

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA**  
**OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PARTO CEFALOVAGINAL POSTERIOR A  
CESÁREA. HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, 2015-  
2020”

**Autores:**

Allison Kimberly Freire Fuentes

Dennise Alejandra Lema Guamanquispe

**Tutor:**

Dr. Pablo G. Alarcón A.

**Riobamba – Ecuador**

**Año 2020**

# ACEPTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN



DECANATO FACULTAD  
DE CIENCIAS DE LA SALUD



Oficio No. 0879-RD-FCS-2020 – Teletrabajo  
Riobamba, 5 de agosto de 2020

Doctor  
Patricio Vásconez  
**DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
Presente

Señor Director:

Cumplo con el deber de informarle la resolución adoptada por el Decanato de la Facultad, de fecha 5 de agosto de 2020:

**RESOLUCIÓN No. 0879-D-FCS-05-08-2020:** Aprobar el tema, perfil del proyecto de investigación, Tutor y Miembros de Tribunales de la carrera de Medicina. Oficio No. 1117-CM-FCS-2020, emitido por la Comisión de Carrera y Coordinador del CID de la Facultad:

Estudiantes:	Tema Proyecto de investigación presentado a revisión	Tema Proyecto de investigación revisado y APROBADO por la Comisión y CID	Informe de la Comisión de Carrera	Tribunal Aprobado. Art.173 Trabajo Escrito	Tribunal Aprobado. Art.174 Sustentación
1. Allison Kimberly Freire Fuentes <u>J.Dennise</u> Alejandra Lema <u>Guamanquisne</u>	INCIDENCIA Y CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DEL PARTO CEFALOVAGINAL POSTERIOR A CESÁREA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA EN EL PERIODO 2015 - 2020	Perfil epidemiológico del parto cefalovaginal posterior a cesárea. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2015- 2020	<b>APROBADO</b>  Dominio emergente Salud como producto social  Línea de investigación: Salud	<b>Tutor:</b> Dr. Pablo Alarcón A. <b>Miembros:</b> Dr. Flavio Vintimilla Dr. Angel <u>Mavacela A.</u>	<b>Presidente:</b> Dr. Patricio Vásconez Andrade (Delegado Decano) <b>Miembros:</b> Dr. Flavio Vintimilla Dr. Angel <u>Mavacela A.</u>

Particular que comunico para los fines legales pertinentes.

Atentamente,

Dr. Gonzalo Bonilla P.  
**DECANO DE LA FACULTAD**

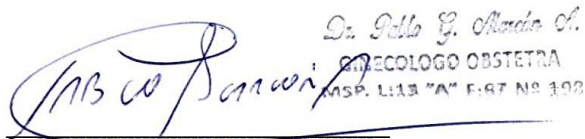
**NOTA:** Debido a la modalidad de teletrabajo, se sugiere a Secretaría y Dirección de Carrera, regirse estrictamente a las directrices aprobadas por CU, a fin de que la documentación que corresponda al caso, se encuentre legalizada previo a incluir en el expediente estudiantil.

Elaboración resoluciones y oficio: Ligia Viteri N.  
Revisado por: Dr. Gonzalo Bonilla.

## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención de Título de Medico General con el tema: **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PARTO CEFALOVAGINAL POSTERIOR A CESÁREA. HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, 2015- 2020”**, ha sido elaborado por Freire Fuentes Allison Kimberly con CC: 180470622-2 y Lema Guamanquispe Dennise Alejandra con CC: 180441931-3, el mismo que ha sido asesorado permanentemente por el Dr. Pablo G. Alarcón A. en calidad de Tutor, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación. Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente:



Dr. Pablo G. Alarcón A.  
GINECOLOGO OBSTETRA  
MSP. L113 "A" F:67 N° 198

Dr. Pablo G. Alarcón A.

C.I. 170925073-0

## ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

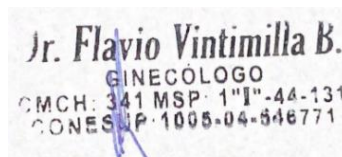
Mediante la presente de los miembros DEL TRIBUNAL DE GRADUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PARTO CEFALOVAGINAL POSTERIOR A CESÁREA. HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, 2015- 2020”, realizado por Allison Kimberly Freire Fuentes y Dennise Alejandra Lema Guamanquispe, dirigido por: Dr. Pablo G. Alarcón A. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y constancia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firma:



Dr. Patricio Vásconez Andrade  
PRESIDENTE DELEGADO DEL DECANO

.....  
FIRMA



Jr. Flavio Vintimilla B.  
GINECÓLOGO  
CMCH: 341 MSP: 1"1"-44-131  
CONESUP: 1005-04-546771

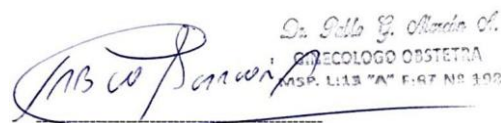
Dr. Flavio Vintimilla  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....  
FIRMA



Dr. Angel Mayacela A.  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....  
FIRMA



Dr. Pablo G. Alarcón A.  
GINECÓLOGO OBSTETRA  
MSP: L113 "A" F-87 N° 198

Dr. Pablo G. Alarcón A.  
TUTOR

.....  
FIRMA

## DERECHOS DE AUTORIA

El contenido, las ideas y los resultados obtenidos en la presente investigación es responsable de Freire Fuentes Allison Kimberly y Lema Guamanquispe Dennise Alejandra, cuyo patrimonio intelectual pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



---

Allison Kimberly Freire Fuentes

**C.I.** 180470622-2

**Correo:** allis\_fre@hotmail.com

**Telf:** 0988556386



---

Dennise Alejandra Lema Guamanquispe

**C.I.** 180441931-3

**Correo:** ale\_neni96@hotmail.com

**Telf:** 0987007739

## DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación está dedicado con mucho cariño a nuestros padres que con su esfuerzo, ejemplo, dedicación y amor hacia cada una de nosotras nos permitieron llegar hasta el punto de hoy; el estar más cerca de cumplir nuestras metas planteadas, siempre con un apoyo incondicional en los momentos difíciles como en los alegres.

A nuestros hermanos y sobrinos que también fueron incondicionales con el apoyo, cariño y ánimo de que pudiéramos terminar nuestro estudio y llegar a ser los profesionales que soñamos.

A los docentes de nuestra querida Universidad Nacional de Chimborazo quienes con el paso de cada semestre nos fueron enseñando y guiando en cada materia que recibimos en nuestra carrera universitaria y hoy agradecer al Doctor Pablo G. Alarcón A. que nos guio en nuestro proyecto de investigación por el cual estamos aquí nuestro último paso para convertirnos en profesionales.

## AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por ser nuestra guía y acompañarnos en el transcurso de nuestras vidas, al brindarnos sabiduría y paciencia, para culminar con éxito nuestras metas propuestas, por ser la fortaleza y el apoyo, en aquellos momentos de debilidad y dificultad

Gracias a nuestros padres, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por creer y confiar en nuestras expectativas, por los valores, principios y consejos que nos han inculcado.

Agradecemos a nuestros docentes y autoridades de la Carrera de Medicina de nuestra alma mater la Universidad Nacional de Chimborazo, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, al Doctor Pablo G. Alarcón A. tutor de nuestro proyecto de investigación quien nos ha guiado con paciencia y al Hospital Provincial General Docente Riobamba por su valioso aporte para nuestra investigación.

## ÍNDICE GENERAL

<b>PORTADA</b> .....	1
<b>ACEPTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	2
<b>ACEPTACIÓN DEL TUTOR</b> .....	3
<b>ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL</b> .....	4
<b>DERECHOS DE AUTORIA</b> .....	5
<b>DEDICATORIA</b> .....	6
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	7
<b>ÍNDICE GENERAL</b> .....	8
<b>INDICE DE TABLAS</b> .....	13
<b>INDICE DE GRAFICOS</b> .....	14
<b>RESUMEN</b> .....	15
<b>ABSTRACT</b> .....	16
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	17
<b>CAPITULO I</b> .....	19
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	19
<b>JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	20
<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	21
<b>OBJETIVOS:</b> .....	21
<b>IV.1 Objetivo general:</b> .....	21



<b>IV.2 Objetivos específicos:</b> .....	21
<b>CAPITULO II</b> .....	22
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	22
2.1 Parto.....	22
2.2 Parto Vaginal. ....	22
2.2.1 Encajamiento. ....	22
2.2.2 Descenso. ....	23
2.2.3 Flexión. ....	23
2.2.4. Rotación interna.....	24
2.2.5. Extensión. ....	24
2.2.6. Rotación externa. ....	24
2.2.7. Expulsión. ....	25
2.3 Cesárea.....	25
2.5. Cesárea de urgencia. ....	26
2.4 Tipos de cesárea.....	26
2.4.1. Cesárea electiva. ....	26
2.4.2. Cesárea en curso de parto o de recurso. ....	26
2.4.3. Cesárea urgente.....	27
2.4.4. Cesárea emergente. ....	27
2.4.5. Según antecedentes obstétricos de la paciente. ....	27
2.4.6. Según indicaciones. ....	27

2.4.7. Según técnica quirúrgica. ....	28
2.5 Parto después de una cesárea.....	29
2.6 Edad Gestacional. ....	30
2.7 Partos pre términos. ....	31
2.8 Parto a término. ....	31
2.9 Parto Pos término. ....	31
2.10 Causas de cesárea anterior. ....	31
2.10.1 Inducción. ....	31
2.10.3 Pre eclampsia.....	32
2.11 Complicaciones obstétricas de un parto vaginal.....	32
2.11.1 Atonía uterina. ....	32
2.11.2 Hemorragia post-parto.....	33
2.11.3 Histerectomía Obstétrica. ....	33
2.11.4 Rotura uterina. ....	33
2.11.5 Desgarro del parto urogenital en parto vaginal. ....	34
2.12 Periodo intergenésico. ....	35
2.12.1 Periodo Intergenésico Corto. ....	36
2.12.2 Periodo Intergenésico Largo.....	36
2.13 Estudios realizados del parto cefalovaginal posterior a cesárea.....	36
2.14 Herramientas para evaluación. ....	37
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>39</b>

<b>METODOS.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>39</b>
<b>3.2 LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN.....</b>	<b>39</b>
<b>3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....</b>	<b>39</b>
3.3.1 Población.....	39
3.3.2 Muestra.....	39
3.3.2.1 Formula para determinar la muestra.....	39
<b>3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>40</b>
<b>3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....</b>	<b>40</b>
3.5.1 Criterios de Inclusión.....	40
3.6.1 Criterios de Exclusión.....	40
<b>3.6 METODOLOGÍA.....</b>	<b>40</b>
3.6.1 Técnica de la Investigación.....	40
3.6.2 Instrumento de recolección de información.....	41
3.7.2 Fuente de Datos.....	41
<b>3.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>42</b>
<b>3.8 TÉCNICA, INSTRUMENTOS.....</b>	<b>46</b>
<b>3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>46</b>
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>47</b>
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1 RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>

4.1.1 PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS EN EL PERIDO 2015 – 2020.....	47
4.1.2 PARTOS CEFALOVAGINALES EN AÑOS .....	48
4.1.3 PARTOS CEFALOVAGINALES CON ANTECEDENTE A CESÁREA PREVIA EN EL PERIDO 2015 – 2020 .....	49
4.1.4 EDAD .....	50
4.1.5 PROCEDENCIA .....	51
4.1.6 ESCOLARIDAD .....	52
4.1.7 ESTADO CIVIL.....	53
4.1.8 EDAD GESTACIONAL .....	54
4.1.9 PERIODO INTERGENÉSICO .....	55
4.1.10 CAUSAS DE CESAREA ANTERIOR.....	56
4.1. 11 FASES DEL PARTO .....	57
4.1.12 RUPTURA DE MEMBRANAS .....	58
4.1.13 COMPLICACIONES OBSTETRICAS .....	59
<b>CAPÍTULO V</b> .....	<b>60</b>
<b>5.1 DISCUSIÓN</b> .....	<b>60</b>
<b>5.2 CONCLUSIONES</b> .....	<b>66</b>
<b>5.3 RECOMENDACIONES</b> .....	<b>68</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>70</b>

## INDICE DE TABLAS

TABLA N°1 PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS EN EL PERIDO 2015 – 2020 .....	47
TABLA N°2 PARTOS CEFALOVAGINALES CON ANTECEDENTE A CESÁREA PREVIA EN EL PERIDO 2015 – 2020.....	49
TABLA N°3EDAD .....	50
TABLA N°4 PROCEDENCIA .....	51
TABLA N°5 ESCOLARIDAD .....	52
TABLA N°6 ESTADO CIVIL.....	53
TABLA N°7 EDAD GESTACIONAL .....	54
TABLA N°8 PERIODO INTERGENÉSICO .....	55
TABLA N°9 CAUSAS DE CESAREA ANTERIOR.....	56
TABLA N°10 FASES DEL PARTO .....	57
TABLA N°11 RUPTURA DE MEMBRANAS.....	58
TABLA N°12 COMPLICACIONES OBSTETRICAS .....	59

## INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1 PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS EN EL PERIDO 2015 – 2020 .....	47
GRAFICO N°2 PARTOS CEFALOVAGINALES EN AÑOS .....	48
GRAFICO N°3 PARTOS CEFALOVAGINALES CON ANTECEDENTE A CESÁREA PREVIA EN EL PERIDO 2015 – 2020.....	49
GRAFICO N°4 EDAD .....	50
GRAFICO N°5 PROCEDENCIA .....	51
GRAFICO N°6 ESCOLARIDAD .....	52
GRAFICO N°7 ESTADO CIVIL.....	53
GRAFICO N°8 EDAD GESTACIONAL .....	54
GRAFICO N°9 PERIODO INTERGENÉSICO .....	55
GRAFICO N°10 CAUSAS DE CESAREA ANTERIOR.....	56
GRAFICO N°11 FASES DEL PARTO .....	57
GRAFICO N°12 RUPTURA DE MEMBRANAS .....	58
GRAFICO N°13 COMPLICACIONES OBSTETRICAS.....	59

