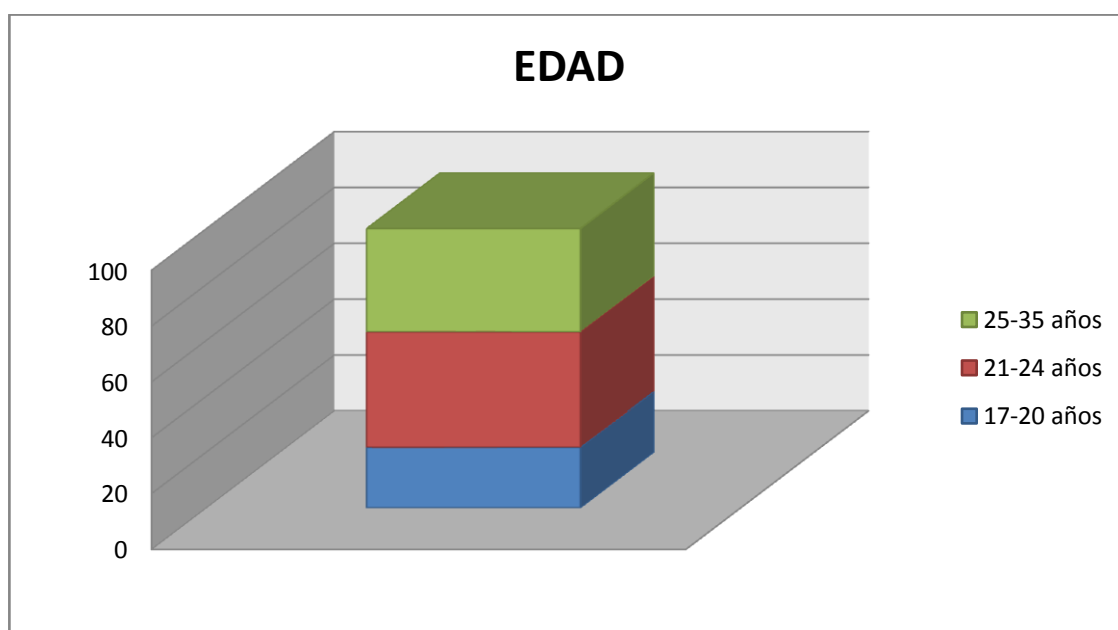
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	17-20 años	10	21.7
2	21-24 años	19	41.3
3	25-35 años	17	37
	TOTAL	46	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICO N°3



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto obstetricia según la edad, la frecuencia que se presentó dentro de los 17-20 años (21.7); 21-24 años (41.3); y 25-35 años (37).

Por lo que se puede analizar qué: el mayor porcentaje correspondió a la edad de 21-24 años con el 41.3% del total de partos vaginales con cesáreas anteriores.

TABLA N°4.- POR GRUPOS ETNICOS

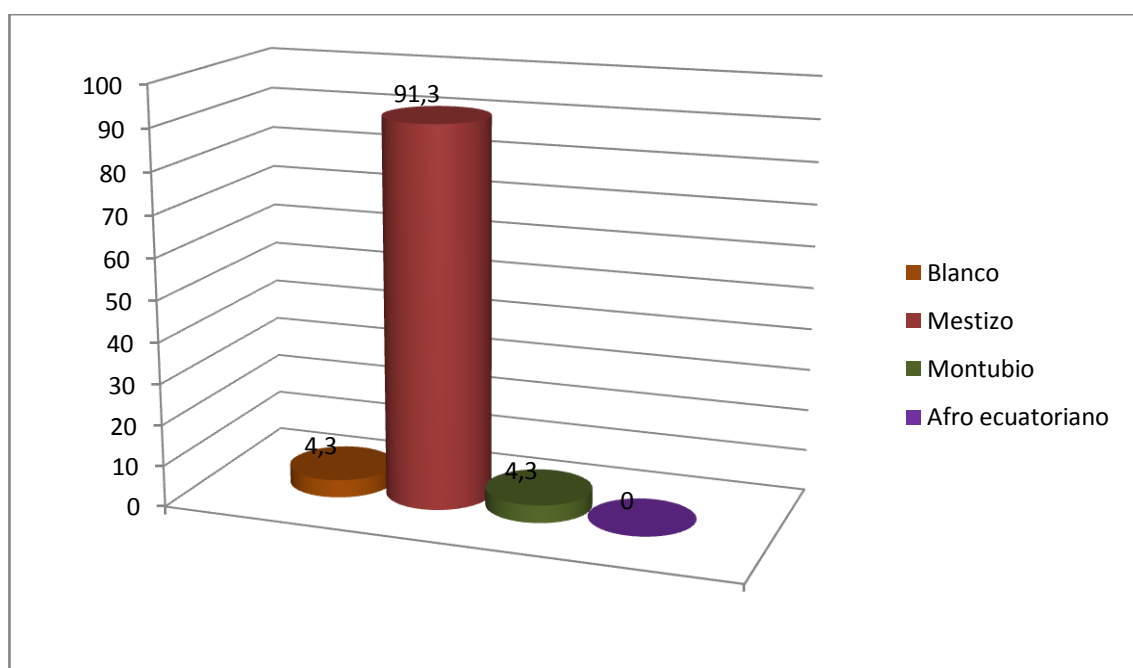
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	Blanco	2	4.3
2	Mestizo	42	91.3
3	Montubio	2	4.3
4	Afro ecuatoriano	0	0
TOTAL		46	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICO N°4



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según la etnia la frecuencia que se presentó el blanco (4.3); el Mestizo (91.3); el Montubio (4.3); y el Afro ecuatoriano (0).

Por lo que se puede analizar qué: el mayor porcentaje correspondió según la etnia se dio para el mestizo con el 91.3% del total de partos vaginales con cesáreas anteriores.

