

Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital "Laura Esther Rodríguez Dulanto" de Supe. 2004-2008

Vaginal childbirth after a childbirth for caesarean in the hospital "Laura Esther Rodríguez Dulanto" of Supe. 2004-2008

Judá Eriko Santisteban Aquino¹, María Del Carmen Sánchez Pérez², Lourdes Leyva Minaya³

RESUMEN

Determina los factores obstétricos asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea en el Hospital "Laura Esther Rodríguez Dulanto" de Supe. El Método: Descriptivo, retrospectivo y longitudinal, con una muestra censal de 89 casos. La fuente de datos fue con las Historias Clínicas. Resultados: El éxito del Parto Vaginal fue 86.5%, de los cuales el 69.7% fueron por Partos Espontáneos y 14.6% partos estimulados con Oxitocina. Destacan como factor obstétrico significativo el control prenatal que es 76.4%; Así mismo fue un éxito el parto en aquellas madres cuyos neonatos pesaron entre 2,501 gr. y 4,000 gr. con APGAR normal 68.5%. Con edad materna promedio de 27.3 años, instrucción secundaria 60.7%, siendo amas de casa el 79.7%, con relación estable 95.5%, cuya edad gestacional a término fue 84.2%. El Fracaso del Parto fue 13.5%, los factores obstétricos asociados fueron: Sufrimiento fetal agudo, Presentación Podálica, Distocia de la Dinámica uterina e Hipertensión inducida por la Gestación. En conclusión: El éxito del Parto vaginal posterior a una cesárea depende del Control prenatal que abarque más de 5 controles y tendrá influencia en el Peso y APGAR del Neonato.

Palabras clave: Éxito del parto vaginal; Factor obstétrico; Fracaso del parto vaginal.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the obstetric factors in relation with successful obstetrical vaginal birth after childbirth cesarean in the Hospital "Laura Esther Rodríguez Dulanto" of Supe. The method used for this research was descriptive, retrospective, and longitudinal with a sample of 89 cases. The data source was obtained from the Medical Records Department. The results were as follow: the vaginal birth success was of 86.5%, of which 69.7% were by spontaneous labor and 14.6% by oxytocin stimulation.

It is important to detach the prenatal obstetric factor which was of 76.4%, it was also a success the delivery of those mothers whose infants weighed from 2.501 gr. and 4.000 gr. with 68.5% with normal APGAR; with average maternal age of 27.3 years old and with secondary education 60.7%, housewives 79.7%, 95.5% with stable relationship, and 84.2% with gestational age at term. The failure of childbirth was of 13.5%, the associated obstetrical factors were: acute fetal distress, breech birth dystocia of the uterine and pregnancy induced hypertension. In conclusion: The success of vaginal birth after cesarean section depends on prenatal control that covers more than 5 controls and this will influence in the weight and APGAR score of Neonate.

Keywords: Successful Vaginal Delivery; Obstetric Factor; Failure of Vaginal Delivery.

¹ Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo.

² Obstetra

INTRODUCCION

En la actualidad, los Obstetras saben que toda gestante que ha tenido un parto por cesárea puede tener partos vaginales. Este proceso se conoce como parto vaginal después de un parto por cesárea (PVDC). El índice de éxito varía según el factor o motivo del parto. El PVDC conlleva ciertos riesgos pero ofrece ventajas. Al decidir si el PVDC es una opción, un factor clave es la causa de la cesárea previa y otros factores que podrían influir en la decisión de si el PVDC es una opción exitosa. Entre estos factores figuran problemas de diversa índole como son factores obstétricos o ciertos padecimientos médicos durante el embarazo.

El PVDC no se practica en algunos hospitales. El hospital donde nazca el bebé debe estar equipado para un parto por cesárea de emergencia. La probabilidad de una mujer de tener un parto normal luego de una cesárea está en directa relación con la indicación de la cesárea en base a los factores Obstétricos, ya que no es lo mismo un caso de Desproporción Céfalo Pélvica, que un sufrimiento fetal donde en un segundo embarazo pueden cambiar las condiciones, siendo factible un nacimiento normal.