## RESUMEN


**Introducción:** El parto cefalovaginal posterior a una cesárea es un tema que se implementó en las guías del Ministerio de Salud del Ecuador en el año 2016, por medio de la evidencia científica expresa mejorar la práctica médica en el segundo nivel de atención, en el que incluye a partos por cesárea, donde se sugiere el practicar un parto cefalovaginal posterior, brindando una atención integral, si se presentara alguna complicación obstétrica o necesita resolución quirúrgica, optar por una referencia al tercer nivel de atención. **Objetivo** Determinar el perfil epidemiológico del parto cefalovaginal posterior a cesárea. **Material y Métodos:** Un estudio descriptivo transversal retrospectivo con recolección de datos a través de los registros médicos de los pacientes que hayan tenido antecedente de cesárea anterior y su último embarazo terminó en parto cefalovaginal del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en un período 2015 – 2020. Se identificó la tasa de partos vaginales, partos por cesáreas y porcentaje de partos vaginales en pacientes con antecedente de cesárea. **Resultados:** El estudio que realizamos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba titulado “Perfil epidemiológico del parto cefalovaginal posterior a cesárea. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2015- 2020” existe una prevalencia del 32.99% de partos céfalo-vaginal posterior a una cesárea., se hizo una comparación con el estudio realizado en el Hospital de la Mujer Alfredo Paulson titulado “Parto vaginal con antecedente de cesárea previa en el periodo de octubre del 2016 a marzo del 2017 en el Hospital de la Mujer Alfredo Paulson” en donde manifiesta que 3% de partos atendidos fueron posterior a una cesárea, otro estudio Pontifica Universidad Católica del Ecuador con el título “Factores asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período Junio 2016 – Junio 2017” es de 60.74%. **Conclusiones:** La prevalencia de los partos cefalovaginal posterior a una cesárea en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo 2015 – 2020, fue del 32.99% de partos posterior a cesárea atendidos en el tiempo establecido.

**Palabras Claves:** Parto normal, cesárea, cesárea de urgencia, cesárea previa, periodo intergenésico, edad gestacional, preeclampsia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cephalovaginal delivery after a Cesarean surgery is a theme that was implemented in the guidelines of the Ministry of Health of Ecuador in 2016, through scientific evidence that expresses improving medical practice in the second level of care, it includes Cesarean deliveries, in which it is suggested to practice a posterior cephalovaginal delivery, providing integral care, if any obstetric complication occurs or needs surgical resolution, choose a referral to the third level of care. **Objective** To determine the epidemiological profile of cephalovaginal delivery after a Cesarean surgery. **Materials and Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study with data collection through the medical records of patients who have had a history of a previous Cesarean surgery and their last pregnancy ended in cephalovaginal delivery at the Riobamba Provincial General Hospital in a period 2015-2020. The rate of vaginal deliveries, Cesarean deliveries and percentage of vaginal deliveries in patients with a history of Cesarean surgeries were identified. **Results:** The study carried out at the Riobamba Provincial General Hospital entitled “Epidemiological profile of cephalovaginal delivery after a Cesarean surgery. Riobamba Provincial General Hospital, 2015-2020 “there is a prevalence of 32.99% of cephalovaginal deliveries after a Cesarean surgery. A comparison was made with the study carried out at the “Alfredo Paulson Women’s Hospital” entitled “Vaginal delivery with a history of a previous Cesarean surgery in the period from October 2016 to March 2017 at the “Alfredo Paulson Women’s Hospital” in which it states that 3% of deliveries attended were after a Cesarean surgery, another study carried out in the Pontificia Universidad Católica del Ecuador with the title “Associated factors with the success or failure of cephalovaginal delivery after a Cesarean surgery, at the Nueva Aurora Luz Elena Arismendi Gynecological-Obstetric Hospital, during the period June 2016 - June 2017” is 60.74%. **Conclusions:** The prevalence of cephalovaginal deliveries after a Cesarean surgery at the Riobamba Provincial General Hospital in the 2015-2020 period was 32.99% of post-Cesarean deliveries attended in the established time.

**Keywords:** normal delivery, Cesarean surgery, emergency Cesarean surgery, previous Cesarean surgery, intergenetic period, gestational age, preeclampsia.



Reviewed by: Armas Geovanny, Mgs.  
Linguistic Competences Professor



## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de Salud manifiesta que los partos vaginales deben ser del 85% - 90%, mientras que un 10 – 15% por cesárea.

En algunos países la incidencia de partos por cesárea fue: Europa se encuentra 21%, Estados Unidos 26%, México 50% de cesáreas evidenciadas; que no cumple al porcentaje establecido por OMS. En Ecuador en el año 2014 se encuentra un estudio donde se reporta que el 58.8% son partos vaginales, mientras que el 42.2% corresponde a partos por cesárea.

El parto cefalovaginal posterior a una cesárea es un tema que se implementó en las guías del Ministerio de Salud del Ecuador en el año 2016, por medio de la evidencia científica expresa mejorar la práctica médica en el segundo nivel de atención, en el que incluye a partos por cesárea, donde se sugiere el practicar un parto cefalovaginal posterior, brindando una atención integral, si se presentara alguna complicación obstétrica o necesita resolución quirúrgica, optar por una referencia a tercer nivel de atención.

En Ecuador se ha realizado varios estudios, la Universidad de Especialidades Espíritu Santo UEES de la ciudad de Guayaquil con el tema “Parto vaginal con antecedente de cesárea previa en el periodo de octubre del 2016 a marzo del 2017 en el Hospital de la Mujer Alfredo Paulson” en donde manifiesta que 3% de partos atendidos fueron posterior a una cesárea, otro Pontificia Universidad Católica del Ecuador de la ciudad de Quito titulado “Factores asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período Junio 2016 – Junio 2017” es de 60.74%, mientras que el estudio que realizamos “Perfil epidemiológico del parto cefalovaginal posterior a cesárea. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2015 2020” una prevalencia del 32.99% de partos cefalovaginal posterior a una cesárea, al no existir estudios de similar índole, se ha tenido

que tomar en cuenta investigaciones similares en instituciones de especialidad en ginecología; demostrándose una incidencia menor al no ser un centro especializado como los que se hizo referencia para ser la comparación con el presente proyecto de investigación.

Mediante nuestro tema de investigación queremos conocer sobre la tasa de incidencia de un parto cefalovaginal posterior a cesárea por lo cual se ha planteado realizar el presente estudio con previa autorización de las autoridades de la casa de salud.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS 1996 define al parto normal como: de inicio espontaneo del trabajo de parto, de bajo riesgo, hasta su finalización. El niño nace vivo, sano y maduro, dentro de las 37 – 41 semanas de edad gestacional en presentación de occipucio, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. (Apaza Chura & Chambi Oscalla, 2018).

La cesárea es un procedimiento que permite el nacimiento del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía), cuando este se dificulta por vía vaginal o se requiere la extracción del feto de manera urgente por riesgo para la madre o del feto. (Cervantes Ortega, 2017a).

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que la tasa de cesárea no debía exceder el 10-15% del total de nacimientos. (Enrique Fonseca, Lucía Rodríguez, & Maya Salazar, 2019).

A nivel mundial la cesárea es realizada en un alto porcentaje de embarazadas; en Europa se reporta una incidencia de 21%, en Estados Unidos 26 %, en Australia 23% y en Latinoamérica países como Chile y Brasil rebasan el 50%. (Cervantes Ortega, 2017a).

En el Ecuador, en el año 2014 la tasa de cesáreas fue de 42,2% en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública (MSP) los partos por cesárea representaron el 29,3%, mientras que en los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) representa el 49.5% y en clínicas privadas el 69.9%, con estos valores se encuentran un crecimiento anual del 4.03%. (Cervantes Ortega, 2017a).

Una causa principal que se evidencia cuando se tiene un parto cefalovaginal posterior a cesárea es la dehiscencia de histerorrafia que oscila entre 0.2% y 1%, pero si existe inducción de parto el porcentaje de esta complicación se incrementa hasta 6%. (MIRANDA VELASQUEZ, 2013).

## JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud manifestó que la tasa de porcentaje para cesáreas debe ser del 10 – 15%, en el año 2015 en Latinoamérica se evidencia que las cesáreas corresponden 38.9% del total de nacimientos, Ecuador en un estudio realizado en el año 2014 se reporta una incidencia de 42.2% de cesáreas realizadas, mientras que en el estudio que se realizó en Hospital Provincial General Docente de Riobamba se encuentra una incidencia de 34.91%.

El estudio que realizamos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba sobre los partos cefalovaginal posterior a cesárea en un periodo de cinco años existe que el 32.99% fueron partos atendidos después de una cesárea.

No se evidencia antecedentes de estudios epidemiológicos, ni estadísticos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, por lo que se realiza este análisis con los datos obtenidos y brindados en nuestro lugar de investigación, esto se debe a que no es una práctica común el hacer partos cefalovaginal posterior a cesárea.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las características epidemiológicas del parto cefalovaginal posterior a cesárea del Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo Julio 2015 – Julio 2020?

### **OBJETIVOS:**

#### **IV.1 Objetivo general:**

- Determinar el perfil epidemiológico del parto cefalovaginal posterior a cesárea del Hospital Provincial General Docente Riobamba periodo Julio 2015 -Julio 2020.

#### **IV.2 Objetivos específicos:**

- Conocer las características epidemiológicas.
- Establecer la incidencia del parto cefalovaginal posterior a cesárea.
- Identificar las complicaciones perinatales en pacientes con trabajo de parto espontáneo y antecedente de cesárea previa.
- Conocer si se aplicó la guía de práctica clínica de la atención del parto por cesárea.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Parto.

La OMS 1996 define al parto normal como: de inicio espontaneo del trabajo de parto, de bajo riesgo, hasta su finalización. El niño nace vivo, sano y maduro, dentro de las 37 – 41 semanas con 6 días de edad gestacional en presentación occipucio, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. (Apaza Chura & Chambi Oscalla, 2018).

Es una condición natural del ser humano que acontece generalmente de manera espontánea y en la cual participan de manera activa la mujer embarazada y el feto. El parto es un hecho familiar y social, y también una expresión de sexualidad, un momento vital, sagrado e íntimo que aparece entre la semana 37 a 41 semanas con 6 días de gestación y termina con el nacimiento del feto, la expulsión de la placenta y las membranas por la vía vaginal. (Milderros M, 2008).

#### 2.2 Parto Vaginal.

El parto vaginal es cuando no existe intervención quirúrgica, el médico colabora en procedimientos esenciales para la expulsión del feto a través del canal vaginal, siempre estando en vigilancia la salud de la madre como la del feto.

Los cambios posicionales en la presentación del feto que se requieren para su traslado dentro del conducto pélvico constituyen los mecanismos del trabajo de parto. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión. (JIMENEZ SASTRE et al., 2007).

##### 2.2.1 Encajamiento.

El mecanismo por el cual el diámetro biparietal, que corresponde a la mayor dimensión transversal de la cabeza fetal en las presentaciones de occipucio, pasa a través del plano

de entrada de la pelvis, se conoce como encajamiento. La cabeza fetal puede encajarse durante las últimas semanas del embarazo o no hacerlo hasta el comienzo del trabajo de parto. En muchas pacientes multíparas y algunas nulíparas, la cabeza fetal es libremente móvil por arriba del plano de entrada de la pelvis al inicio del trabajo de parto. En esa circunstancia, se dice a veces que la cabeza "flota". Una cabeza de tamaño normal por lo general no se encaja con su sutura sagital en dirección anteroposterior. De hecho, suele ingresar al plano de entrada de la pelvis en una dirección transversal u oblicua. (JIMENEZ SASTRE et al., 2007).

### 2.2.2 Descenso.

Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del recién nacido. En nulíparas, el encajamiento puede ocurrir antes del inicio del trabajo de parto y tal vez no haya descenso adicional hasta el inicio del segundo periodo. En multíparas, el descenso suele iniciarse con el encajamiento y es secundario a una o más de cuatro fuerzas: (JIMENEZ SASTRE et al., 2007).

- 1) Presión de líquido amniótico.
- 2) Presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones.
- 3) Esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos.
- 4) Extensión y enderezamiento del cuerpo fetal. (JIMENEZ SASTRE et al., 2007).

### 2.2.3 Flexión.

Tan pronto como la cabeza en descenso encuentra resistencia, sea del cuello uterino, las paredes o piso pélvicos, se Presenta normalmente una flexión de la cabeza. En ese movimiento, se desplaza el mentón hasta alcanzar un contacto íntimo con el tórax fetal y así se cambia al diámetro sub-occipito bregmatico, más corto, por el diámetro occipito frontal, más largo. (JIMENEZ SASTRE et al., 2007).

#### 2.2.4. Rotación interna.

Este movimiento consta de un giro de la cabeza, de suerte que el occipucio se mueva de manera gradual hacia la sínfisis del pubis, desde su posición original, 0 menos a menudo, en dirección posterior hacia la concavidad del sacro. (JIMENEZ SASTRE et al., 2007).