TABLA N°5.- SEGÚN ABORTOS ANTERIORES

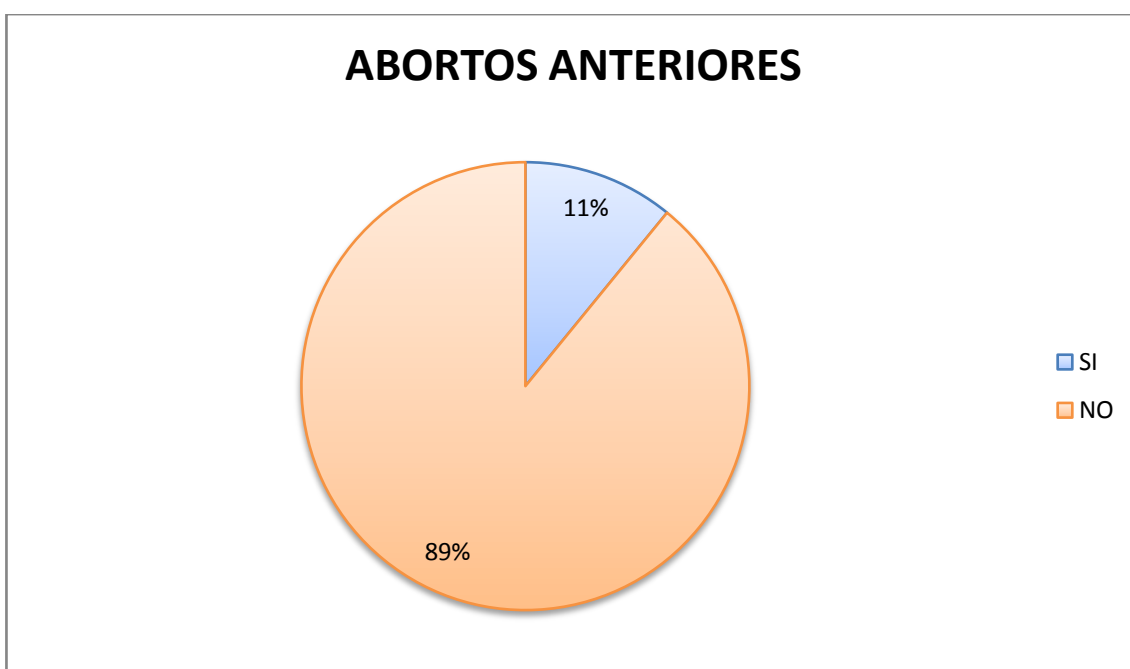
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	SI	5	11
2	NO	41	89
TOTAL		46	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICO N°5



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según los abortos anteriores con frecuencia que se presentó del sí (11); y no (89). Por lo que se puede analizar qué: el mayor porcentaje correspondió según los abortos anteriores se dio para el no con el 89% del total de mujeres embarazadas con cesáreas anteriores.

TABLA N°6.- SEGÚN SEMANA DE GESTACION

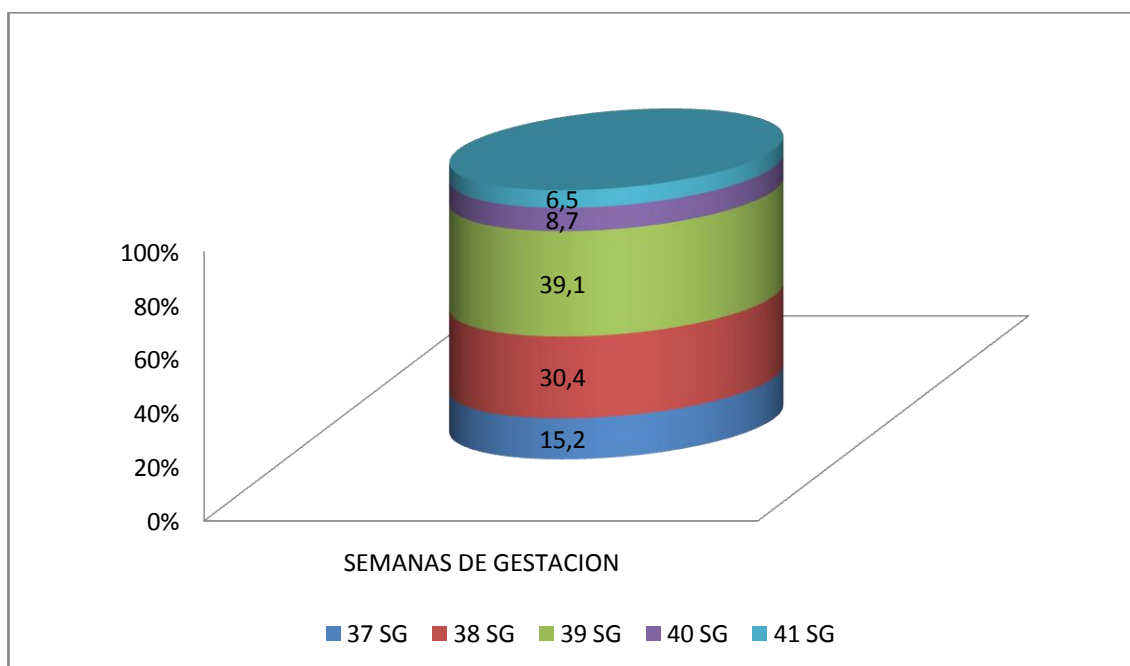
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	37 SG	7	15.2
2	38 SG	14	30.4
3	39 SG	18	39.1
4	40 SG	4	8.7
5	41 SG	3	6.5
TOTAL		46	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICO N° 6



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según las semanas gestacional con la frecuencia que se presentó el 37 SG (15.2); 38 SG (30.4); 39 SG(39.1);40 SG (8.7); y 41 SG (6.5). Por lo que se puede analizar qué: el mayor porcentaje correspondió según las semanas gestacional se dio para la Semana de Gestación con el 39.1% del total de partos vaginales con cesáreas anteriores.