Así, de acuerdo a una reciente revisión sistemática de los estudios comparativos de la cesárea versus el parto vaginal, tal como se muestra en los antecedentes de este estudio como son M. Acosta, Alcántara, J. Echáis, Brian M. Mercer y otros, las mujeres con cesáreas electivas sufren más infecciones, recuperaciones más largas y mayores problemas físicos y emocionales, readmisiones en el hospital, entre otros problemas. Los bebés nacidos por cesárea tienen más riesgo en su salud. Todas estas consideraciones han motivado la

realización de este estudio para lo cual se ha establecido el siguiente Problema:

¿Cuáles fueron los factores obstétricos asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea en el Hospital “Laura E. Rodríguez Dulanto” de Supe desde el 2004 al 2008?

Objetivo general

Determinar los factores obstétricos asociados al éxito del PVDC en el Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe durante el año 2004 al 2008.

Objetivos Específicos

- Determinar los factores obstétricos asociados al fracaso del PVDC en el Hospital.
- Identificar la prevalencia de PVDC y clasificar el tipo de Partos en el Hospital.
- Enmarcar los factores de Morbimortalidad perinatal que determinaron el PVDC en el Hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue descriptivo, retrospectivo, longitudinal y de observación, datos recopilados el 2009, con una muestra censal de 89 casos equivalente a toda la población. La recolección de datos se realizó mediante un Protocolo de Recolección extraída de la Historia clínica (H.C) de las gestantes como diagnóstico final PVDC en la epicrisis de la H.C, del 2004 al 2008. Se efectuó estudios para obtener estimados no sesgados de la incidencia del PVDC y del seguimiento global. Se examinó el grado de asociación de las distintas variables individuales, grupales con el PVDC. Los datos se analizaron mediante el Software SPSS.15, empleándose para su análisis las valoraciones porcentuales y la Chi cuadrada (χ^2) con $p < 0.05$ para la relación estadística significativa.

RESULTADOS

Tabla 1. Parto vaginal después de una cesárea en el Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe-2004-2008.

Tipo de Parto vaginal	N	%
Parto estimulado con Oxitocina	13	14.6
Parto estimulado con Misopostrol	2	2.2
Parto Espontáneo	62	69.7
Fracaso del parto Vaginal	12	13.5
Total	89	100.0

Tabla 2. Edad materna y el parto vaginal después de una cesárea en el Hospital "Laura Esther Rodríguez Dulanto" de Supe-2004-2008.

Tipo de Parto Vaginal	Edad Materna										Total	
	15 hasta 20 años		21 hasta 25 años		26 hasta 30 años		31 hasta 35 años		36 hasta 40 años			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Parto estimulado con Oxitocina	-	-	4	4.5	6	6.6	1	1.1	2	2.2	13	14.6
Parto estimulado con Misopostrol	-	-	1	1.1	-	-	1	1.1	-	-	2	2.2
Parto Espontáneo	11	12.4	16	18.0	19	21.3	10	11.2	6	6.7	62	69.7
Fracaso del Parto vaginal	1	1.1	-	-	7	7.9	3	3.4	1	1.1	12	13.5
Total	12	13.5	21	23.6	32	36.0	15	16.9	9	10.1	89	100

p: 0.3522

: 27.38

Tabla 3. Grado de instrucción de la madre y el parto vaginal después de una cesárea en el Hospital "Laura Esther Rodríguez Dulanto" de Supe-2004-2008.

Tipo de Parto Vaginal	Grado de Instrucción de la Madre										Total	
	Ninguna		Primaria		Secundaria		Técnica		Profesional			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Parto estimulado con Oxitocina	-	-	2	2.2	10	11.2	-	-	1	1.1	13	14.6
Parto estimulado con Misopostrol	-	-	1	1.1	1	1.1	-	-	-	-	2	2.2
Parto Espontáneo	1	1.1	18	20.2	39	43.8	-	-	4	4.5	62	69.7
Fracaso del Parto vaginal	-	-	6	6.7	4	4.5	1	1.1	1	1.1	12	13.5
Total	1	1.1	27	30.3	54	60.7	1	1.1	6	6.7	89	100

p: 0.4480

Tabla 4. Estado civil de la madre y parto vaginal después de una cesárea, Hospital "Laura Esther Rodríguez Dulanto" de Supe-2004-2008.