#### 2.2.5. Extensión.

Después de la rotación interna, la cabeza fetal muy flexionada llega a la vulva y presenta extensión. Si la cabeza así flexionada no se extiende al alcanzar el piso pélvico, sino que se desliza más hacia adelante, pudiese impactarse en la porción posterior del perineo y en un momento dado atravesar los tejidos del perineo mismo de manera forzada. Cuando la cabeza hace presión sobre el piso pélvico, entran en acción dos fuerzas. La primera, ejercida por el útero, actúa más en dirección posterior, y la segunda, provista por el piso pélvico resistente y la sínfisis del pubis, lo hace en una dirección más anterior. El vector resultante se dirige a la abertura bulbar, que así produce extensión de la cabeza. Esto lleva a la base del occipucio a hacer contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis. Con la distensión progresiva del perineo y la abertura vaginal, aparece de modo gradual un porcentaje cada vez mayor del occipucio. La cabeza nace conforme el occipucio, bregma, frente, nariz, boca, y por último el mentón pasan sucesivamente sobre el borde anterior del perineo. Apenas después de nacer, la cabeza se inclina hacia adelante de manera que el mentón descansa sobre la región anal materna. (JIMENEZ SASTRE et al., 2007).

#### 2.2.6. Rotación externa.

Una vez que ha nacido la cabeza, presenta restitución. Si el occipucio originalmente se dirigía a la izquierda, rota hacia la tuberosidad isquiática izquierda; si al principio se dirigía a la derecha, rota a la derecha. La restitución de la cabeza fetal a la posición oblicua es seguida por la conclusión de la rotación externa hasta la variedad de posición transversa, un movimiento que se corresponde con la rotación del cuerpo y sirve para



llevar su diámetro biacromial en relación con el diámetro anteroposterior del plano de salida de la pelvis. Así, un hombro es anterior, ubicado detrás de la sínfisis del pubis, y el otro es posterior. Ese movimiento al parecer se lleva a cabo por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna de la cabeza. (JIMENEZ SASTRE et al., 2007).

#### 2.2.7. Expulsión.

Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis, y el perineo pronto se distiende por la presencia e hombro posterior. Después del nacimiento de los hombros, el resto del cuerpo se desliza rápido hacia el exterior. (JIMENEZ SASTRE et al., 2007).

#### 2.3 Cesárea.

Nacimiento del feto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y del útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y/o el producto que exceden a los de esta intervención. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador et al., 2015). Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Los datos estadísticos de las cesáreas según el Ministerio de Salud Pública encontramos: 2012 es de 38.59%, 2013 es de 48.76%, 2014 es de 50.62%, 2015 es de 48.97% los cuales indican que existe un incremento anual del 2012 al 2014 mientras que en 2015 existe una disminución de un 2% en comparación al año anterior, pero no se llega a cumplir lo establecido por OMS. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador et al., 2015).

En el Ecuador, en el año 2014 la tasa de cesáreas fue 42,2%, en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública (MSP) los partos por cesárea representaron el 29,3%,

mientras que en los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) representaron el 49,5% y en clínicas privadas el 69,9%, con estos valores se encuentra un crecimiento anual del 4,03%. (VEGA LAZZO & VILLOTA VERDUGO, 2016).

A nivel mundial la cesárea se practica en un alto porcentaje. Según la declaración de la OMS, se debe realizar cesárea a todas las pacientes que lo necesiten, considerando que la tasa de esta debe fluctuar entre 10 y 15%. En Estados Unidos anualmente se registran más de 1.2 millones de partos por cesárea, que corresponden a un tercio de los nacimientos (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). En Europa se reporta una incidencia del 21%, y en Latinoamérica, específicamente en los países Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México, del 30 al 50% (Organización Mundial de la Salud, 2010). En el Ecuador, en el año 2014 el índice de cesáreas solo del MSP fue de 41.2%. (Luna Salinas, 2020).

## 2.5. 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. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016).

## 2.4 Tipos de cesárea.

### 2.4.1. Cesárea electiva.

Es aquella intervención programada que se realiza antes del inicio del parto en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. (Hospital Clínic et al., s. f.).

### 2.4.2. Cesárea en curso de parto o de recurso.

Se realiza durante el curso del parto, por indicación materna, fetal o mixta. Se incluyen: desproporción pélvico-fetal, fracaso de inducción, distocia de dilatación o de descenso y

parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni el feto. (Hospital Clínic et al., s. f.).

#### 2.4.3. Cesárea urgente.

Es aquella que se realiza como consecuencia de una patología de la madre o del feto, en la que se sospecha compromiso del bienestar fetal (profilaxis pérdida del bienestar fetal). Puede ser anteparto o intraparto y se recomienda la finalización del embarazo de forma rápida. El tiempo seguro entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no debe superar los 30 minutos (estándar internacional). (Hospital Clínic et al., s. f.).

#### 2.4.4. Cesárea emergente.

Se indicará en situaciones en las que exista un riesgo vital para la madre y/o el feto: rotura uterina, prolapso de cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa con hemorragia que comprometa el estado hemodinámico de la paciente y embolia del líquido amniótico. La extracción fetal se tendrá que realizar en <15 minutos. (Hospital Clínic et al., s. f.).

#### 2.4.5. Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- Primera: Es la que se realiza por primera vez.
- Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior. (Espinosa Moya, 2015).

#### 2.4.6. Según indicaciones.

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica. (Espinosa Moya, 2015).
- Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto. (Espinosa Moya, 2015).

#### 2.4.7. Según técnica quirúrgica.

- Laparotomía de Pfannenstiel: Se realiza incisión transversa de 10- 12 cm de longitud por sobre el pubis. Sección del tejido celular subcutáneo y aponeurosis también en forma transversa. (Schnapp et al., 2014).

Dissección del plano muscular sub-aponeurótico partiendo por la línea media, teniendo especial cuidado con la hemostasia de vasos perforantes. (Hospital Clínic et al., s. f.)

Se separan en sentido vertical los rectos abdominales hasta identificar el peritoneo parietal y se penetra a la cavidad peritoneal identificándose la zona del segmento uterino. (Schnapp et al., 2014).

- Histerotomía: La incisión uterina más frecuentemente utilizada es la transversa baja, que tiene dentro de sus ventajas una menor pérdida de sangre, así como un menor riesgo de ruptura en embarazos posteriores. (Schnapp et al., 2014).

Se identifica el segmento uterino (de menor grosor y con adherencia laxa al peritoneo visceral), se abre transversalmente el peritoneo visceral y se desciende la vejiga. (Hospital Clínic et al., s. f.).

La incisión uterina se realiza de manera transversa y arciforme para evitar la lesión de los vasos del ligamento ancho. Una vez expuesto, el amnios se secciona y se procede con la extracción fetal, siendo las maniobras de extracción dependientes del tipo de presentación. Existe una recomendación de postergar la ligadura del cordón por al menos 30 segundos con el fin de optimizar niveles hematológicos en el neonato. Ello no procede frente a emergencias en la condición de la madre y/o el recién nacido. (Schnapp et al., 2014).

- Histerorrafia: Múltiples técnicas han sido propuestas para el cierre de la pared uterina (21,22). La técnica más frecuentemente utilizada es la sutura continua en uno o dos planos corridos o con vuelta atrás. También se puede realizar una sutura con puntos separados

invaginantes. El material de sutura puede ser catgut crómico o vicril # 0 o #1. Un estudio reciente (CORONIS) reveló una menor tasa de transfusiones en el grupo que utilizó catgut crómico, aun cuando los mismos autores no son categóricos en la implicancia de este hallazgo. (Schnapp et al., 2014).

- Laparotomía media infra umbilical: Esta técnica se prefiere cuando está planificada una potencial ampliación de la laparotomía hacia la porción superior del abdomen, cuando existe una cicatriz previa o en situaciones de urgencia. (Hospital Clínic et al., s. f.).

- Técnica de Pelosi: Incisión de piel similar a Pfannenstiel, con disección utilizando electro bisturí hasta aponeurosis, Se realiza una pequeña separación de músculos rectales para luego continuar con disección digital el resto de línea media y entrada a peritoneo. No se disecciona peritoneo visceral y por tanto, no se desplaza la vejiga hacia inferior. Se realiza apertura de útero por disección descrita en línea media pero la prolongación lateral de esta es sólo por tracción digital. Se realiza extracción fetal, posterior a lo cual se administra oxitocina esperando alumbramiento espontáneo. Se masajea el fondo uterino e inicia cierre uterino en sutura continúa enganchada o atrás con poliglactina en una sola capa. No se cierra peritoneo visceral, ni parietal, así como músculo. La aponeurosis se cierra con poliglactina. Si el tejido celular es grueso se afronta con tres puntos separados absorbibles. Cierre de piel. (Schnapp et al., 2014).

## 2.5 Parto después de una cesárea

Se trata de la expulsión vía vaginal de un feto mayor a 20 semanas en mujeres que tienen antecedente de operación cesárea. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016).

En la actualidad, el parto vaginal es una práctica segura en las mujeres con antecedente de cesárea previa, sin que se presente por ello un aumento de la morbimortalidad materno fetal. En general el parto vaginal después de una cesárea es un método práctico para reducir la tasa global de cesáreas (Luna Salinas, 2020).

Se puede optar por la inducción del parto con oxitocina tiene un gran porcentaje éxito y no se encuentra complicaciones materno fetales complementarias. (García Benítez et al., 2015).

Indicaciones para optar por un parto vaginal posterior a cesárea:

- 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 se dispone de esta información considere por seguridad la realización de una cesárea iterativa.
  - Descartar otras cicatrices uterinas o roturas previas.
  - Médico capacitado para practicar una cesárea de urgencia.
  - Se cuenta con anestesia, personal e infraestructura para una cesárea.
- (Dominguez, 2012).

Contraindicaciones de un parto vaginal posterior a cesárea:

- Embarazo múltiple.
- Cesárea previa antes de las 32 semanas.
- Dolor en el sitio de la cicatriz uterina previa.
- Antecedente de cirugía uterina con entrada a la cavidad endometrial (miomectomía, malformaciones uterinas), o procedimiento endouterino con perforación (legrado, histeroscopia). (Dominguez, 2012).

## 2.6 Edad Gestacional.

Se define de manera imprecisa como el número de semanas entre el primer día del último período menstrual normal de la madre y el día del parto. Más exactamente, la

edad gestacional es la diferencia entre 14 días antes de la fecha de concepción y el día del parto. La edad gestacional no es la edad embriológica real del feto, pero es el valor estándar universal entre los obstetras y los neonatólogos para evaluar la maduración fetal. (Stavis, 2019).

### 2.7 Partos pre términos.

Se define como parto pre término aquel que se produce entre las 22 y las 36 semanas 6 días después de la fecha de última menstruación. (Huertas Tacchino, 2018).

### 2.8 Parto a término.

El embarazo a término es aquel que termina entre tres semanas antes y dos después de la fecha estimada del parto es decir desde las 37 a las 41 semanas con 6 días. (Cifuentes Borrero et al., 2016).

### 2.9 Parto Pos término.

Es aquel de 42 semanas o más, es decir 294 días o más a partir del primer día de la última menstruación. (Piloto Morejón et al., 2000).

### 2.10 Causas de cesárea anterior.

#### 2.10.1 Inducción.

Procedimientos dirigidos a estimular contracciones uterinas en mujeres embarazadas que no se encuentran en trabajo de parto y que buscan inducir el parto vaginal. (Arágon Hernández et al., 2017).

La inducción está indicada cuando los beneficios para la madre o el feto rebasan los de la continuación del embarazo. Las indicaciones más frecuentes incluyen rotura de membranas sin trabajo de parto, hipertensión gestacional, oligohidramnios, estado fetal no tranquilizador, embarazo de pos término y varios trastornos médicos maternos, como hipertensión crónica, diabetes, entre otras. (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013b).

### 2.10.3 Pre eclampsia.

El factor de inicio en la preeclampsia puede ser la reducción de la perfusión uteroplacentaria, secundaria a una anomalía en la invasión de las arterias espirales uterinas por las células citotrofoblásticas extravilosas, asociada a alteraciones locales del tono vascular, del balance inmunológico y del estado inflamatorio, algunas veces con predisposición genética. Se encuentra disfunción de la célula endotelial, dislipidemia (especialmente, hipertrigliceridemia), hiperinsulinemia, hiperleptinemia, desbalance entre antioxidantes y prooxidantes, entre otros. (Pacheco, 2006).

La preeclampsia es una enfermedad que se diagnostica a partir de las 20 semanas de edad gestacional, se diagnostica con cifras tensionales altas por encima de 104/90, proteinuria positiva o 30 mg en la muestra.

### 2.11 Complicaciones obstétricas de un parto vaginal.

#### 2.11.1 Atonía uterina.

La atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragia uterina, pero siempre deben descartarse, luego del alumbramiento es necesario examinar adecuadamente la placenta y membranas amnióticas para verificar si están completas no, sumado a la clínica de la paciente, además de descartar lesiones del canal del parto. Si hay dudas, se efectuaran de inmediato la exploración manual de la cavidad y del tracto inferior con instrumental apropiado y bajo anestesia. (Winograd et al., s. f.).

La hemorragia posparto como la pérdida de sangre que supera los 500 mL en un parto vaginal y que supera 1.000 mL en un parto por cesárea. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una HPP. (Ministerio de Salud Publica Ecuador, 2013).



### 2.11.2 Hemorragia post-parto.

Hemorragia post-parto, es la causa obstétrica más común del parto provocando hipovolemia y/o inestabilidad hemodinámica en la paciente poniendo en riesgo su vida.

Sin embargo, aún existen guías y protocolos internacionales que proponen otras definiciones, como pérdida de >500ml de sangre por parto vaginal y más de 1000ml por cesárea, disminución de un 10% en el hematocrito basal de la paciente. Pérdida de sangre de 500ml o más en 24 horas después del parto. (Casale et al., 2019).