TABLA N° 7 CONTROL PRENATAL

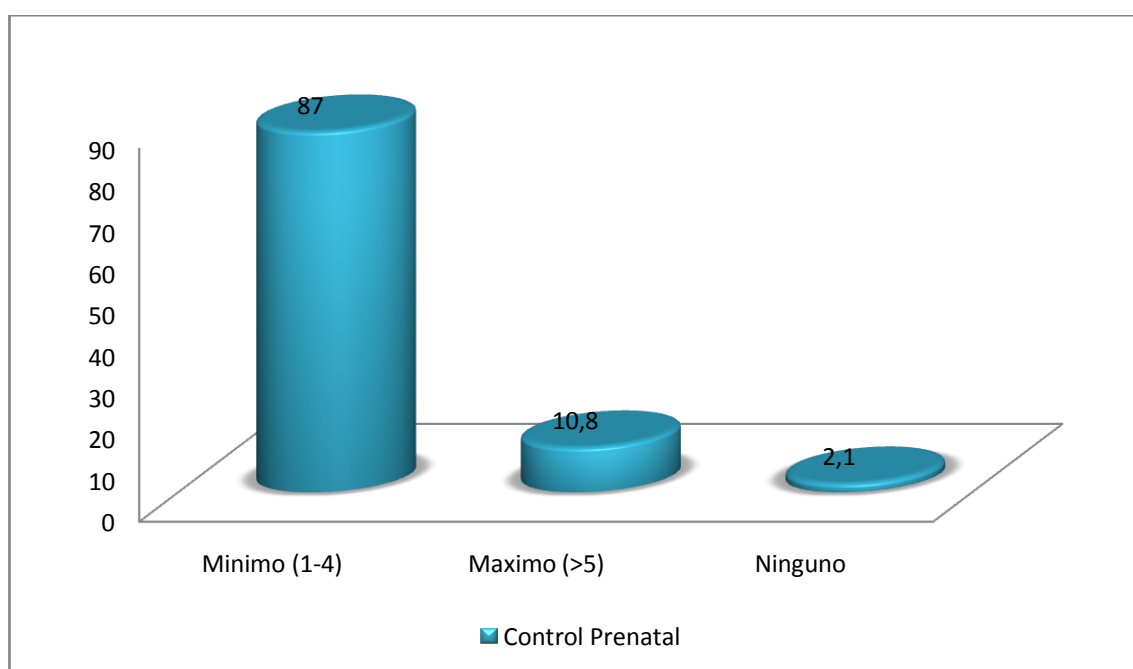
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	Mínimo(1-4)	40	87
2	Máximo (>5)	5	10.8
3	Ninguno	1	2.1
TOTAL		46	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICO N°6



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según los controles prenatales con frecuencia que se presentó el máximo 1-4 (87); el mínimo >5(10.8); y ninguno (2.1). Por lo que se puede analizar qué: el mayor porcentaje correspondió según los controles prenatal se dio para el máximo (1-4) control prenatal con el 87% del total de mujeres embarazadas con cesáreas anteriores.

TABLA N°8.- SELECCIONADAS AL INTENTO DEL TRABAJO DE PARTO

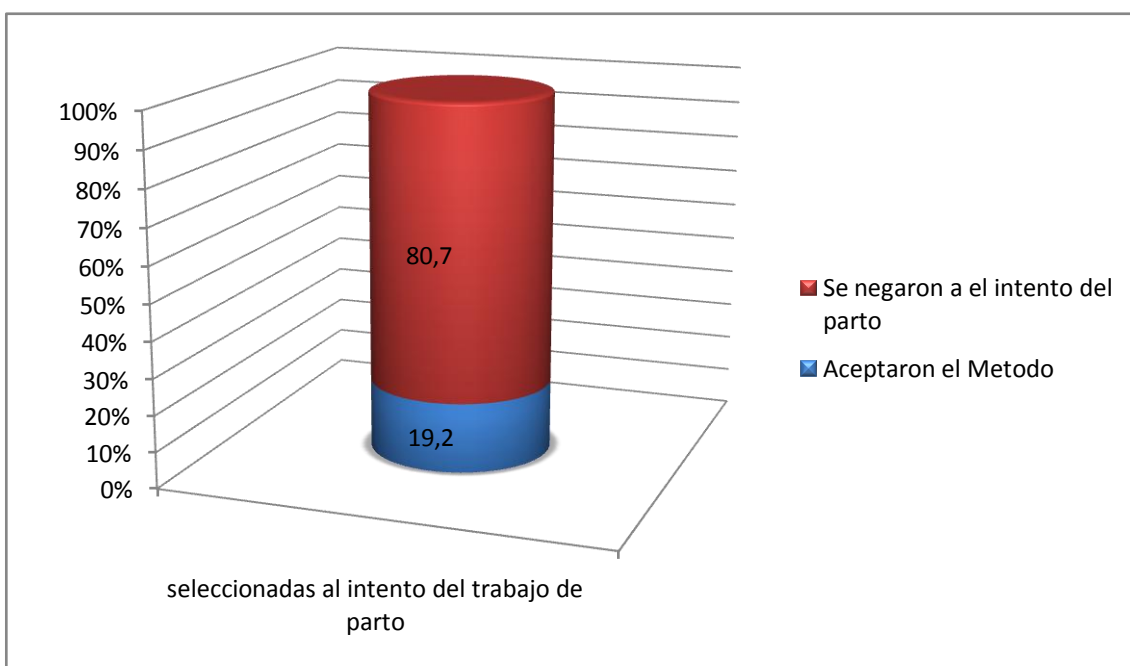
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	Aceptaron el método	46	19.2
2	Se negaron al intento del parto	193	80.7
TOTAL		239	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICO N°7



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según la disposición de las seleccionadas al intento del trabajo de parto con frecuencia que se presentó que aceptaron el método (19.2); y se negaron a el intento del parto (80.7). Por lo que se puede analizar qué: el mayor porcentaje correspondió según para las gestantes que negaron el intento del parto Vaginal 80.2% del total de partos vaginal con cesáreas anteriores.