Tipo de Parto Vaginal	Estado Civil						Total	
	Casada		Conviviente		Madre Soltera			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Parto estimulado con Oxitocina	2	2.2	11	12.4	-	-	13	14.6
Parto estimulado con Misopostrol	-	-	2	2.2	-	-	2	2.2
Parto Espontáneo	11	12.4	48	53.9	3	3.4	62	69.7
Fracaso del Parto vaginal	1	1.1	10	11.2	1	1.1	12	13.5
Total	14	15.7	71	79.8	4	4.5	89	100

p: 0.9021

Tabla 5. Ocupación de la madre y el parto vaginal después de una cesárea en el Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe 2004-2008.

Tipo de Parto Vaginal	Ocupación de la Madre								Total	
	Ama de Casa		Agricultora		Técnica		Profesional			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Parto estim. con Oxitocina	12	13.5	-	-	-	-	1	1.1	13	14.6
Parto estim. con Misopostrol	2	2.2	-	-	-	-	-	-	2	2.2
Parto Espontáneo	57	64.0	1	1.1	-	-	4	4.5	62	69.7
Fracaso del Parto vaginal	10	11.2	-	-	1	1.1	1	1.1	12	13.5
Total	81	91.0	1	1.1	1	1.1	6	6.7	89	100

p: 0.6200

Tabla 6. Edad gestacional de la madre y el parto vaginal después de una cesárea en el Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe 200-2008

Tipo de Parto Vaginal	Edad Gestacional				Total	
	Mas de 37 Semanas		Menos de 37 Semanas			
	N	%	N	%	N	%
Parto estimulado con Oxitocina	13	14.6	-	-	13	14.6
Parto estimulado con Misopostrol	2	2.2	-	-	2	2.2
Parto Espontáneo	60	67.4	2	2.2	62	69.7
Fracaso del Parto vaginal	11	12.4	1	1.1	12	13.5
Total	86	96.6	3	3.4	89	100

p: 0.6970

Tabla 7. Control prenatal de la madre y el parto vaginal después de una cesárea en el Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe-2004-2008.

Tipo de Parto Vaginal	Numero de Controles Prenatales						Total	
	Sin Control		1 a 4 Controles		5 a Más Controles			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Parto estimulado con Oxitocina	-	-	2	2.2	11	12.4	13	14.6
Parto estimulado con Misopostrol	-	-	-	-	2	2.2	2	2.2
Parto Espontáneo	-	-	7	7.9	55	61.8	62	69.7
Fracaso del Parto vaginal	1	1.1	3	3.4	8	9.0	12	13.5
Total	1	1.1	12	13.5	76	85.4	89	100

p: 0.0181

Indicación de la cesárea anterior

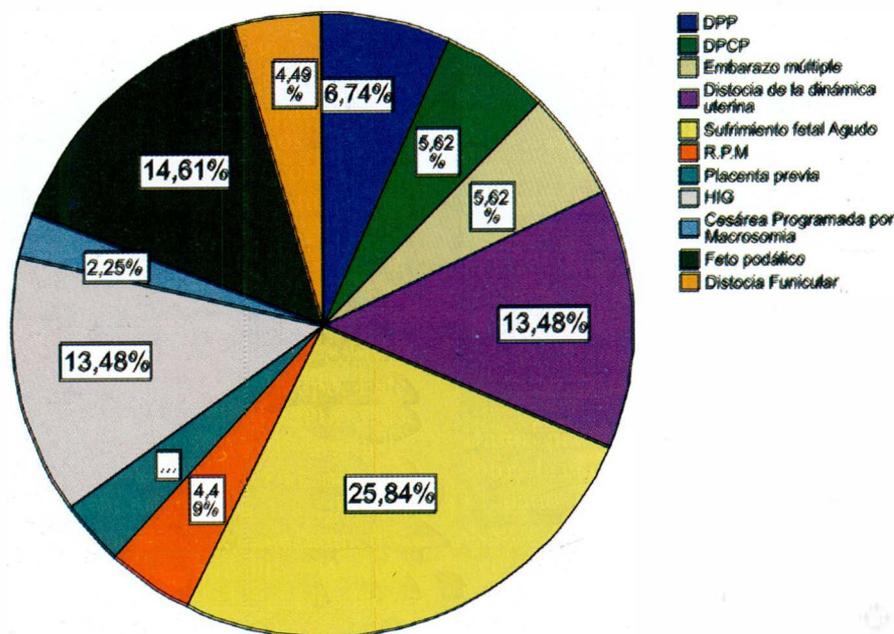


Figura 1. Indicación médica de la cesárea posterior en relación al fracaso del PVDC en el Hospital “Laura E. Rodríguez D.”2004-2008

Tabla 8. Peso del neonato y el parto vaginal después de una cesárea en el Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto”de Supe -2004-2008.