### 2.11.3 Histerectomía Obstétrica.

La histerectomía subtotal ha sido aconsejada para reducir los tiempos quirúrgicos y la pérdida sanguínea. La ventaja de la histerectomía es tratar directamente el origen del sangrado, pero la desventaja es la extracción del útero en una paciente con deseos de fertilidad. (Winograd et al., s. f.).

### 2.11.4 Rotura uterina.

Es la presencia de cualquier desgarro del útero después de la labor de parto no se consideran como tales la perforación translegrado, la ruptura por embarazo intersticial o la prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea. (Ministerio de Salud Pública de Mexico, 2016).

#### **Factores de riesgo:**

Se considera una mujer embarazada con mayor riesgo para presentar una ruptura uterina cuando existe: (Ministerio de Salud Pública de Mexico, 2016).

- Cirugía uterina previa.
- Miomectomía.
- Cesárea Anterior.
- Plastía uterina.
- Periodo intergenésico de 18-24 meses de una cesárea anterior.

- Ruptura uterina previa.
- Cesárea corporal o segmento corporal.
- Uso de prostaglandina E2 (dinoprostona) con cesárea previa.
- Uso de prostaglandina EI (misoprostol) con cesárea previa.
- Tener más de una cesárea. (Ministerio de Salud Pública de Mexico, 2016).

#### 2.11.5 Desgarro del parto urogenital en parto vaginal.

**Desgarros vulvares:** Fácilmente identificables, no suelen causar problemas. Son frecuentes, sangrantes y dolorosos en la vecindad del clítoris. Se suturan con puntos sueltos mediante una sutura fina reabsorbible. Si no sangran cicatrizan solos con facilidad. (Ramírez, s. f.).

**Desgarros perineales:** Casi todos los desgarros perineales acompañan algún desgarro vaginal. Existen varios grados de profundidad, clasificados según afecten solo la piel y tejido subcutáneo (I°), la musculatura perineal (II°), el esfínter anal (III°) o incluso la mucosa rectal (IV°). (Ramírez, s. f.).

Deben identificarse cada una de las estructuras (capas musculares, tejido subcutáneo, piel) y repararse individualmente ya que la simple sutura del desgarro cutáneo no es adecuada, siendo especialmente importante recuperar la integridad del esfínter anal cuando está afecto. (Ramírez, s. f.).

En caso de afectación de la mucosa rectal, ésta se sutura desde el ángulo de rotura hacia abajo, mediante una sutura continua de material reabsorbible fino, invirtiendo los bordes, de tal manera que se una serosa con serosa; posteriormente se recomienda antibioterapia y dieta astringente, con o sin fármaco astringente asociado, en los primeros días. (Ramírez, s. f.).

**Desgarros vaginales:** Pueden acontecer en cualquier localización de la vagina, sin asociarse a desgarros perineales. Los del tercio distal pueden extenderse en profundidad

y ocasionar profusas hemorragias. Su reparación implica la localización del ángulo superior del desgarro y la sutura hemostática por encima del mismo. Después puede suturarse mediante puntos sueltos o sutura continua. En caso de estallidos vaginales tras dar los puntos hemostáticos, es preferible la colocación de un tapón de gasa vaginal apretado (y una sonda de Foley), si el intento de dar puntos de sutura se ve dificultado por la friabilidad del tejido. (Ramírez, s. f.).

**Desgarros cervicales:** Desgarros cervicales de hasta 2 cm se consideran como inevitables en el curso de un parto normal, estos desgarros curan rápidamente y raramente son el origen de algún problema. Suelen localizarse a las 3 y 9 horarias del cuello uterino. Si el desgarro supera aquella medida, suele afectar a estructuras vasculares que determinan la aparición de hemorragias inmediatas a su producción. Raramente los desgarros cervicales se extienden hasta involucrar el segmento uterino inferior y la arteria uterina (colpoaporrexia). Casi siempre se asocian a maniobras traumáticas e inadecuadas sobre el cérvix, tales como la dilatación manual forzada del mismo, la utilización de medios extractores sin alcanzar la dilatación completa, rotaciones complicadas con fórceps, etc, pero ocasionalmente se producen de forma inesperada. (Ramírez, s. f.).

#### 2.12 Periodo intergenésico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera periodo intergenésico aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM)) del siguiente embarazo.

Se ha reportado que existe elevación del riesgo materno-fetal inversamente proporcional en relación a la duración del periodo intergenésico. Sin embargo, es importante enfatizar que posterior a un nacimiento vivo, el tiempo recomendado de espera para el inicio del siguiente embarazo es de al menos 18 meses (Según la OMS, el tiempo óptimo es de 18-

27 meses) y no mayor a 60 meses, para reducir el riesgo de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales. (Geneva, 2005).

#### 2.12.1 Periodo Intergenésico Corto.

El PIC se ha definido como el periodo menor a 18 meses de la fecha de resolución del último evento obstétrico a la fecha de concepción del siguiente embarazo. Es importante mencionar que el riesgo de presentar distintas complicaciones aumenta dependiendo del PIC transcurrido, ya sea 3, 6, 9, 12 o 18 meses, por ejemplo, prematuridad, ruptura uterina, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y óbito se relacionan a PIC menor de 18 meses, mientras que aborto, ruptura prematura de membranas, anemia y endometritis puerperal se relacionan a PIC menor de 6 meses. (Zavala-García et al., s. f.).

#### 2.12.2 Periodo Intergenésico Largo.

Las pacientes con PIL tienden a ser mujeres mayores, con adecuado control prenatal, mayor índice de masa corporal previo a la concepción y con algún embarazo previo que concluyó favorablemente. (Conde-Agudelo et al., 2005) o, la prevalencia de efectos perinatales adversos, se encuentra una tendencia de un patrón en forma de “J”, ya que el riesgo de presentar complicaciones obstétricas aumenta en intervalos gestacionales menores de 18 meses, disminuye entre los 18-24 meses y de nuevo aumentan posterior a los 60 meses. (Zhu, 1999).

#### 2.13 Estudios realizados del parto cefalovaginal posterior a cesárea.

Según el estudio de “Factores asociados con éxito de parto vaginal en mujeres con cesárea previa.” Realizado en la Unidad de Paritorios del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, España los resultados obtenidos fueron. En el grupo a estudio, un total de 173 mujeres (72,4%) finalizaron su gestación con un parto vaginal, de las cuáles, 104 fue mediante un parto vaginal eutócico (43,5%). El 54,4% de los casos comenzó el parto de forma espontánea. (Pérez et al., 2017).

De acuerdo con el estudio "Parto vaginal después de una cesárea previa, hospital san Juan de dios, Cali (Colombia)." (Dominguez, 2012) Los resultados fueron, la proporción de parto vaginal en este grupo fue del 20,3%. El 36% de las gestantes con puntajes entre 4 y 7 tuvieron parto vaginal y el 83% de las gestantes con 8 o más puntos. Con un punto de corte  $\geq 4$  puntos la sensibilidad fue de 85,7%, la especificidad 69,1% y si el punto de corte fue  $\geq 8$  la sensibilidad fue de 83,3%, la especificidad 82,6%. (Cuero-Vidal, s. f.)

El estudio "Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital" en la ciudad de Lima, Perú. Durante el periodo de estudio, 398 gestantes con antecedente de cesárea anterior en trabajo de parto espontáneo ingresaron por el servicio de emergencia; 16 de ellas fueron excluidas: 6 gestantes por antecedente de cesárea anterior 2 veces, 6 por óbito fetal y 4 por prematuridad (28, 30, 32 y 34 semanas, respectivamente). Ciento setenta y ocho gestantes (46,5%) tuvieron un parto vaginal exitoso. (Sabogal, s. f.).

Al realizar la estadística comparativa, se observó que el hecho de tener un parto posterior a la cesárea era un factor positivo para tener un parto vaginal ( $p = 0.000$ ), mientras que los partos previos a la cesárea no tuvieron ninguna influencia en la finalización de los siguientes embarazos ( $p = 0.203$ ). (Pérez et al., 2017).

La indicación de cesárea más frecuente en las pacientes que no lograron un parto vaginal fue alteración en la primera y segunda fase del trabajo de parto, 86,3%, siendo la alteración de la primera fase del trabajo de parto (fase activa estacionaria) más frecuente, 45,6%. (Sabogal, s. f.).

#### 2.14 Herramientas para evaluación.

El tratamiento intraparto de las pacientes sometidas a un ensayo "intento de trabajo de parto después de una cesárea" (TOLAC) es similar al de las pacientes con útero sin cicatrices, con algunas consideraciones únicas, como la elección del agente de

maduración / inducción cervical, la intensidad de la cardiotocografía y los recursos necesarios. La principal complicación que encontramos en un parto cefalovaginal posterior a cesárea es la rotura uterina. (Metz, s. f.-b).

El Sistema Canadiense de Vigilancia Perinatal informó que el término TOLAC en Canadá entre 2003 y 2015 se asoció con un mayor riesgo relativo, pero una tasa absoluta baja, de morbilidad y mortalidad materna severa en comparación con el "parto por cesárea repetido planificado" (PRCD) (razón de tasas ajustadas [RR] 1,96, IC del 95%: 1,76-2,19; 10,7 frente a 5,65 por 1000 partos). (Metz, s. f.-a).

## CAPÍTULO III

### MÉTODOS

#### 3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El tema de investigación se trata de un estudio descriptivo transversal retrospectivo con recolección de datos a través de los registros médicos los cuales son las historias clínicas que nos vamos a basar en los diagnósticos.

#### 3.2 LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN

El estudio se desarrolló en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba; la revisión de los datos de las fechas Julio 2015 hasta Julio 2020, que se necesita para el proyecto se llevó a cabo en un periodo de 1 mes desde el primero de septiembre hasta el 30 del mismo mes del año 2020.

#### 3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

##### 3.3.1 Población.

Son pacientes en trabajo de parto que acudieron al Hospital Provincial General Docente de Riobamba y presentaban antecedente de una cesárea previa.

##### 3.3.2 Muestra.

El universo fueron todas las pacientes que terminaron de parto cefalovaginal con antecedente haberse realizado una cesárea previa, en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba que, según los reportes de estadística, corresponde a 36 pacientes.

##### 3.3.2.1 Fórmula para determinar la muestra

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

N = tamaño de la población. (36)

Z = nivel de confianza para la seguridad del 95%. (1.96)

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada. (0.5)

Q = probabilidad de fracaso. (1-p=0.5)

D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción). (5%=0.05)

Donde n es igual = 32.99%

### **3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En el Hospital Provincial General Docente Riobamba se tomaron los datos del departamento de estadística de una base de datos virtual, para la selección de historias clínicas de paciente que terminaron su parto cefalovaginal con antecedente haberse realizado una cesárea previa.

### **3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **3.5.1 Criterios de Inclusión.**

- Embarazadas con previa cesárea realizada anteriormente en un periodo menor, igual o mayor a 18 meses que ingresaron al Hospital General Docente de Riobamba en un periodo 2015 – 2020, las cuales llegaron a finalizar su embarazo por parto cefalovaginal.
- Pacientes que se sometieron a una sola cesárea.

#### **3.6.1 Criterios de Exclusión.**

- Embarazadas que presenten al menos dos cesáreas anteriores
- Embarazadas con antecedente de haberse realizado una cirugía uterina previa.

### **3.6 METODOLOGÍA**

#### **3.6.1 Técnica de la Investigación.**

Para la recolección de datos se realizó una base de datos virtual, la misma que incluyó las variables y se analizó frecuencias, porcentajes e incidencias.



### 3.6.2 Instrumento de recolección de información.

Base de datos e historias clínicas proporcionada.

### 3.7.2 Fuente de Datos.

Historias clínicas y base de datos proporcionadas por el departamento de estadísticas del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo 2015 – 2020.