TABLA N°9.- SEGÚN LA PARIDAD

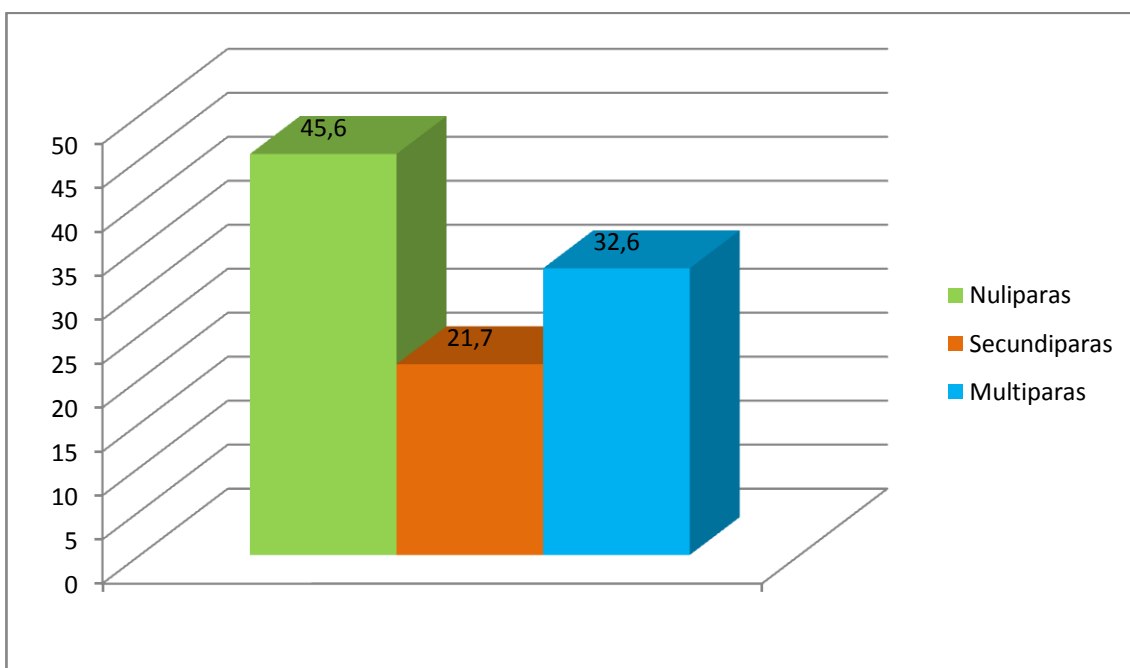
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	Nulíparas	21	45.6
2	Secundíparas	10	21.7
3	Múltiparas	15	32.6
TOTAL		46	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICA N°8



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según Cesárea previa con frecuencia que se presentó nulíparas (45.6); secundíparas (21.7); y múltiparas (32.6). Por lo que se puede analizar que: el mayor porcentaje correspondió según cesárea previa se dio para nulíparas con el 45.6 % del total de partos vaginales con cesáreas anteriores.

TABLA N°10.- PERIODO INTERGENESICO

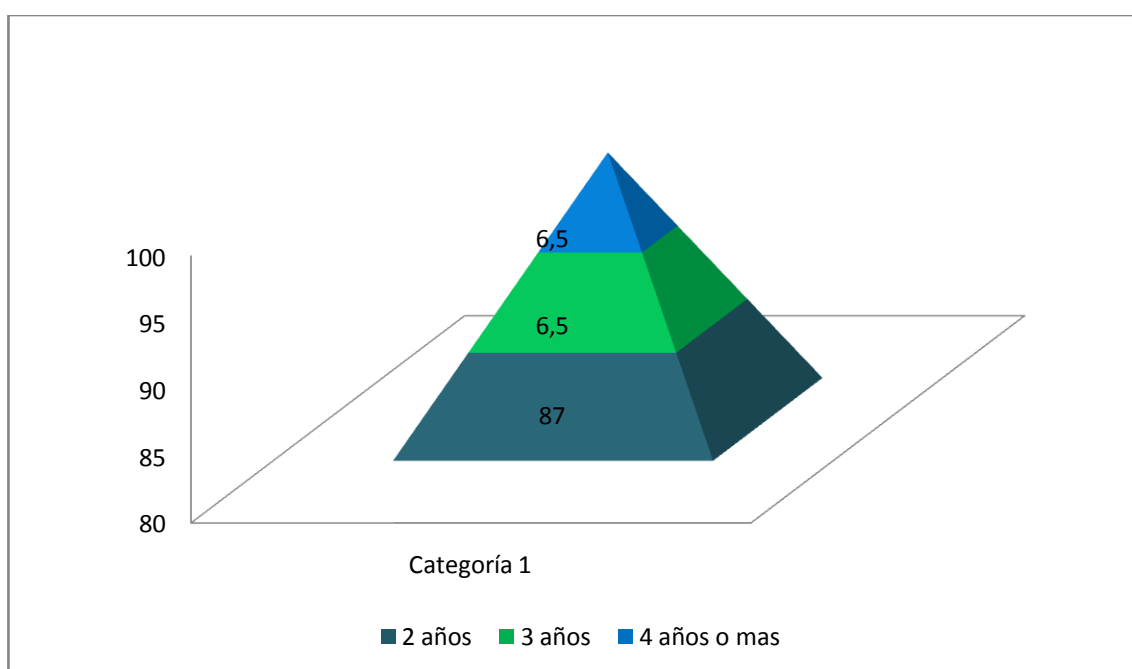
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	2 años	40	87
2	3 años	3	6.5
3	4 años o más	3	6.5
TOTAL		46	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICA N°10



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según el periodo intergenesico de la Cesárea anterior con frecuencia que se presentó 2 años (87); 3 años (6.5); y 4 años o más(6.5). Por lo que se puede analizar qué: el mayor porcentaje correspondió según periodo intergenesico de la cesárea anterior se dio para 2 años con el 87% del total de partos vaginales con cesáreas anteriores.

TABLA N°11.- INICIO DE TRABAJO DE PARTO

No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	Espontáneos	45	97.8
2	Inducido	1	2.1
TOTAL		46	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICO N°11



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según el inicio de trabajo de parto con frecuencia que se presentó espontaneo (98); y inducido (2).

Por lo que se puede analizar qué: el mayor porcentaje correspondió según el inicio de trabajo de parto se dio el espontaneo 98% del total de partos vaginales con cesáreas anteriores.