Tipo de Parto Vaginal	Peso del Neonato							
	Menos de 2,500 g.		De 2,501 g a 3,500 g.		De 3,501 g a 4,000 g		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Parto estimulado con Oxitocina	1	1.1	8	9.0	4	4.5	13	14.6
Parto estimulado con Misopostrol	-	-	-	-	2	2.2	2	2.2
Parto Espontáneo	9	10.1	38	42.7	15	16.9	62	69.7
Fracaso del Parto vaginal	1	1.1	8	9.0	3	3.4	12	13.5
Total	11	12.4	54	60.7	24	27.0	89	100

p: 0.0383

Tabla 9. APGAR del neonato y el parto vaginal después de una cesárea en el Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto”de Supe-2004-2008.

Tipo de Parto Vaginal	APGAR del Neonato						Total	
	1-3 Severamente Deprimido		4-6 Deprimido		7-9 Normal		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Parto estimulado con Oxitocina	-	-	4	4.5	9	10.1	13	14.6
Parto estimulado con Misopostrol	1	1.1	-	-	1	1.1	2	2.2
Parto Espontáneo	2	2.2	9	10.1	51	57.3	62	69.7
Fracaso del Parto vaginal	-	-	7	7.9	5	5.6	12	13.5
Total	3	3.4	20	22.5	66	74.2	89	100

p: 0.0001

DISCUSION

La razón fundamental de la investigación, fue la observación de una determinada presencia de PVDC en el Hospital; durante los cinco años hubo 2,724 partos y 588 cesáreas de diversa índole que estarían representadas por el 21.58%, en relación al número total de partos, tasa que guarda incremento con el criterio de la OMS que recomienda un 15%.

Muy aparte precisamos que de los 2,724 partos, se presentaron sólo 89 casos de partos Vaginales y/o con chance obstétrico de PVDC, que representa la muestra con una prevalencia del 3.27 %.

Tabla 1, Parto vaginal después de una cesárea en el Hospital "Laura E. Rodríguez D." 2004-2008.

Encontramos que el éxito de los PVDC fue del 86.5%, de los cuales el 69.7% fueron partos Espontáneos, el 14.6% fueron partos estimulados con Oxitocina y el 2.2% fueron partos estimulados con Misoprotol (prostaglandinas). Así del total de los casos el 13.5% concluyó en fracaso del parto vaginal y nuevamente las pacientes fueron sometidas a una segunda cesárea sin complicaciones; por tanto estos resultados de éxito del parto vaginal nos permiten realizar criterios similares con los datos encontrados por Brian M. Mercer (2006), quien estableció un 67 % de éxito del PVDC, y Abejón .D, Bermúdez J. L. en su estudio determinaron un 80.5% de éxito del PVDC. Así mismo M. Acosta, en su estudio detectó un 69.4% de éxito del PVDC. De igual manera Pérez A. en su estudio de 691 gestantes que intentaron parto vaginal 460 (66.77%) fueron exitosos. Estos resultados nos permiten establecer que existe una real posibilidad de éxito en todas aquellas madres gestantes con una cesárea previa de acuerdo a un nivel de determinación obstétrica y clínica. Estos datos establecen concordancia con las recomendaciones que la OMS indica se debería intentar según sus estimaciones hasta en un 80% siempre y cuando se siga las instrucciones adecuadas de un riguroso control prenatal y un seguimiento adecuado de calificación del Riesgo Obstétrico, situación que seguramente ocurrió en el Hospital donde se han tomado las previsiones médicas y obstétricas para la atención de todas las pacientes de nuestro estudio, ya que los resultados per se nos muestran esta interesante realidad. Según la Federación Internacional de Gineco Obstetricia la selección de pacientes para ser candidatas a un PVDC lleva a un 60-80% de éxito de parto vaginal. Nuestra investigación describe la situación actual en nuestro medio. La indicación más frecuente para

la segunda cesárea (fracaso del Parto Vaginal) fue sufrimiento fetal agudo, presentación podálica y distocia de la dinámica uterina. La primera conclusión es por lo tanto, que a una madre candidata a un PVDC, se le debe informar esta evidencia disponible y honrar su derecho a escoger la opción de un parto vaginal.