### 3.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	ESCALA	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Años	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 15 - 19- años</li> <li>➤ 20 – 30 años</li> <li>➤ ≥31 años</li> </ul>	Distribución de frecuencia absoluta y relativa	Base de datos
Procedencia	El origen donde nace o se deriva una persona.	N/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Urbano</li> <li>➤ Rural</li> </ul>	Distribución de frecuencia absoluta y relativa	Base de datos
Escolaridad	Período de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios.	N/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Básica</li> <li>➤ Media</li> <li>➤ Superior</li> </ul>	Distribución de frecuencia absoluta y relativa	Historias clínicas
Estado Civil	es la situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y	N/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Soltera</li> <li>➤ Unión Libre</li> <li>➤ Casada</li> <li>➤ Divorciada</li> </ul>	Distribución de frecuencia absoluta y relativa	Historias clínicas

	con la legislación, y que va a determinar la capacidad de obrar y los efectos jurídicos que posee cada individuo.				
Causas de cesárea anterior		Antecedentes personales	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Inducción fallida</li> <li>➤ Fase Latente Prolongada</li> <li>➤ Conducción Fallida</li> <li>➤ Detención Secundaria de la Dilatación</li> <li>➤ Compromiso de bienestar fetal</li> <li>➤ Ascinclitismo</li> <li>➤ Macrosomía Fetal</li> <li>➤ Preeclampsia</li> </ul>	Distribución de frecuencia absoluta y relativa	Historia clínica
Complicaciones Observadas		N/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hipotonía Uterina</li> <li>➤ atonía Uterina</li> </ul>	Distribución de frecuencia absoluta y relativa	Historia clínica

			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desgarro de Cuello uterino</li> <li>➤ Hemorragia Pos-Parto</li> <li>➤ Shock Hipovolémico</li> <li>➤ Alumbramiento Incompleto</li> <li>➤ Rotura Uterina</li> </ul>		
Fase del Parto		N/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Latente</li> <li>➤ Activo</li> <li>➤ Expulsivo</li> </ul>	Distribución de frecuencia absoluta y relativa	Historia clínica
Periodo Intergenésico	Se considera periodo intergenésico aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo.	N/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ &gt; 18 MESES</li> <li>➤ &lt; 18 MESES</li> </ul>	Distribución de frecuencia absoluta y relativa	Historia clínica
Ruptura de Membranas	Se manifiesta como la pérdida del líquido amniótico	N/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ SI</li> <li>➤ NO</li> </ul>	Distribución de frecuencia absoluta y relativa	Historia clínica

Edad Gestacional	La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento.	N/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prematuro</li> <li>➤ A termino</li> <li>➤ Posttermino</li> </ul>	Distribución de frecuencia absoluta y relativa	Historia clínica
------------------	---	-----	---	--	------------------

### **3.8 TÉCNICA, INSTRUMENTOS**

- Base de datos.
- Análisis de variables propuestas.
- Análisis de indicadores.
- Historias clínicas.
- Análisis de datos obtenidos e interpretación de estos.
- Realización de gráficos y cuadros

### **3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para la realización de esta investigación se utilizó el programa Excel 2010, en el cual se registraron datos que nos llevan a tener un resultado mediante la base de datos del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

A través de Excel 2010 se elaboró cuadros y tablas que nos brindaron datos estadísticos los cuales se describen a continuación.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 RESULTADOS

##### 4.1.1 PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS EN EL PERIDO 2015 – 2020

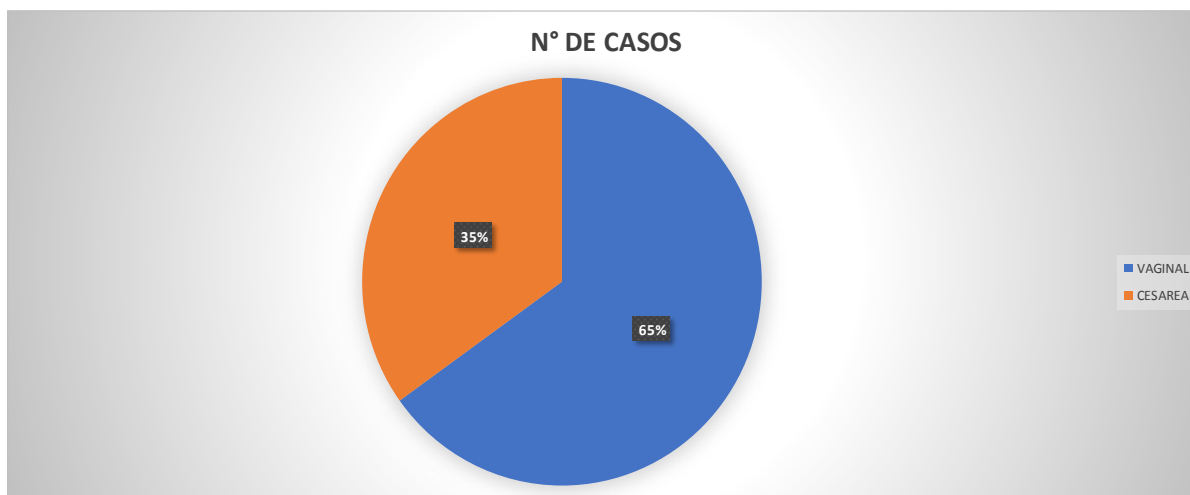
TABLA N°1 Número de partos vaginales y cesáreas obtenidos en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo 2015 – 2020.

N° DE NACIMIENTOS 2015 - 2020	N° DE CASOS	%
VAGINAL	11834	65,09
CESAREA	6348	34,91
TOTAL	18182	100,00

Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema.

Fuente de información: Base de datos HPGDR.

GRAFICO N°1 Número de partos vaginales y cesáreas obtenidos en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo 2015 – 2020.



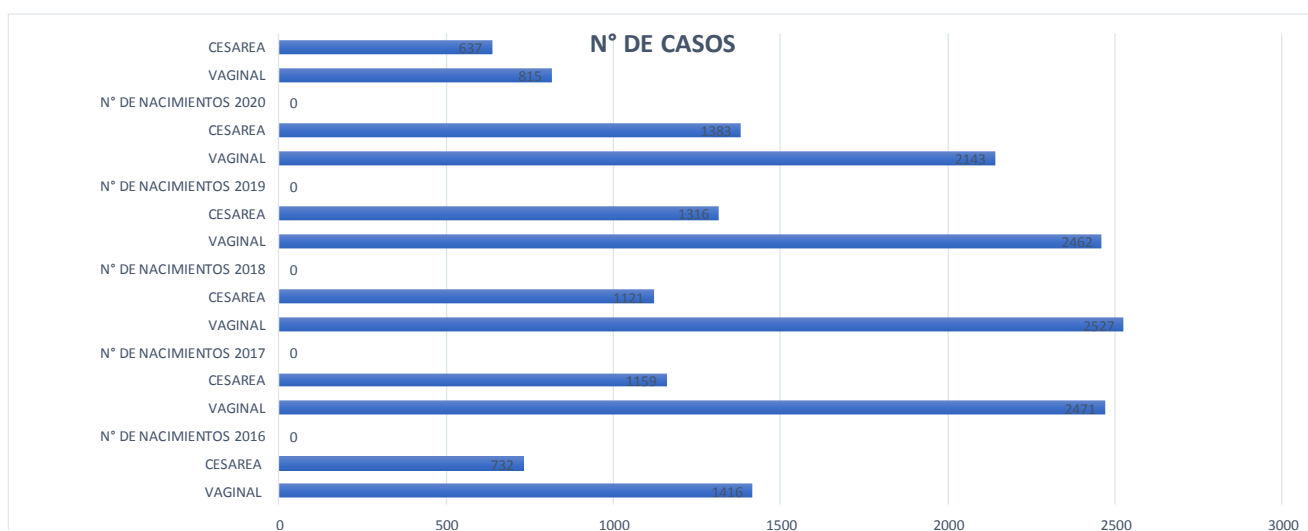
Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema.

Fuente de información: Base de datos HPGDR.

En el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo de tiempo investigado se encontró que existieron un total de 18182 partos atendidos de los cuales 11834 corresponden a partos vaginales que representa un 65%, mientras que cesáreas se atendieron 6348 con un porcentaje del 35%.

#### 4.1.2 PARTOS CEFALOVAGINALES EN AÑOS

GRAFICO N° 2 Número de partos vaginales por año



Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

En el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el año 2015 se obtuvieron un total de partos vaginales de 1416 y partos por cesárea 732, en el año 2016 se obtuvieron un total de partos vaginales de 2471 y partos por cesárea 1159, en el año 2017 se obtuvieron un total de partos vaginales de 2527 y partos por cesárea 1121, en el año 2018 se obtuvieron un total de partos vaginales de 2462 y partos por cesárea 1316, en el año 2019 se obtuvieron un total de partos vaginales de 2143 y partos por cesárea 1383, en el año 2020 se obtuvieron un total de partos vaginales de 815 y partos por cesárea 637.



#### 4.1.3 PARTOS CEFALOVAGINALES CON ANTECEDENTE A CESÁREA PREVIA EN EL PERIDO 2015 – 2020

TABLA N° 2 Número de partos vaginales y partos posterior cesárea

N° DE NACIMIENTOS 2015 - 2020	N° DE CASOS	%
VAGINAL	11798	99,70
VAGINAL POST-CESÁREA	36	0,30
TOTAL	11834	100,00

Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

GRAFICO N°3 Número de partos vaginales y partos posterior cesárea



Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

En la casa de salud antes mencionada se encontró que existe un total de 11834 partos vaginales de los cuales 11798 son partos vaginales que corresponden al 99,70% y 36 son partos vaginales posteriores a cesárea que corresponde al 0,30%.

Debido al número de casos se consideró el total como población y muestra de estudio.

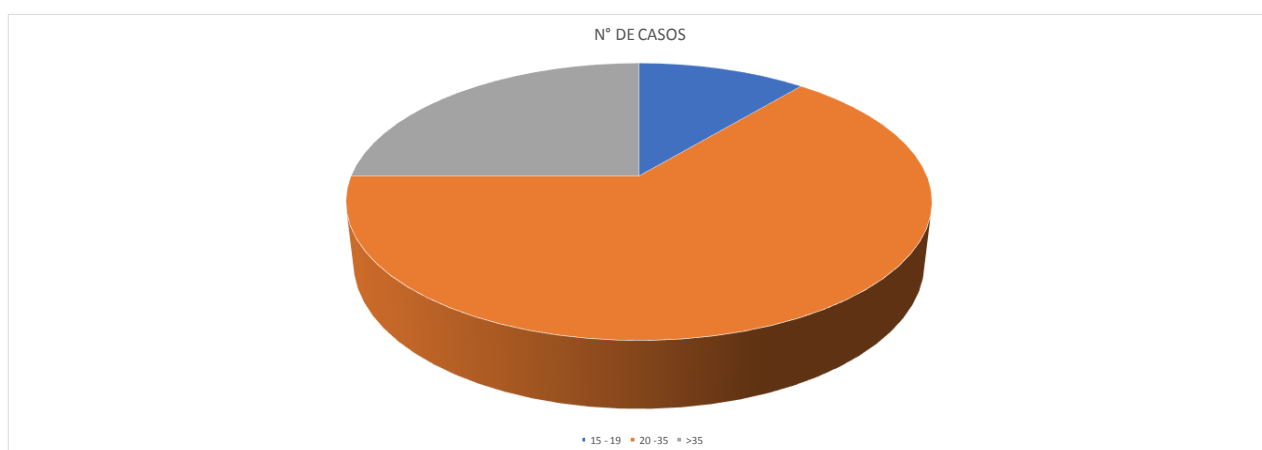
#### 4.1.4 EDAD

TABLA N° 3 Edades de las pacientes con partos posterior a cesárea.

EDAD	N° DE CASOS	%
15 - 19	4	11,11
20 - 35	23	63,89
>35	9	25,00
TOTAL	36	100,00

Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema  
Fuente de información: Base de datos HPGDR

GRAFICO N°4 Edades de las pacientes con partos posterior a cesárea



Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema  
Fuente de información: Base de datos HPGDR

En el tiempo investigado se encontró que existe un total de 36 partos vaginales posterior a cesárea, en las siguientes edades de 15-19 años 4 personas que corresponden al 11,11%, de 20-35 años 23 personas que corresponden al 63,89% y > 35 años 9 personas que corresponde al 25%.

#### 4.1.5 PROCEDENCIA

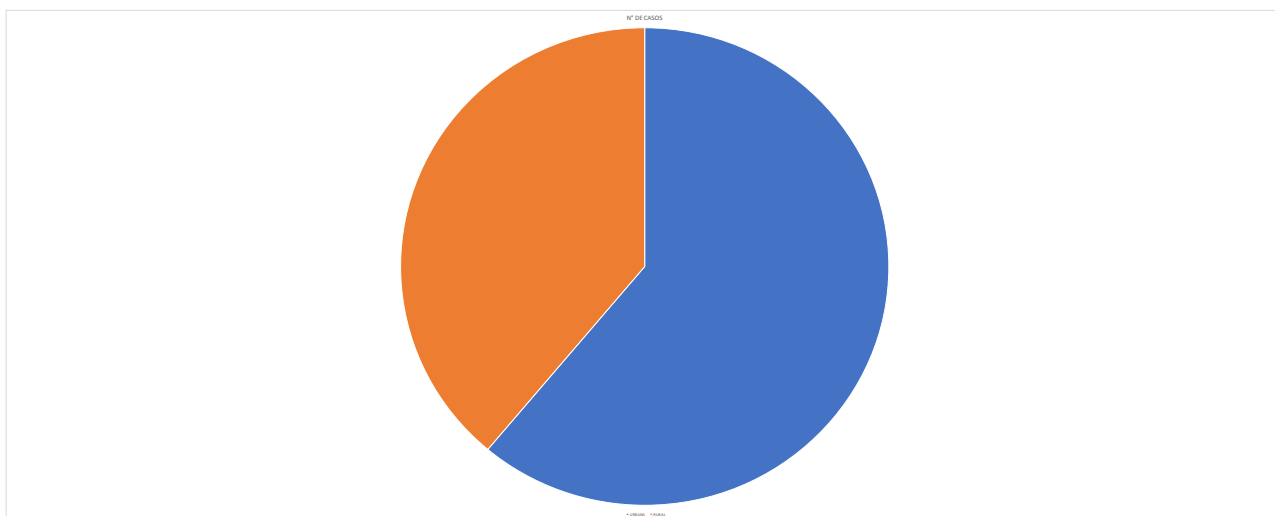
TABLA N°4 Procedencia de las pacientes con partos posterior a cesárea

PROCEDENCIA	N° DE CASOS	%
URBANA	22	61,11
RURAL	14	38,89
TOTAL	36	100,00

Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

GRAFICO N°5 Procedencia de las pacientes con partos posterior a cesárea



Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

En el periodo antes mencionado se encontró que existe un total de 36 partos vaginales posterior a cesárea, de la siguiente procedencia, urbana 22 personas que corresponden al 61.11%, y rural 14 personas que corresponden al 38,89%.