TABLA N°12.- DURACIÓN DEL PARTO EN SU PERIODO EXPULSIVO

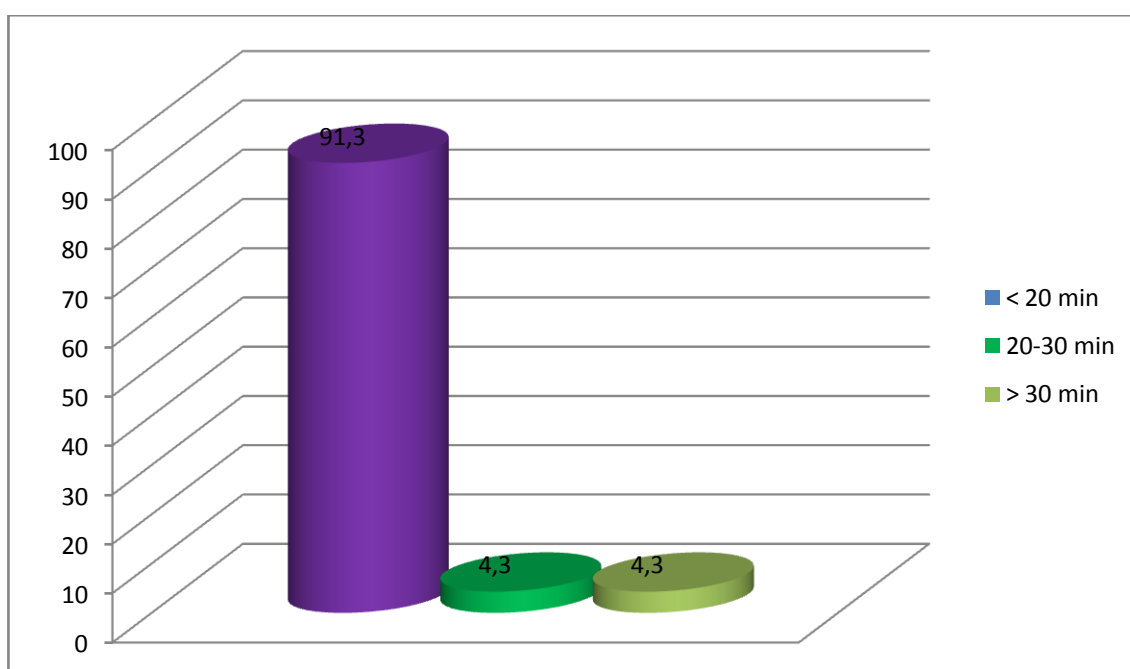
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	<20 minutos	42	91.3
2	20-30 minutos	2	4.3
3	>30 minutos	2	4.3
TOTAL		46	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICO N°12



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según la duración del parto en su periodo expulsivo del parto con frecuencia que se presentó <20 minutos (91,3); 20-30 minutos (4,3); y >30 minutos (4,3). Por lo que se puede analizar qué: el mayor porcentaje correspondió según duración del parto en su periodo expulsivo del parto se dio en <20 min con el 91,3% del total de partos vaginales con cesáreas anteriores.

TABLA N°13.- COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO VAGINAL

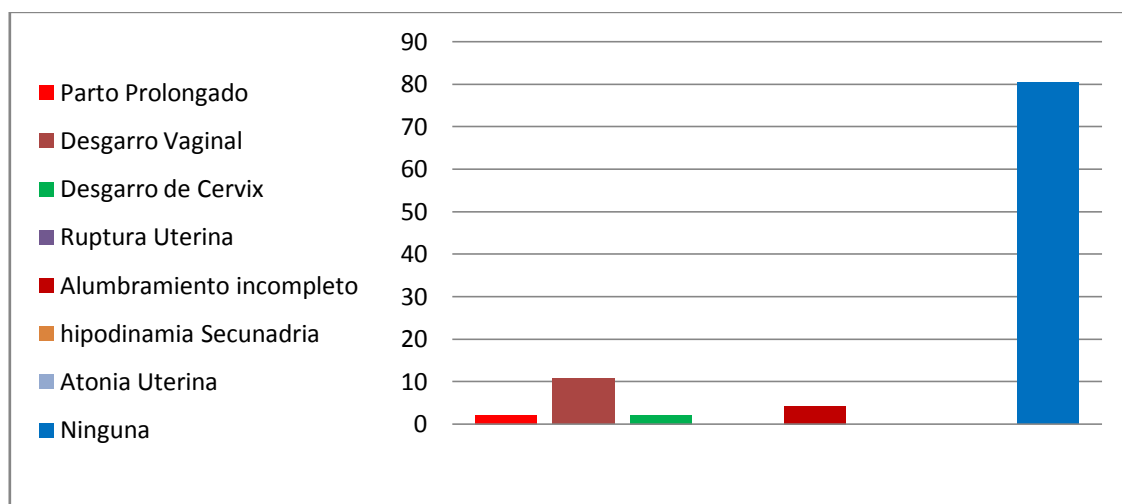
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	Parto prolongado	1	2.2
2	Desgarro vaginal	5	10.8
3	Desgarro de cérvix	1	2.2
4	Ruptura uterina	0	0
5	Alumbramiento incompleto	2	4.3
6	Hipodinamia secundaria	0	0
7	Atonía uterina	0	0
8	Ninguna	37	80.4
TOTAL		46	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICO N° 12



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según las complicaciones durante el parto vaginal con frecuencia que se presentó Parto prolongado (2.2); Desgarro vaginal (10.8); Desgarro de cérvix (2.2); Alumbramiento incompleto (4.3); y ninguno (80.4). Por lo que se puede analizar que: el mayor porcentaje correspondió según las complicaciones durante el parto vaginal se dio para ninguna con el 80.4% del total de partos vaginales con cesáreas anteriores.

TABLA N°14.- APGAR DEL RECIEN NACIDO

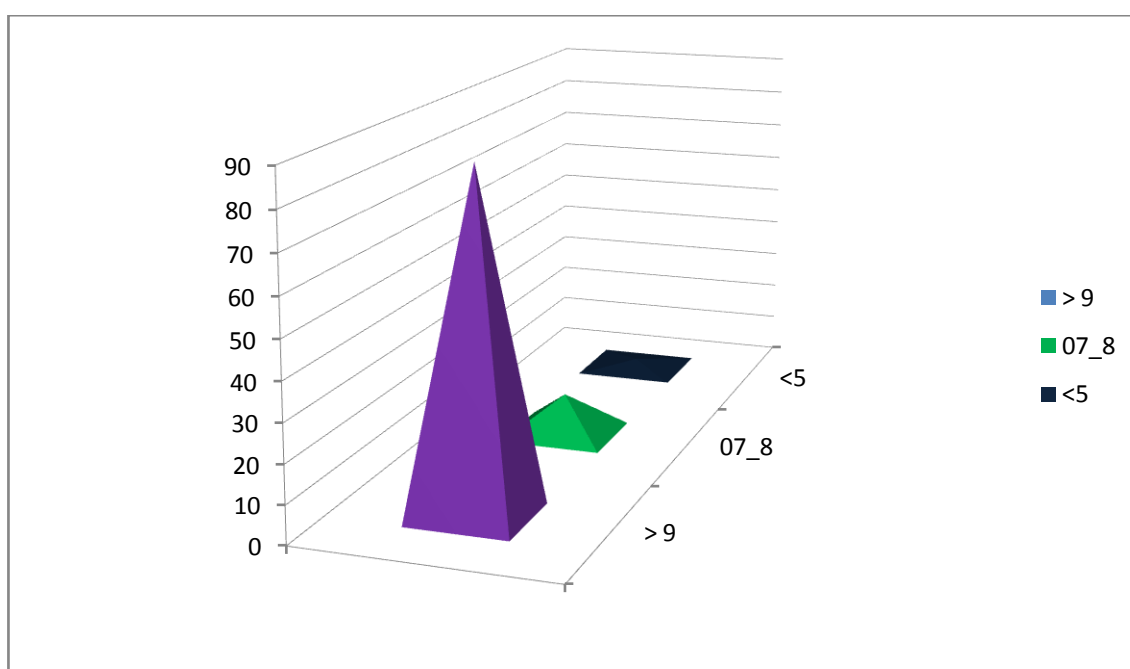
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	>9	40	87
2	7-8	5	10.8
	<5	1	2.2
TOTAL		46	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICO N° 14