Tabla 2. Edad materna y PVDC en el Hospital "Laura E. Rodríguez D." 2004-2008. Nos muestra que el PVDC se presentó en el grupo etéreo de 21 años hasta los 35 años, un 76.5%, con un promedio de 27.38 años, siendo mas frecuente en las mujeres de 26 años; así mismo en este grupo etéreo de 21 años hasta los 35 años el 50.53% de los casos presentó parto vaginal espontáneo; sin embargo los datos no son significativos porque al establecer la prueba de Chi cuadrada hallamos un p: 0.3522, que nos ayuda a establecer la ausencia de la relación etérea como un factor obstétrico del parto vaginal posteriormente a una cesárea. Los diferentes grupos de edad no mostraron significancia estadística con respecto a la terminación del embarazo por parto vaginal. Así mismo estos resultados nos permiten establecer semejanza de distribución con los datos encontrados en el estudio presentado por Echáis J. (2004) donde observó pacientes que tenían entre 20 y 35 años que tuvieron el 56.9% de éxito de los partos vaginales después de una cesárea. Así mismo Pérez A. (2002), **determinó que** el grupo etéreo predominante fue de 20 a 34 años con 79.0% de éxito del PVDC. También que las pacientes se encuentran en el grupo de edad reproductiva más sobresaliente y probablemente las condiciones fisiológicas propias de la edad promedio tengan algún tipo de efecto favorable en el mecanismo del trabajo de parto tal como se puede establecer al hacer una revisión de las bases teóricas y científicas siendo mucho más favorable en las mujeres jóvenes.

Tabla 3. Grado de Instrucción y el PVDC en el Hospital "Laura E. Rodríguez D." 2004-2008. Nos muestra que el parto vaginal después de una cesárea previa se presentó en aquellas mujeres gestantes que tienen educación secundaria en un 60.7%, y un 30.3% son de educación primaria, siendo el parto espontáneo el mas representativo con un 64.0 %, datos que contrastan con el estudio de Echáis J., (2009) que determinó solo educación primaria (35,8%). Proporcionalmente se podría establecer que al tener un grado de conocimiento respecto al cuidado de su salud, la incidencia de éxito del PVDC es alta; sin embargo no es significativa en

nuestro estudio, porque al someter los casos a la prueba de Chi cuadrada hallamos un p : **0.4480**, estableciéndose que la educación, siendo un factor favorable en la prevención de las patologías y el riesgo de la salud, no es influyente en el PVDC. Sin embargo podríamos mencionar que es probable que exista poca educación sobre los factores de riesgo obstétrico y la fisiología del embarazo, situación que sería importante estudiar posteriormente.

Tabla 4. Estado Civil y el PVDC -Hospital "Laura E. Rodríguez D." 2004-2008. El 95.5% de las madres gestantes provienen de una relación estable, donde el 66.3% presenta parto vaginal espontáneo posterior a una cesárea, sin presentar un grado de significancia porque al someter a la prueba de Chi cuadrada se halló p : 0.902 que, per se, manifiesta una probabilidad muy lejana de relación etiológica obstétrica de la presencia del PVDC. La incidencia encontrada también guarda semejanza de distribución con el estudio presentado por **Echáiz, J.** (2004) quien encuentra que el estado civil "conviviente" la afecta el 54,1% de los casos de parto vaginal posterior a una cesárea. Sin embargo es importante señalar que el estado civil de la madre y la relación existente entre otras variables y el PVDC, tengan algún tipo de asociación, aunque sería muy conveniente realizar otros estudios para poder estar mucho más seguros de tal sospecha, ya que se encontró escasa literatura al respecto.

Tabla 5. Ocupación de la Madre y el PVDC en el Hospital "Laura E. Rodríguez D." 2004-2008. La más alta frecuencia de PVDC se encuentra en aquellas madres cuya ocupación es la de ama de casa en un 79.7%. Ahora bien, en este mismo grupo de amas de casa el 64.0% corresponde a partos espontáneos, frente a un 11.2% de fracaso del parto vaginal posterior a una cesárea, difiriendo de las demás ocupaciones. Esto nos da nociones para establecer que algunas mujeres al efectuar actividades laborales propias del hogar de nuestra zona, muchas veces el embarazo se vuelve de alto riesgo obstétrico. Al respecto podemos establecer una comparación con las bases teóricas y la bibliografía, donde la mayoría del éxito del PVDC de da en amas de casa; sin embargo en nuestro estudio no logra tener un nivel de significancia de dependencia toda vez que al someter a la prueba de X^2 hallamos un p : **0.6200**.