#### 4.1.6 ESCOLARIDAD

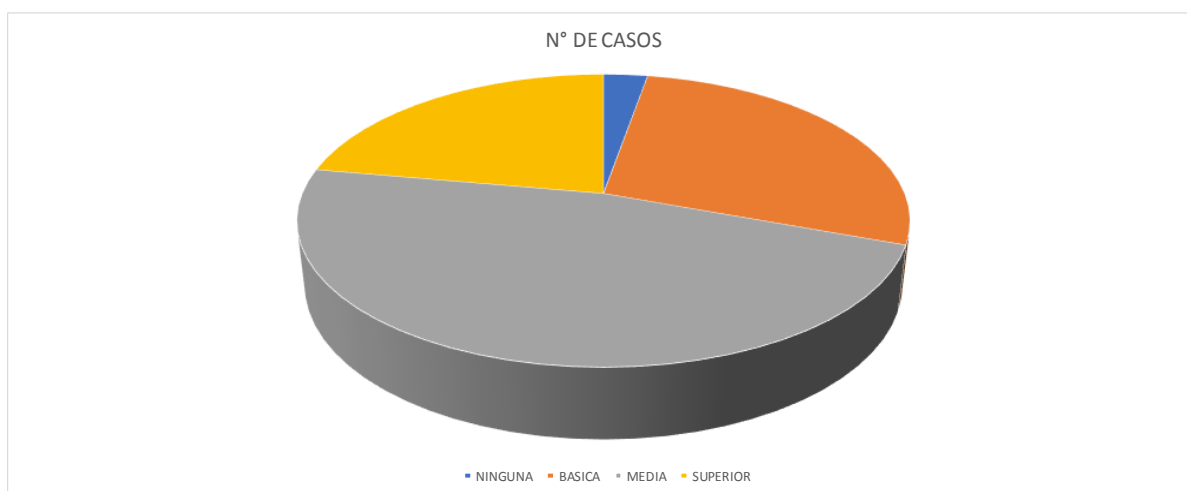
TABLA N°5 Escolaridad de las pacientes con partos posterior a cesárea

ESCOLARIDAD	N° DE CASOS	%
NINGUNA	1	2,78
BASICA	10	27,78
MEDIA	17	47,22
SUPERIOR	8	22,22
TOTAL	36	100,00

Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

tos posterior a cesárea



Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

En el HPGDR existe un total de 36 partos vaginales posterior a cesárea, escolaridad, ninguna 1 personas que corresponden al 2,78%, básica 10 personas que corresponden al 27,78%, media 17 personas que corresponde al 47,22% y superior 8 personas que corresponde al 22,22%.

#### 4.1.7 ESTADO CIVIL

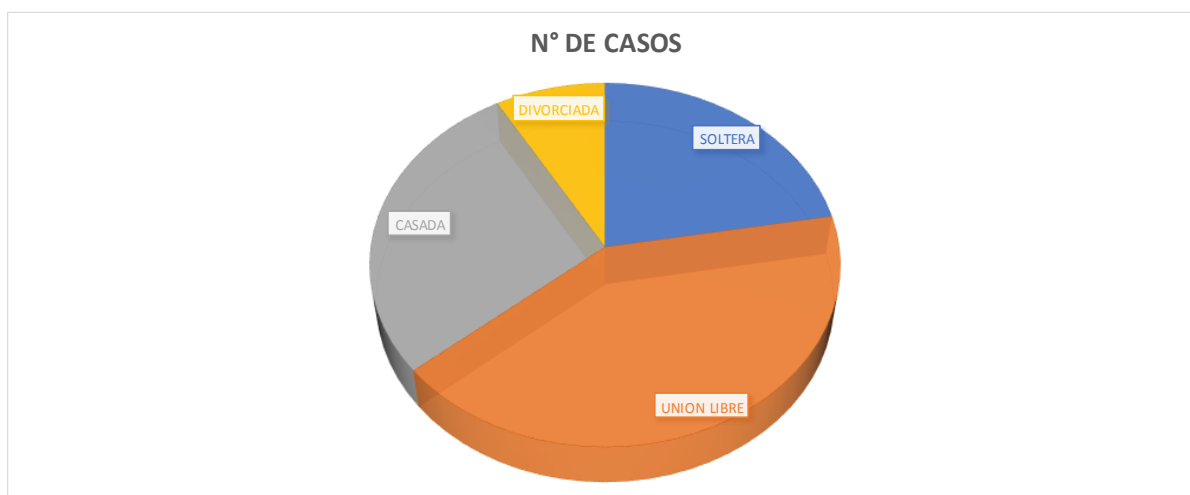
TABLA N°6 Estado civil de las pacientes con partos posterior a cesárea

ESTADO CIVIL	N° DE CASOS	%
SOLTERA	8	22,22
UNION LIBRE	15	41,67
CASADA	10	27,78
DIVORCIADA	3	8,33
TOTAL	36	100,00

Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

tos posterior a cesárea



Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

De acuerdo a los datos obtenidos en nuestra investigación se encontró que existe un total de 36 partos vaginales posterior a cesárea, estado civil, soltera 8 personas que corresponden al 22,22%, unión libre 15 personas que corresponden al 41,67%, casada 10 personas que corresponde al 27,78% y divorciada 3 personas que corresponde al 8,33%.

#### 4.1.8 EDAD GESTACIONAL

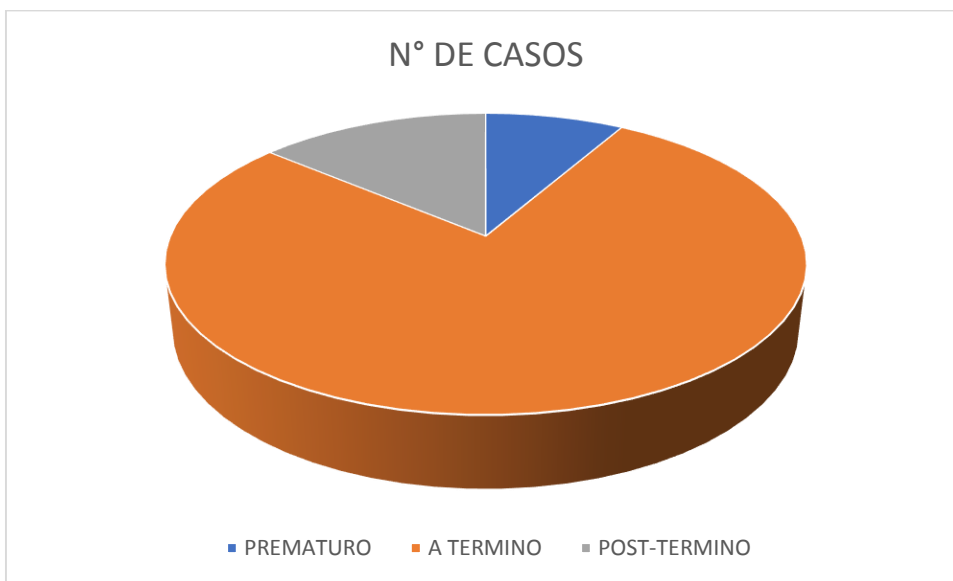
TABLA N°7 La edad gestacional en pacientes con partos posterior a cesárea.

EDAD GESTACIONAL	N° DE CASOS	%
PREMATURO	3	8,33
A TERMINO	28	77,78
POST-TERMINO	5	13,89
TOTAL	36	100,00

Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

GRAFICO N°8 La edad gestacional en pacientes con partos posterior a cesárea.



Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

Cuando analizamos la edad gestacional se encontró que existe un total de 36 partos vaginales posterior a cesárea, la edad gestacional en la que llegaron las pacientes con una cesárea previa fueron 3 pacientes con parto prematuro que representa al 8.33%, 28 pacientes con parto a término representan al 77.78%, y 5 partos pos término representa 13.89%.

#### 4.1.9 PERIODO INTERGENÉSICO

TABLA N°8 Periodo intergenésico en pacientes con partos posterior a cesárea.

PERIODO INTERGENESICO	N° DE CASOS	%
> 18 MESES	35	97,22
< 18 MESES	1	2,78
TOTAL	36	100,00

Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

Periodo intergenésico en pacientes con partos posterior a cesárea.



Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

En relación al periodo intergenésico los resultados fueron que existe un total de 36 partos vaginales posterior a cesárea, tuvieron un periodo intergenésico mayor a 18 meses 35 embarazadas que representa 97.22%, mientras que tuvieron un parto antes de los 18 meses fue una paciente que representa 2.78%.

#### 4.1.10 CAUSAS DE CESAREA ANTERIOR

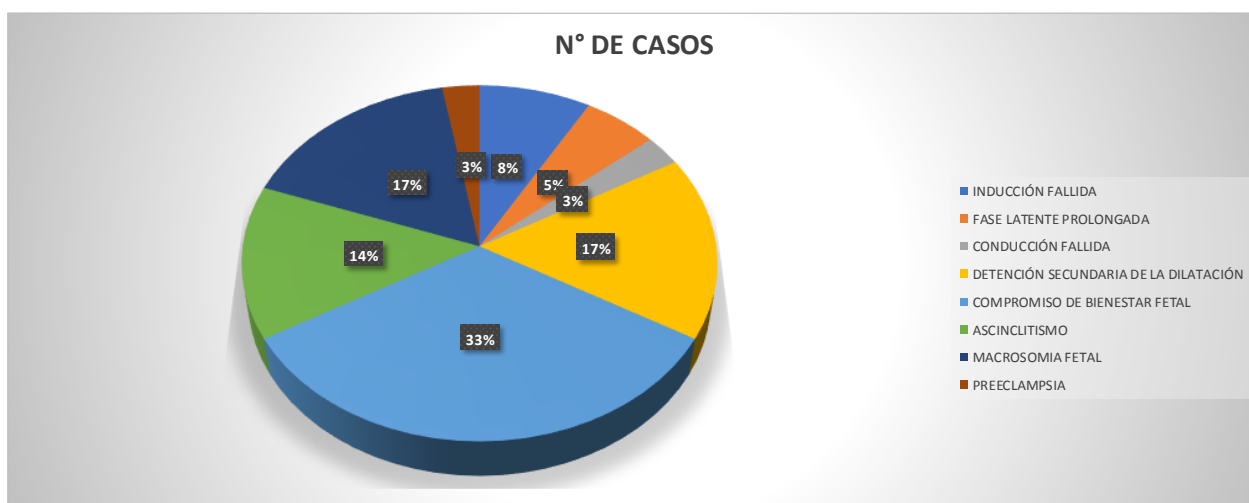
TABLA N°9 Causas de cesárea anterior en pacientes con partos posterior a cesárea

CAUSAS DE CESAREA ANTERIOR	N° DE CASOS	%
INDUCCIÓN FALLIDA	3	8,33
FASE LATENTE PROLONGADA	2	5,56
CONDUCCIÓN FALLIDA	1	2,78
DETENCIÓN SECUNDARIA DE LA DILATACIÓN	6	16,67
COMPROMISO DE BIENESTAR FETAL	12	33,33
ASCINCLITISMO	5	13,89
MACROSOMIA FETAL	6	16,67
PREECLAMPSIA	1	2,78
TOTAL	36	100,00

Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

GRAFICO N°10 Causas de cesárea anterior en pacientes con partos posterior a cesárea



Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

Las causas que se hallaron para ser intervenidas de cesárea fueron, inducción fallida 3 casos que corresponden al 8,33%, fase latente prolongada 2 casos que corresponden al 5,56%, conducción fallida 1 caso que corresponde al 2,78% detención secundaria de la dilatación 6 casos que corresponde al 16,67%, compromiso de bienestar fetal 12 casos que corresponde de al 33,33%, ascinclitismo 5 casos que corresponde al 13,89%, macrosomía fetal 6 casos que corresponde al 16,67% y preeclampsia 1 caso que corresponde al 2,78%.



#### 4.1. 11 FASES DEL PARTO

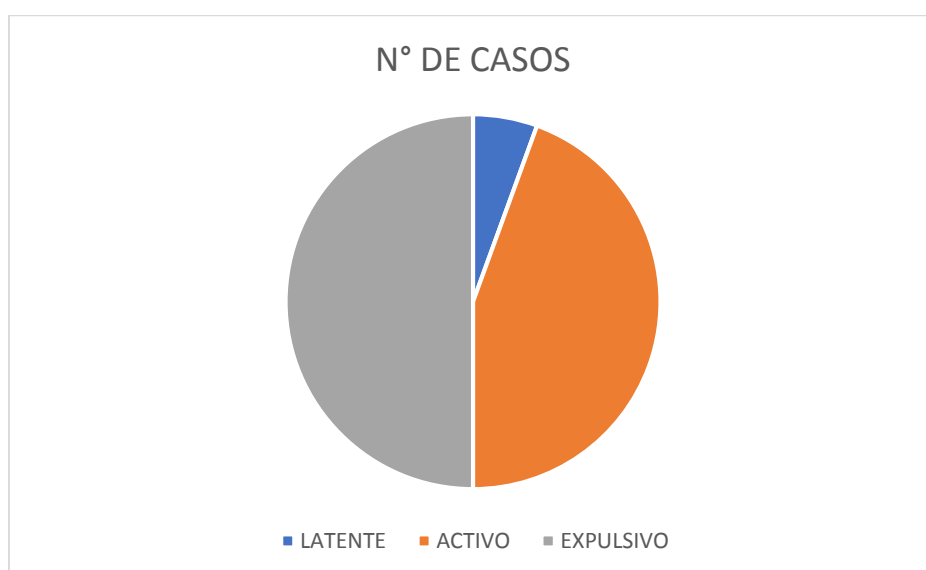
TABLA N°10 Fases del parto en pacientes con partos posterior a cesárea.

FASE DEL PARTO	N° DE CASOS	%
LATENTE	2	5,56
ACTIVO	16	44,44
EXPULSIVO	18	50,00
TOTAL	36	100,00

Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

GRAFICO N° 11 Fases del parto en pacientes con partos posterior a cesárea.



Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

En el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, las pacientes ingresaron en las siguientes fases de parto, 2 embarazadas acudieron en fase latente lo que representa 5.56%, en fase activa 16 embarazadas representa 44.44%, y en expulsivo 18 pacientes representa al 50%.