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según la el Apgar del recién nacido con frecuencia que se presentó >9 (87); 07-08 (10.8); y < 5 minutos (2.2).Por lo que se puede analizar qué: el mayor porcentaje correspondió según el APGAR del recién nacido del parto se dio en >9 min con el 87% del total de Recién Nacidos por el partos vaginales con cesáreas anteriores.

TABLA N°.- 15 PESO DEL RN

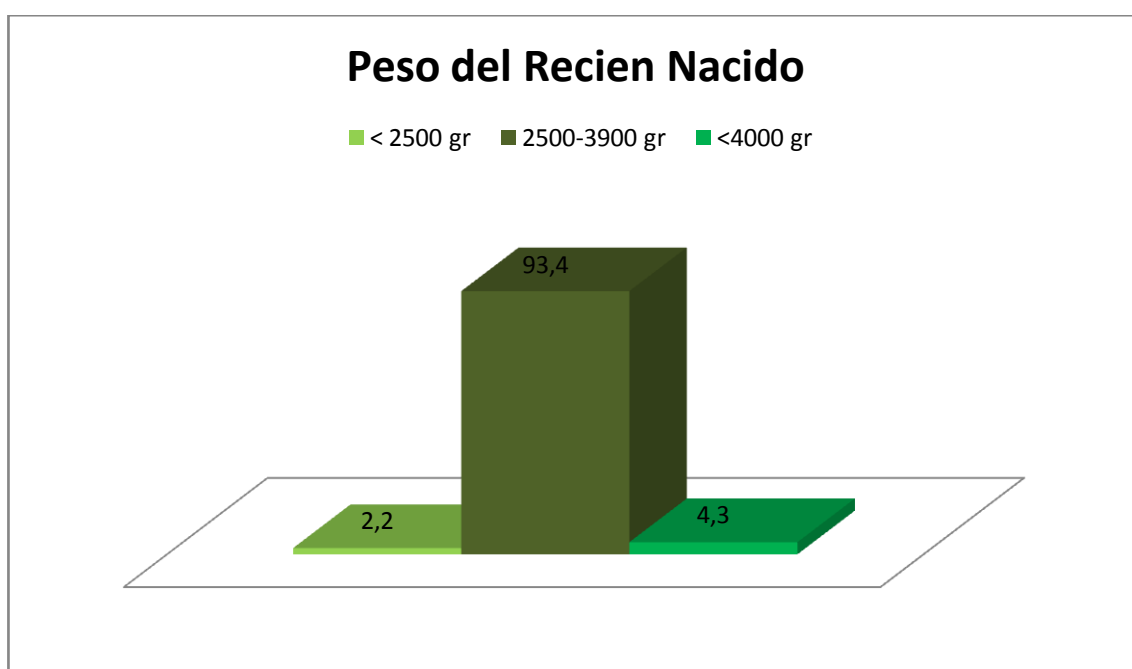
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	<2500g	1	2.2
2	2500-3900g	43	93.4
3	>4000g	2	4.3
TOTAL		46	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICO N° 15



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según la el Peso del recién nacido con frecuencia que se presentó <2500 (2.2); 2500-3900 (93,4); y <4000 (4.3).Por lo que se puede analizar qué: el mayor porcentaje correspondió según el Peso del recién nacido se dio en 2500-3900 gr con el 93,4% del total de Recién Nacidos por el partos vaginales con cesáreas anteriores.

TABLA N° 16.- EDAD GESTACIONAL DEL RN

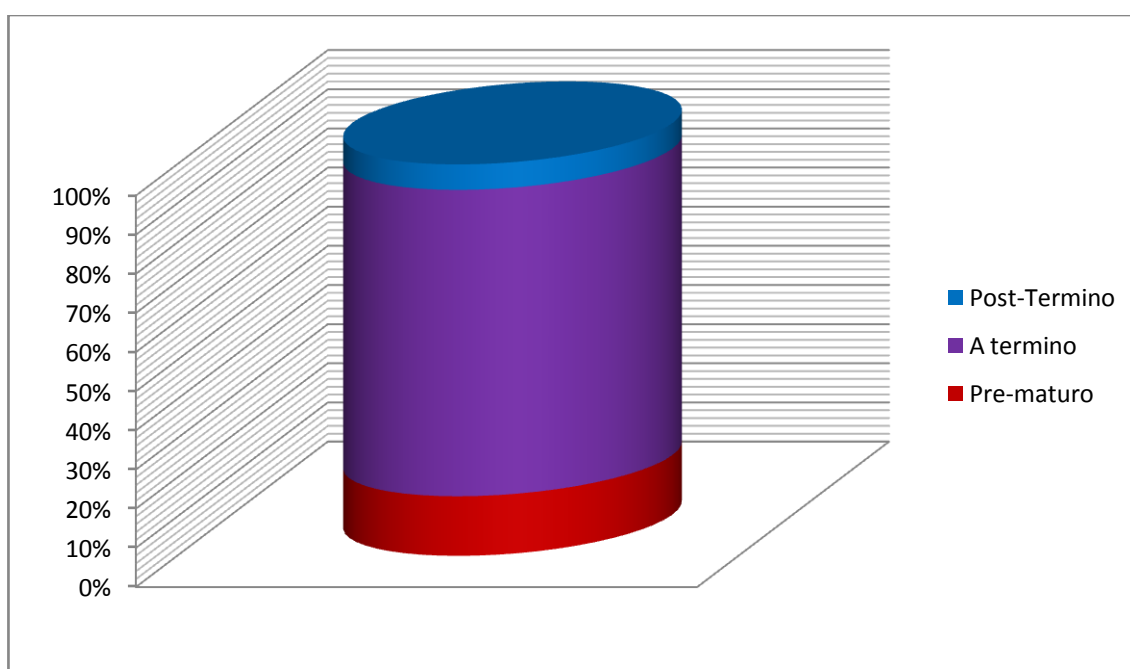
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	Prematuro > 37 semanas	7	15.2
2	A termino 38-40 semanas	36	78.2
3	Post termino < 41 semanas	3	6.5
TOTAL		46	100