Tabla 6. Edad Gestacional de la Madre y el PVDC en el Hospital "Laura E. Rodríguez D." 2004-2008,.

Se pudo establecer éxito del parto vaginal en un 84.2% de casos en gestantes con 37 semanas a más de gestación (gestación a término), de los cuales nos muestra un 67.4 % de casos de partos vaginales espontáneos y 14.6% de partos vaginales estimulados con oxitocina, sin dejar de lado el 12.4% de fracaso del parto vaginal. Sin embargo al establecer la prueba de Chi cuadrada obtuvimos un p : **0.6970** de significancia, por lo que quedó sin efecto la relación causal como riesgo obstétrico. Es decir, es muy probable que la relación favorable del PVDC esté ocurriendo a consecuencia de un origen fisiológico diverso y no relacionado con la gestación a término.

Tabla 7. Control prenatal y el PVDC en el Hospital "Laura E. Rodríguez D." 2004-2008. Hallamos que el 76.4% de las madres que presentaron PVDC tuvo 5 a más controles prenatales, de los cuales el 61.8% presentó parto vaginal espontáneo, 12.4% presentó parto estimulado con oxitocina frente a un 9.0% de fracaso del parto vaginal. Así, al observar esta casuística y someterla a la prueba en Chi cuadrada nos da un nivel de significancia muy alta respaldado por p : **0.0181**, permitiéndonos afirmar que el control prenatal es un factor obstétrico muy importante en la prevención de la morbimortalidad materna y además es determinante en la progresión y conducción de la gestante embarazada con una cesárea anterior, cuyo objeto es favorecer el chance obstétrico para que concluya en un PVDC. Esta afirmación guarda relación con la gran mayoría de los antecedentes, la literatura y los protocolos y guías de atención de la embarazada en general, principalmente en aquellas gestantes con calificación de alto riesgo, como son las gestantes con antecedentes de una cesárea anterior. Estos datos nos permiten afirmar que la labor obstétrica educativa y preventiva promocional es importantísima.

Figura 1. Indicación médica de la cesárea posterior en relación al fracaso del PVDC en el Hospital "Laura E. Rodríguez D." 2004-2008. Fue el Sufrimiento Fetal agudo con un 25.84 %, seguido de Feto en Presentación Podálica con un 14.6%; Hipertensión Inducida por la Gestación, (HIG) con un 13.5% y en cuarto lugar estuvieron las distocias de la dinámica uterina con un 13.5%; en el quinto lugar estuvo DPP con un 6.7%, luego RPM con un 4.5%; no teniendo representación estadística la desproporción céfalo-pélvica (DPCP), embarazo

múltiple, placenta previa, macrosomía fetal y distocia funicular. Así los principales factores obstétricos relacionados al fracaso del PVDC fueron: Sufrimiento fetal agudo, HIG y Distocia de la Dinámica uterina.

Tabla 8. Peso del Neonato y el PVDC en el Hospital “Laura E. Rodríguez D.” 2004-2008. En nuestros hallazgos encontramos que la distribución del peso del recién nacido entre los 2,501 gr. hasta los 4,000 gr nos dio un éxito del PVDC del 75.3%; pesos inferiores a 2.500 gr se registraron solo en diez recién nacidos con 11.2%; y la representación del fracaso del PVDC tuvo un 10.1 % del total de los casos. Luego al someter los datos a la prueba Chi cuadrada nos da un nivel de significancia muy alta de $p: 0.0383$, de manera que el peso del recién nacido fue estadísticamente significativo en relación con el PVDC. Esto implica que en las mujeres gestantes tras haber seguido un control prenatal favorable, el ponderado fetal ha sido controlado con éxito por el equipo profesional del Hospital, lo cual ha permitido concluir en éxito el PVDC.