#### 4.1.12 RUPTURA DE MEMBRANAS

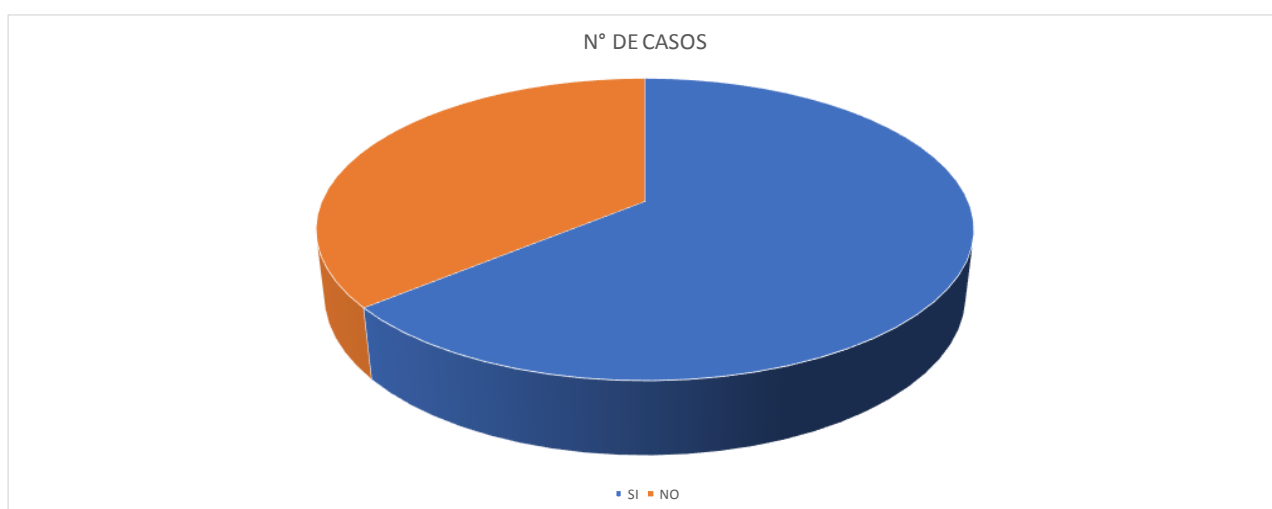
TABLA N°11 Ruptura de membranas en pacientes con partos posterior a cesárea.

RUPTURA DE MENBRANAS	N° DE CASOS	%
SI	23	63,89
NO	13	36,11
TOTAL	36	100,00

Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

GRAFICO N°12 Ruptura de membranas en pacientes con partos posterior a cesárea.



Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema

Fuente de información: Base de datos HPGDR

Al analizar la RPM, en nuestro estudio, 23 embarazadas tuvieron una ruptura de membranas que equivale al 63.89%, mientras que pacientes que no tuvieron ruptura de membranas son 13 que representa 36.11%.

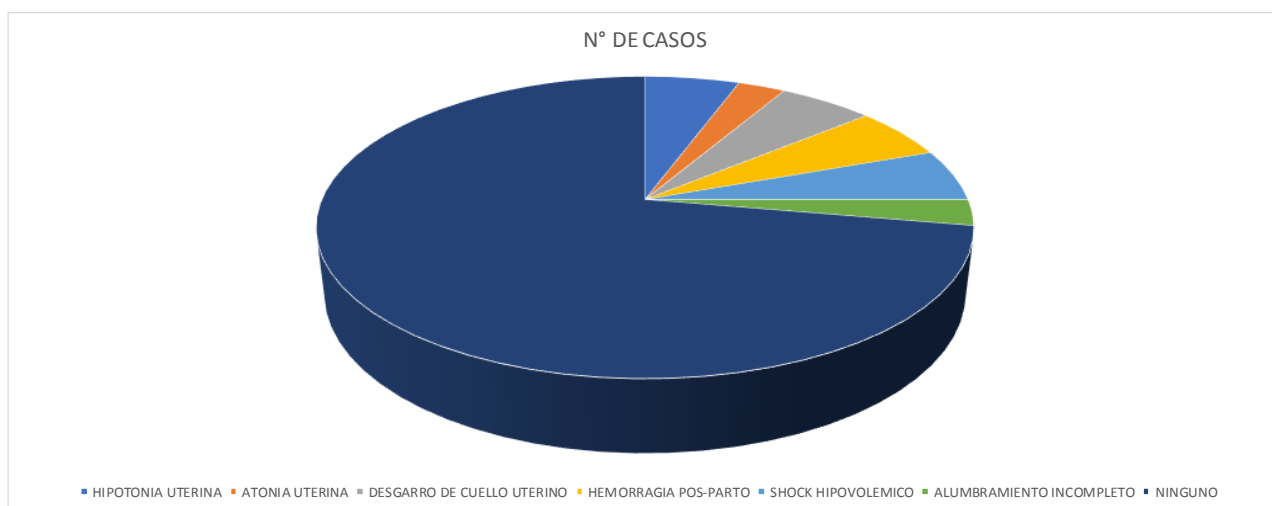
#### 4.1.13 COMPLICACIONES OBSTETRICAS

TABLA N°12 Causas de complicaciones obstétricas en pacientes con partos posterior a cesárea.

COMPLICACIONES OBSERVADAS	N° DE CASOS	%
HIPOTONIA UTERINA	2	5,56
ATONIA UTERINA	1	2,78
DESGARRO DE CUELLO UTERINO	2	5,56
HEMORRAGIA POS-PARTO	2	5,56
SHOCK HIPOVOLEMICO	2	5,56
RUPTURA UTERINA	0	0,00
ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO	1	2,78
NINGUNO	26	72,22

Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema  
Fuente de información: Base de datos HPGDR

GRAFICO N°13 Causas de complicaciones obstétricas en pacientes con partos posterior a cesárea.



Elaborado por: Allison Freire y Alejandra Lema  
Fuente de información: Base de datos HPGDR

Las complicaciones obstetricas halladas en nuestra investigación fueron: hipotonía uterina 2 pacientes que representa 5.56%, atonía uterina 1 caso que representa 2.78%, desgarro del cuello uterino 2 pacientes con un porcentaje del 5.56%, hemorragia posterior a parto 2 pacientes que representa 5.56%, shock hipovolémico 2 casos que representa 5.56%, alumbramiento completo 1 paciente que representa 2.78%, los que no tuvieron ninguna complicación que son 26 personas representa 72.22% y no existen casos reportados de rupturas uterinas.

## CAPÍTULO V

### 5.1 DISCUSIÓN

En nuestra investigación existe una prevalencia de 32.99%, aplicando la fórmula de obtención de muestra para obtener el porcentaje de partos cefalovaginal en mujeres con cesárea anterior en el periodo 2015-2020, al no existir estudios de similar índole, se ha tenido que tomar en cuenta investigaciones similares en instituciones de especialidad en ginecología; demostrándose una incidencia menor al no ser un centro especializado como los que se hizo referencia para ser la comparación con el presente proyecto de investigación.

Dicha prevalencia es baja en comparación con el estudio realizado en el Hospital de la Mujer Alfredo Paulson, que fue de 3% en el periodo de octubre del 2016 a marzo del 2017 (Moreira, s. f.). De igual manera la prevalencia de este trabajo de investigación es inferior en comparación con el trabajo realizado en el Hospital Gíneco-Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi durante el período junio 2016 – junio 2017 fue de 60,74% (Cervantes Ortega, 2017b). Esto se debe a que no es una práctica común hacer parto cefalovaginal después de una cesárea, además que nuestro estudio es realizado en cinco años y los estudios antes mencionados son de un año por lo que la prevalencia es menor.

La guía del Ministerio de Salud Pública que asegura que la edad menor de 16 años o mayor de 35 aumenta el riesgo de resultados obstétricos adversos en toda gestación. (Moreira, s. f.)

En la investigación hubo  $\geq 35$  años un total de 9 mujeres (el 25% de los partos posterior a cesárea), la mayor cantidad fue en la edad de 20-35 años siendo 23 mujeres que

representa (el 63.89 % de los partos posterior a cesárea), en menor cantidad fue en el rango de edad de 15-19 años con un número de casos de 4 mujeres que representa (el 11.11 % de los partos posterior a cesárea), mientras que en el Hospital de la Mujer Alfredo Paulson no hubo mujeres menores de 16 años con partos vaginales después de cesárea previa.

El rango de edad que tenemos del trabajo de investigación es similar a otros estudios realizados, como el del Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi que según su estudio se obtuvo un porcentaje de 80.98% con respecto a una edad menor a 35 años. (Cervantes Ortega, 2017b), el Hospital de la mujer Alfredo Paulson, tiene una mayor proporción de individuos (el 50.5%) se situó entre los 26 a 35 años (Moreira, s. f.). Por lo tanto, en nuestro estudio como en los que se realizó la comparación se puede observar que el rango de edad en el cual hubo más partos cefalovaginales posterior a una cesárea fue de 20-35 años.

De acuerdo con la procedencia, en la investigación realizada obtuvo como resultados, 22 personas acudieron del sector urbano, y corresponden al 61.11%, que es un porcentaje mayor que de las pacientes que acudieron de sector rural, las cuales fueron 14 personas que corresponden al 38,89%.

En el Hospital Provincial General Docente Riobamba con respecto al nivel de educación de las pacientes aquellas que no tienen ningún grado de escolaridad es 1 persona que corresponde al 2.78%, básica 10 personas que corresponden al 27,78%, media 17 personas que corresponde al 47,22% y superior 8 personas que corresponde al 22,22%. Mientras que en comparación con el estudio realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi el 14.72% tenía un nivel superior, el 52.76% presentó nivel de educación secundaria y el 32.51% con nivel de instrucción primaria.

(Cervantes Ortega, 2017b). En cuanto en la variable de la edad en el Hospital de la mujer Alfredo Paulson no tomó en cuenta.

Según el estado civil de las pacientes, del presente estudio como resultado se tiene, soltera 8 (22,22%), unión libre 15 (41,67%), casada 10 (27,78%) y divorciada 3 (8,33%). Según el estudio el Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi el 18.40% de las pacientes fueron solteras, el 38.56% fue de estado civil unión libre, el 39.26% fueron casadas.(Cervantes Ortega, 2017b) . De acuerdo con el estudio se dieron más partos posterior a cesárea en pacientes con estado civil unión libre en comparación con el estudio realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi quién se dio más partos en mujeres con estado civil casadas. Con respecto a la variable estado civil en el Hospital de la mujer Alfredo Paulson no tomó en cuenta. Por tal motivo se evidencia que la mayoría de las pacientes con partos cefalovaginal posterior a una cesárea estaban acompañadas de sus parejas tanto casadas como en unión libre.

De acuerdo con las causas de cesárea anterior en pacientes con partos posterior a cesárea del presente estudio de investigación, se obtiene los siguientes resultados, inducción fallida corresponden al 3 (8,33%), fase latente prolongada al 2 (5,56%), conducción fallida al 1 (2,78%), detención secundaria de la dilatación al 6 (16,67%), compromiso de bienestar fetal al 12 (33,33%), ascinclitismo al 5 (13,89%), macrosomía fetal al 6 (16,67%) y preeclampsia 1 (2,78%). Con respecto al diagnósticos por los cuales se realizó cesárea a repetición en el Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi son, fase latente prolongada 40.62%, detención de segunda fase 34.37%, dolor en histerorrafia 10.93%, compromiso de bienestar fetal 6.26%, expulsivo prolongado 6.26%, desproporción cefalo-pelvica 1.56%. (Cervantes Ortega, 2017b). En el Hospital de la mujer Alfredo Paulson no tomó en cuenta la variable antes mencionada. La

investigación nuestra que la fase latente prolongada tiene menor porcentaje en comparación con el presente proyecto de investigación, mientras que el porcentaje de compromiso de bienestar fetal es superior con respecto al Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.

Las complicaciones obstétricas en pacientes con partos posterior a cesárea son hipotonía uterina con 2 (5.56%), atonía uterina 1 (2.78%), desgarro del cuello uterino 2 (5.56%), hemorragia posterior a parto 2 (5.56%), shock hipovolémico 2 (5.56%), alumbramiento completo 1 (2.78%), los que no tuvieron ninguna complicación que son 26 (72.22%) y no existen casos reportados de ruptura uterina.

Según el estudio del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson, la prevalencia de las complicaciones maternas fue del 29% entre las mujeres que tuvieron un parto vaginal posterior a una cesárea previa. Se sitúa en primer lugar el desgarro perineal de primer grado que ocurrió en el 15 (17.6%) de los casos, seguido del desgarro perineal de segundo grado con el 4 (4.7%). En cuanto a las complicaciones más peligrosas que incluye la hemorragia post-parto, la retención placentaria, y la hipotonía uterina se halló solamente un caso de cada una, es decir, un 1 (1.17%) en este estudio. (Moreira, s. f.) Mientras que en el Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi no se tomó en cuenta la variable complicaciones obstétricas.

Según la fase del parto en la que llegan las pacientes con partos posterior a cesárea hubo, un total de fase latente lo que representa 2 (5.56%), en fase activa un 16 (44.44%), y en expulsivo representa 18 (50%). Por lo que se concluye que la mayoría de los partos posterior a una cesárea llegaron en fase expulsivo.

Según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, el intervalo entre embarazos de más de 18 meses tiene un 86% de probabilidad de un parto posterior a cesárea exitoso, mientras que el periodo intergenésico menor de 18 meses baja la tasa al 79%. Además, con un periodo menor a 18 meses el riesgo de rotura uterina es de tres veces más alto.(Moreira, s. f.)