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICO N° 16



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según la edad del recién nacido con frecuencia que se presentó Prematuro >37 semanas (15.2); A termino 38-40 semanas (78.2); y posttermino <41 semana (6.5). Por lo que se puede analizar qué: el mayor porcentaje correspondió según la edad gestacional del recién nacido se dio a término 38-40 semanas con el 78.2 % del total de Recién Nacidos por el partos vaginales con cesáreas anteriores.

TABLA N°.- 17 COMPLICACIONES DEL RN

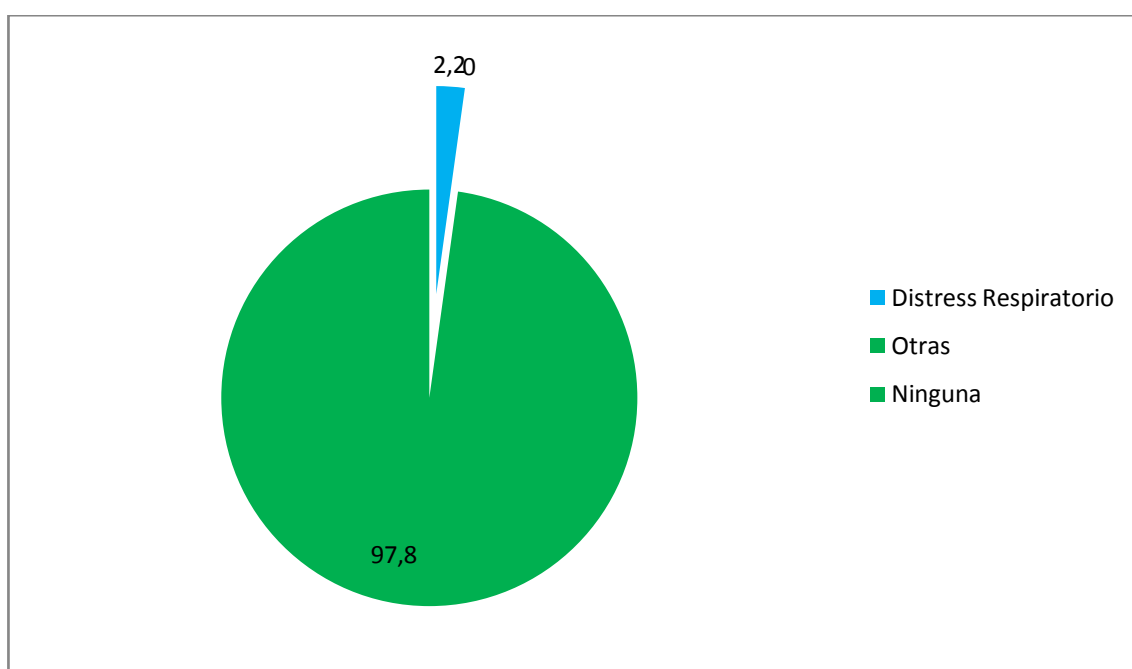
No.	GRUPOS	FRECUENCIA	(%)
1	Distress respiratorio	1	2.2
2	Otras	0	0
3	Ninguno	45	97.8
TOTAL		45	

Fuente: Encuesta de recolección de datos

Elaboración: Inés R. Ronquillo Romero

Portoviejo -Manabí-Ecuador

GRÁFICO N° 17



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

De un total de 46 partos vaginales con cesáreas anteriores durante el periodo octubre del 2013 a marzo 2014, en el área de sala de parto Gineco-obstetricia según las complicaciones del recién nacido con frecuencia que se presentó Distress Respiratorio (2.2); y Ninguno (97,8). Por lo que se puede analizar qué: el mayor porcentaje correspondió según la complicación del recién nacido se dio a Ninguno con el 97.8 % del total de Recién Nacidos por el partos vaginales con cesáreas anteriores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIÓN

Las conclusiones obtenidas en el estudio son las siguientes:

- ✓ Se concluye que el ingreso de las pacientes en mayor cantidades fue por la área de la emergencia con el 97,8%, donde los resultados pueden determinar que la edad promedio es de 21 – 24 años con el 41% correspondido a etnias mestiza.
- ✓ Según la recolección de datos demuestra de 1-4 controles prenatales con el 87% y un mínimo de 10.8%.
- ✓ Con respecto a los resultados expuestos de acuerdo a la mayoría de las gestantes que fueron sometidas al intento de parto vaginal con antecedentes de Cesárea anterior el incremento se dio en nulíparas con el promedio de 45%, con periodo intergenesico de 2 años con su máximo porcentaje con el 87%, demostrando que no existe incidencia abortos previos con 89%, y concluyen el parto vaginal espontaneo 97% mientras que tan solo un caso 1 % es inducido, sin presentar ninguna complicación en momento del expulsivo.
- ✓ El peso del neonato promedio de 2500 - 39000 gramos, el peso mínimo fue 2500 g y máximo con 4000 g. El APGAR en tan solo 1 caso (2.2) fue menor a los 5 minutos considerado con dato clínico para distress Respiratorio. La edad gestacional estimada por capurro, el promedio fue 78.2 de 38-40 semanas. La tasa de prematuridad fue 15.2 % (<37 semanas).