Tabla 9. APGAR del neonato y el PVDC en el Hospital “Laura E. Rodríguez D.” 2004-2008. En nuestro estudio hallamos que el parto vaginal después de una cesárea fue exitoso en un 86.5%, de los cuales el APGAR al minuto de los recién nacidos fue normal en un 68.5%, dato óptimo ya que al haber presentado esta calificación el pronóstico del Bienestar Neonatal ha sido próspero. Así mismo el APGAR al minuto fue levemente deprimido en un 14.6%, dejando de ser representativo el APGAR severamente deprimido con un 3.3%. Cabe destacar que del 13.5% que representa el Fracaso del parto vaginal también la valoración del APGAR al minuto fue favorable, es decir, estuvieron ubicados entre levemente deprimidos y normales con un 7.9% y 5.6% respectivamente. Así mismo al someter todos estos datos a la prueba de Chi cuadrada nos da un nivel de significancia muy alto $p: 0.0001$, lo que nos permite inferir que el chance obstétrico por el cual fue conducido el trabajo de parto de las pacientes que tuvieron PVDC fue óptimo, ya que no hubo datos significativos de sufrimiento fetal, inclusive en los casos donde se presentó el fracaso del PVDC. Estos datos se hacen más trascendentales ya que concuerdan con los antecedentes y la bibliografía consultada.

CONCLUSIONES

1. Los factores obstétricos más importantes que generaron el 86.5% del éxito del PVDC fueron: el control pre-natal, el peso y el APGAR del recién nacido; todos ellos con una relación estadística significativa.
2. Los factores obstétricos más importantes que generaron el 13.5% del fracaso del PVDC fueron: el sufrimiento fetal agudo, presentación podálica, la distocia de la dinámica uterina y HIG, descartando DPCP y otros antecedentes.
3. La prevalencia del PVDC durante los cinco años de estudio fue del 3.27 %. Así mismo, la prevalencia de la cesárea fue del 21.58%. El éxito de los partos vaginales después de una cesárea previa fue del 86.5%, de los cuales el 69.7% fueron partos espontáneos, el 14.6% partos estimulados con oxitocina y el 2.2% partos estimulados con misoprotol. No hubo partos instrumentados.
4. La enmarcación de los factores de Morbimortalidad perinatal más concomitantes que determinaron la indicación de la segunda cesárea fueron: sufrimiento fetal agudo, presentación podálica, la distocia de la dinámica uterina y HIG.
5. En el Hospital, el grado de atención del PVDC en relación a la recuperación y vigilancia de la morbilidad materna perinatal ha sido óptimo, ya que no se presentó complicaciones.

AGRADECIMIENTOS

La realización de nuestra investigación, si bien ha requerido esfuerzo y dedicación, y superar adversidades de parte de los autores, su culminación no hubiese sido posible sin a la colaboración del personal asistencial y administrativo del Departamento de Gineco-Obstetricia y de Estadística del Hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe y de la colaboración de la Lic. Obst. Verónica Huanchaco Villafana y además del inmenso apoyo de nuestra Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta Manuel, Cruz Víctor. 1996. Parto vaginal posterior a cesárea. *Ginecología y Obstetricia* 6:16-23

Bretelle Cravello. 2000. Parto vaginal después de dos cesáreas previas. Buenos Aires: Edit. Paidós.

Brhesk y Cool. 2005. El parto vaginal después de un parto por cesárea. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 10: 12-125.

Daniele Antonio Ricardo. 2000. Parto vaginal después de una cesárea. Buenos Aires: Edit. Milenium.

Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise J.M. y Horey D. 2008. Cesárea repetida electiva planificada versus parto vaginal planificado en mujeres con un parto por cesárea previa. (Revisión Cochrane traducida) Oxford. *La Biblioteca Cochrane Plus*. 3: 1-18

Echáiz, José Fernando. 2004. Cesárea Hospital general de Oxapampa. *Ginecología y Obstetricia*. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. 50:106-110.

Fernandini Alexandrenni. 1999. Parto después de una cesárea, un desafío pendiente. Buenos Aires: Edit. Salvat.

Mercer Brian.M. 2006. Parto natural después de la cesareada predice el éxito en Nacimientos Futuros. Case Western Reserve University en Cleveland, Ohio. *Obstetrics & Gynecology*. 4: 3-14

Penerini Adriana. 2000. Parto vaginal después de una cesárea. Buenos Aires: Edit. Salvat

Pérez Alcántara, Pedro. 2005. Parto vaginal en la cesareada anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé durante el 2000 al 2002. Lima: Tesis para optar el grado de especialista en Gineco-obstetricia, UNMSM

Correspondencia: Responsable:

Judá Eriko Santisteban Aquino
Pje. Ica. No. 01-Paramonga-Barranca
erikosa14@hotmail.com