El periodo intergenésico en pacientes con partos posterior a cesárea, fue mayor a 18 meses con un 35 (97.22%), mientras que tuvieron un parto antes de los 18 meses fue un 1 (2.78%). En comparación con el estudio del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson, el 88.2% de las mujeres, es decir 75 de las 85 tuvieron un periodo intergenésico de 2 años o más, de ellas, el grupo más representativo fue de las que tenía un periodo intergenésico mayor a los 7 años de diferencia entre la gesta actual y la cesárea anterior (el 25.8%).(Moreira, s. f.)

Ruptura de membranas en pacientes con partos posterior a cesárea en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo de tiempo investigado se encontró que existe un total de, 23 embarazadas tuvieron una ruptura de membranas que equivale al 63.89%, mientras que pacientes que no tuvieron ruptura de membranas representan 36.11%. La mayoría de pacientes con parto posterior a cesárea llegaron para ser atendidas con una ruptura de membranas.

Los resultados de la edad gestacional en pacientes con partos posterior a cesárea del presente estudio fueron, partos prematuros representa 3 (8.33%), mientras que partos a término representa 28 (77.78%), y parto posttérmino representa 5 (13.89%).

En el estudio del Hospital de la Mujer Alfredo Paulson, el porcentaje predominante de casos, es decir, el 36,4 % correspondía a aquellas mujeres con partos a término que se



situaban entre las 37 y 38 semanas. el 29,4% de ellos ocurrieron en mujeres con menos de 37 semanas completas de gestación.(Moreira, s. f.). Mientras que en el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, del total de pacientes incluidas en el estudio según edad gestacional al momento del parto el 5,52% fue pretérmino, 28,83% fue a término temprano, 61,35% a término y el 4,79% a término tardío.(Cervantes Ortega, 2017b)

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia indica que existe una serie de predictores del éxito de la prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa, que han sido revisados por múltiples autores (Moreira, s. f.). Se debe tener en cuenta que los predictores se han realizado en estudios retrospectivos y hace falta más estudios con una población más amplia para determinar si dichas herramientas se pueden utilizar al momento del parto cefalovaginal posterior a una cesárea.

## 5.2 CONCLUSIONES

- El parto cefalovaginal posterior a cesárea es una opción válida de atención obstétrica, en mujeres que cumplan con los siguientes criterios: Período intergenésico mayor a 18 meses, placentación adecuada, móvil fetal adecuado, sin antecedente de alteraciones morfológicas del canal de parto.
- La consideración de parto cefalovaginal debe ser un proceso programado, debido a que se debe realizar una valoración ecográfica para medición de segmento uterino entre las 34 a 36 semanas de gestación, por lo que intentar parto vaginal en mujeres con labor de parto establecido sin medición previa de segmento puede ser contraproducente debido a las potenciales complicaciones como: Ruptura uterina, desprendimiento de placenta entre otros.
- Se considerará parto vaginal en mujeres con cesárea previa cuando se hayan descartado las siguientes contraindicaciones absolutas para parto vaginal: Antecedente de rotura uterina previa, antecedente de cesárea no segmentaria (incisión uterina corporal o T invertida), cirugía uterina previa con entrada en cavidad endometrial (extirpación de mioma submucoso o miometrial de espesor total), mujeres con 3 o más cesáreas previas.
- Las cesáreas recurrentes son un factor de riesgo de rotura uterina y alteraciones de la placentación, por lo que la aplicación de modelos de predicción puede ser útiles para valorar la probabilidad de éxito de un parto vaginal, siendo recomendable la aplicación de la escala de BISHOP; esto debido a que en estas pacientes no se puede utilizar conducción e inducción.

- Un parto posterior a cesárea no está exento de complicaciones perinatales; esto sustentado por los hallazgos obtenidos entre los cuales destacan: Desgarro vaginal 5.56%, hipotonía uterina 5.56%, hemorragia postparto 5.56%, shock hipovolémico 5.56%, atonía uterina 2.78%, alumbramiento incompleto 2.78% y ruptura uterina 0%. Por lo que la capacidad de atención del parto vaginal debe estar acorde al nivel de complejidad del centro hospitalario donde se realiza tal procedimiento, el cual debe constar de personal completo entre: Ginecólogos, Obstetras, Pediatras, Neonatólogos, Anestesiólogos entre otros por los riesgos asociados a estas intervenciones.

### 5.3 RECOMENDACIONES

- Se recomienda la aplicación de los criterios para parto vaginal posterior a cesárea establecidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), entre los cuales están: Estimación de un período intergenésico mayor a 18 meses, cesárea previa que no contemple alteraciones de la estructura pélvica materna ya que esta condiciona la vía del parto de forma definitiva, entre las cuales tenemos: Traumatismos óseos de la pelvis maternas, diámetros pélvicos alterados por defectos congénitos, presencia de dispositivos de osteosíntesis en el tercio superior del fémur, presencia de prótesis de cadera. Otras causas a considerar son: Alteraciones de la placentación, presentación fetal y patología obstétrica.
- Las gestantes con cesárea previa deben ser informadas sobre la opción de parto vaginal, así como los riesgos y beneficios asociados a esta. Los puntos a favor de un parto vaginal son: Menor morbilidad materna, así como una menor morbilidad respiratoria neonatal observadas en partos por cesárea. En contraparte, presenta un riesgo de rotura uterina, y puede presentar un mayor riesgo de parto instrumentado (uso de fórceps), así como lesiones perineales. Para efectos legales es necesario documentar la hoja 027 correspondiente a la historia clínica única del MSP cuyo llenado es obligatorio previo a la realización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos o preventivos.
- En gestantes que ingresen al centro obstétrico del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, con embarazo a término y cesárea previa, con dilatación avanzada y sin contraindicación absoluta de parto vaginal y segmento uterino

adecuado, se debe ofrecer parto vaginal en base a las recomendaciones de la guía de práctica clínica. Se recomienda además el no uso de conducción con oxitocina debido al riesgo de rotura uterina.

- Se recomienda intentar parto vaginal posterior a cesárea siempre y cuando se cuente con un equipo multidisciplinario completo, esto quiere decir: Ginecólogo experimentado, Anestesiólogo, Neonatólogo, disponibilidad de espacio físico en UCIN y UCI, por los riesgos inherentes a complicaciones obstétricas, se debe además consultar con los servicios auxiliares como Medicina Transfusional sobre la disponibilidad de hemoderivados en el caso de ser necesarios.

## BIBLIOGRAFÍA

Apaza Chura, R., & Chambi Oscalla, M. J. (2018). Uso de las prácticas recomendadas por la OMS durante el Trabajo de parto en el Servicio de Obstetricia en el Hospital III ESSALUD Juliaca junio – agosto 2017. [Andina].

<http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/1728>

Arágon Hernández, J., Ávila Vergara, M., Beltrán Montoya, J., Cisneros Calderón, E., Caldiño Soto, F., Castilla Zenteno, A., García Espinosa, M., Gil Márquez, J., Gudiño Ruiz, E., Hernández Rivera, C., Loya Montiel, L., Salvador Domínguez, G., & Vadillo Ortega, F. (2017). Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: Propuesta de consenso. Propuesta de consejo Ginecologico Obstetrico Mexico, 314-324.

Casale, D. R., Basanta, D. N., Fabiano, D. P., Lukestik, D. J., & Tissera, D. R. (2019). ConsensDoEFOABSSGTOETdReICHIAemorragia FPAoSsGtOpa2r0t1o9. 40.

Cervantes Ortega, D. H. (2017a). Factores asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período Junio 2016 – Junio 2017.

[PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR].

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14336/tesis%20MD%20Cervantes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cervantes Ortega, D. H. (2017b). Factores asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período Junio 2016 – Junio 2017.

Cifuentes Borrero, R., Hernández Carrillo, M., Toro Cifuentes, A. M., Franco Torres, V. R., Cubides Munéva, Á. M., & Duarte González, I. J. (2016). A PROPÓSITO DE UNA NUEVA CLASIFICACIÓN DEL EMBARAZO A TÉRMINO. RESULTADOS NEONATALES EN UNA CLÍNICA DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN CALI,

COLOMBIA. UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL, 2013. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 67(4), 271-277.

Conde-Agudelo, A., Belizan, J. M., Norton, M. H., & Rosas-Bermudez, A. (2005). Effect of the Interpregnancy Interval on Perinatal Outcomes in Latin America. 106(2), 8.

Cuero-Vidal, O. L. (s. f.). PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA PREVIA, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CALI (COLOMBIA). ESTUDIO DE COHORTE A cohort study of vaginal birth following prior cesarean section in the San Juan de Dios hospital, Cali, Colombia. 7.

Dominguez, D. A. (2012). DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. 148.

Espinosa Moya, J. I. (2015). ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE CESAREAS EN INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL AMBATOENERO A JUNIO DEL 2014 [UNIVERSIDAD REGIONAL AUTONOMA DE LOS ANDES «UNIANDÉS»]. <https://docplayer.es/14732448-Universidad-regional-autonoma-de-los-andes-uniandes.html>

García Benítez, C. Q., López Rioja, M. de J., & Núñez Monzalbo, D. E. (2015). Parto después de cesárea ¿una opción segura? Parto después de cesárea ¿una opción segura?, 69-87.

Geneva, S. (2005). Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/WHO\\_RHR\\_07.1\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/WHO_RHR_07.1_eng.pdf)

Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, & Universitat de Barcelona. (s. f.). CESÁREA. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>

Huertas Tacchino, E. (2018). Parto pretérmino: Causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 399-404.

JIMENEZ SASTRE, A., HERNANDEZ CORNELIO, E., CERINO MADRIGAL, I., RAMIREZ ELISEO, L. A., RIOS BURELO, R. M., & RODRIGUEZ VAZQUEZ, A. J. (2007). TALLER DE SIMULACION CLINICA GUÍA DE LA PRÁCTICA ATENCION DE TRABAJO DE PARTO. UNIVERSIDAD JUAREZ AUTONOMA DE TABASCO. <http://www.archivos.ujat.mx/DACS/taller%20simulacion/parto.pdf>

Luna Salinas, B. del C. (2020). RELACIÓN ENTRE LOS PUNTAJES DE FLAMM Y GROBMAN COMO PREDICTORES DE ÉXITO DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESÁREA ANTERIOR EN EL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ EN EL PERIODO ENERO 2018 A JULIO 2019. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17511/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.%20Biviana%20Luna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Metz, T. D. (s. f.-a). Elegir la ruta de parto después del parto por cesárea. 31.

Metz, T. D. (s. f.-b). Prueba de trabajo de parto después de una cesárea: Manejo intraparto. 14.

Milderos M, R. (2008). MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DIRECCION NACIONAL DE NORMATIZACION NORMATIVA TÉCNICA NACIONAL DE ATENCIÓN DE PARTO VERTICAL. <http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/Normativa%20parto%20V8.pdf>

Ministerio de Salud Pública de Mexico. (2016). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Prevención, diagnóstico y manejo oportuno DE LA RUPTURA UTERINA en el primero, segundo y tercer niveles de atención. MINISTERIO DE SALUD DE MMEXICO.



Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Atención del parto por cesárea (Quito-Ecuador). MSP. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-DEL-PARTO-POR-CESAREA.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud, & Coordinación General de Planificación. (2015). Boletín Nacimientos por Cesárea. Dirección Nacional de Comunicación, Imagen y Prensa. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/BOLET%3%8DN-CESAREAS.pdf>

Ministerio de Salud Publica Ecuador, E. (2013). Guía-de-hemorragia-postparto.pdf. La Caracola Editores. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>

Moreira, E. O. (s. f.). UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO. 96.

Organizaición Mundial de la Salud. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. WHO, 8.

Pacheco, J. (2006). Preeclampsia/eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. 12.

Pérez, J. H., Ramos, E. M., Berzosa, R. P., Cubero, L. V., Júlvez, T. J., & López, E. A. (2017). Factores asociados con éxito de parto vaginal en mujeres con cesárea previa. Estudio transversal descriptivo. 13.

Piloto Morejón, M., Morejón Tapia, E., Del Pino Malagón, E., & Breijo Madera, H. (2000). EMBARAZO PROLONGADO. Revista Cubana Obstetrica Ginecología, 26(1), 48-53.

Ramírez, J. V. (s. f.). TTEEMMAA OO--3366: HHEEMMOORRRRAAGGIIAASS PPOOSSTTPPAARRTTOO.. 10.

Sabogal, J. J. (s. f.). Vaginal delivery following cesarean section: Application of a score at Dra. Anny Tatiana Vargas Juscamaita admission to the hospital. 6.

Schnapp, C., Sepúlveda, E., & Roberts, J. A. (2014). OPERACIÓN CESÁREA. Revista Medica Clinica Condes, 6(25), 987-992.

Stavis, R. L. (2019). Edad Gestacional [Versión para Profesionales]. Manual MSD.

<https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/edad-gestacional#:~:text=La%20edad%20gestacional%20se%20define,y%20el%20d%C3%ADa%20del%20parto.>

VEGA LAZZO, B. P., & VILLOTA VERDUGO, L. C. (2016). “PREVALENCIA Y CAUSAS DE CESAREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERÍODO JULIO A DICIEMBRE DE 2014. CUENCA 2015” [UNIVERSIDAD DE CUENCA].

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25812/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Winograd, R. H., Salcedo, L., Fabiano, P., & Bolatti, H. (s. f.). CONSENSO : Manejo de la Hemorragia Obstétrica Crítica. 13.

Zavala-García, A., Ortiz-Reyes, H., Salomon-Kuri, J., Padilla, C., & Ruiz, R. P. (s. f.). Artículo de Revisión Periodo intergenésico: Revisión de la literature. REV CHIL OBSTET GINECOL, 10.

Zhu, B.-P. (1999). Effect of the Interval between Pregnancies on Perinatal Outcomes. The New England Journal of Medicine, 6.