RECOMENDACIÓN

De acuerdo al resultado de la investigación realizada en el hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo se considerará tener las siguientes recomendaciones:

- Concientizar a todo el profesional de salud relacionado con la área de gineco-obstetrica, realice capacitaciones para obtener mejor conocimiento acerca de la valoración de que pacientes para determinar la mejor vía de finalización del embarazo y para asistir un parto vaginal con antecedente de cesáreas anterior y así evitar el incremento de cesáreas (38.5%) según la OMS.
- Promover por la importancia de los controles prenatal para que el profesional de la salud detecte complicaciones a su debido tiempo por medio de exámenes minuciosos y concluya con la mejor manera de finalizar el embarazo.
- Fomentar por medio de charlas en centros de salud explicando los beneficios y riesgos que tienen el intento de parto vaginal con cesáreas previas y así instruir de forma psicológica y físicamente a la paciente para un parto vaginal.

5.1 LA PROPUESTA:

Diseñar un protocolo con factores de pronóstico favorable para un parto vaginal post cesárea

5.2 JUSTIFICACIÓN

Esta propuesta se justifica ya que una debilidad de mi investigación fue la forma del control prenatal donde solo se vigila la evolución del embarazo pero no se está haciendo una recolección clínica rigurosa donde se determinen los riesgos que puedan afectar el transcurso normal de él y que se programe rutinariamente una cesárea tras otra consecutivamente en una misma paciente sin tener ningún factor de peso para el cual sea necesario este recurso, sino también en la preparación para la elección de la mejor vía de finalizar del embarazo . Por otro lado la pobre información que le da el profesional médico sobre los riesgos de una cesárea que no se amerita.

Por lo tanto es fundamental realizar un programa educativo en el que incluya criterios obstétricos de selección y criterios obstétricos de exclusión para la realización de cesárea o para someterse al parto normal.

5.3 OBJETIVO:

5.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Contribuir con los profesionales de Obstetricia implementando estrategias para el control prenatal integral; teniéndolo como un instrumento esencial para determinar la mejor vía de finalización de un embarazo.

5.3.2 OBJETIVO ESPECIFICO:

- Fomentar el control prenatal integral como un instrumento utilizado para determinar la mejor vía de finalización de un embarazo.
- Emplear ecografía como un material de diagnóstico de apoyo para medición del espesor la pared del útero en la zona de la cicatriz de la cesárea anterior

- Identificar tempranamente los factores de pronóstico favorable para un parto vaginal post cesárea y el seguimiento de los mismos.
- Instruir psicológica y físicamente a la paciente para un parto vaginal

5.4 META:

- Implementar el programa educativo en el que incluya criterios obstétricos de selección y criterios obstétricos de exclusión para la realización de cesárea o para someterse al parto normal.
- Prepara a los profesionales de Obstetricia sobre la medición en la zona de la cicatriz de la cesárea anterior.
- Disminuir los incremento de cesáreas innecesarias.

5.5 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta, fue elaborada según a los resultados obtenidos de mi investigación, cuyas beneficiadas serán las pacientes embarazadas que acuden por consulta externa y emergencia al Hospital Verdi Cevallos Balda.

- Impartiré charlas sobre las ventajas y riesgos de una cesárea y parto vaginal, sobre sus consecuencias a corto y largo plazo, de esta manera preparar psicológica y físicamente a la paciente para un parto vaginal dirigido a todas las embarazadas; aquellas que son nulíparas sobre todo a las que han cursado con una cesárea anterior sin criterio médico para haberse sometido a la intervención

5.6 FORMAS DE SEGUIMIENTO

Serán dados en muchos talleres con la finalidad de emplear medios de enseñanza que ayude a facilitar la comprensión del contenidos; por medios de videos, fotos,**ACTIVIDADES**

- Ejecutar charlas educativas sobre el tema tratado.
- Establecer estrategias con la colaboración de los profesionales de obstetricia.
- Crear acciones preventivas sobre el riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud Publica. (2008). Parto Vaginal Poscesárea. En M. d. Publica, *Componente Normativo Materno* (pág. 273). Ecuador.
- General, C. S. (s.f.). Guía de referencia rápida . *Catalogo Maestro*, 3-4.
- Langman. (s.f.). Periodo Fetal. En e. medica. 11 ava .
- Messa, J. A. (OCTUBRE de 2009). Obtenido de www.oocities.org/hotsprings/resort/4015/cesarea.html
- MSP, CONASA. (2008). En M. S. Publica, *Componente Normativo Materno Neonatal* (pág. 155). Ecuador.
- Saldivar, C. (s.f.). vision actual finalizacion del embarazo con cesarea. En *Obstetricia* (págs. 231-235).
- Schwarcz. (2008). Parto Normal. En *obstetricia* (pág. 433).
- Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia . (2010). Parto vaginal después de cesárea. *Ginecología y Obstetricia*, 7.



6 ANEXO:

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ingresadas por el área

Emergencia
Consulta externa

Edad

17 a 20 años
21 a 24 años
25 a 35 años

Etnia

Blanco
Mestizo
Montubio
Afro ecuatoriano

Abortos anteriores

SI – NO

Controles prenatales

Mínimo (1-4)
Máximo (>5)
Ninguno

Disposición de las seleccionadas al intento de parto

Aceptaron el método
Se negaron al intento de parto

Semanas gestacional

37 SG
38 SG
39 SG
40 SG
41 SG

Cesárea previa en

Nulíparas
Secundíparas
Multíparas

Inicio del trabajo de parto

Espontaneo ()
Inducido ()

Duración del parto en su periodo expulsivo

< 20 minutos
20-30 minutos
>30 minutos

Complicaciones durante el Parto

Parto prolongado
Desgarro vaginal
Desgarro de cérvix
Ruptura uterina
Alumbramiento Incompleto
Hipodinamia secundaria
Atonía uterina
Ninguna

Recién nacido Apgar

>7
4-6
<4

Peso del RN

<2500g
2500 - 3500g
>4000g

Edad gestacional del RN

Prematuro >37 semanas
A termino 38 -40 semanas
Posttermino > 41 semanas

Complicaciones del RN

Distress respiratorio
Otras
Ninguno

Periodo intergenesico: 2 años () 3 años () 4 años o más ()

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	OCT/13	NOV/13	DIC/13	ENE/14	FEB/14	MAR/14
Presentación y aprobación del tema y tutor						
Revisión bibliográfica						
Presentación del anteproyecto al tutor						
Elaboración de instrumentos						
Recolección de datos						
Procesamiento y análisis de datos						
Elaboración del examen final						
Entrega del informe final						
Sustentación						

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

