

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**COMPLICACIONES MATERNO NEONATALES Y SU  
ASOCIACIÓN CON LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL  
PARTO DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA,  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA  
DE PUERTO MALDONADO-2017**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. PAOLA LILIANA VELAZCO GOMEZ**

**Para optar el Título Profesional de:**

**LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**TACNA-PERÚ**

**2018**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Obstetricia**

**COMPLICACIONES MATERNO NEONATALES Y SU ASOCIACIÓN  
CON LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE PACIENTES CON  
CESÁREA PREVIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE  
PUERTO MALDONADO-2017**

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. PAOLA LILIANA VELAZCO GOMEZ**

Para optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

Aprobado por mayoría, ante el siguiente Jurado:



-----  
**Dra. Obsta Rinna Pilco Velásquez**

**Presidente**



-----  
**Dra. Obsta Olga Choque Chura**

**Secretaria**



-----  
**Mgr. Obsta Gladys Concori Cori**

**Miembro**



-----  
**Mgr. Obsta Neriida Pérez Cabanillas**

**Asesora**

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios por darme la vida, brindarme sabiduría y momentos inolvidables a lo largo de todos estos años. Que con su infinito amor me ha dado la fuerza suficiente para culminar la carrera universitaria.*

*A mis padres y hermanas por su infinito amor y apoyo incondicional durante todos estos años.*

*A mi asesora, por brindarme su tiempo y paciencia para la realización de esta tesis.*

## **DEDICATORIA**

*A Dios, por darme la oportunidad de vivir, por darme fuerza y voluntad para seguir adelante, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.*

*A mi familia, por brindarme su apoyo, comprensión, sacrificio, amor, consejos, por motivarme a seguir adelante y acompañándome para poderme realizar como profesional y a lo largo de toda mi carrera, ellos han sido y serán siempre mi motivo para seguir adelante y cumplir con mis metas.*

## CONTENIDO

<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	i
<b>DEDICATORIA</b> .....	ii
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	v
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	ix
<b>RESUMEN</b> .....	xiii
<b>ABSTRACT</b> .....	xiv
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPITULO I</b> .....	3
<b>1.1. Descripción del problema</b> .....	3
<b>1.2. Formulación del problema</b> .....	5
<b>1.2.1. Problema general</b> .....	5
<b>1.3. Objetivos</b> .....	5
<b>1.3.1. Objetivo general</b> .....	5
<b>1.3.2. Objetivos específicos</b> .....	5
<b>1.4. Hipótesis</b> .....	6
<b>1.4.1. Hipótesis general</b> .....	6
<b>1.5. Importancia y justificación</b> .....	6
<b>CAPÍTULO II</b> .....	8
<b>2.1. Antecedentes</b> .....	8
<b>2.2. Fundamentos teóricos</b> .....	17
<b>2.2.1. Parto por vía abdominal o cesárea:</b> .....	17

2.2.2.	Parto con cesárea previa.....	23
2.2.3.	Características del recién nacido .....	34
2.3.	Definición de términos.....	35
<b>CAPÍTULO III .....</b>		<b>39</b>
3.1.	Tipo de investigación.....	39
3.2.	Diseño de investigación .....	39
3.3.	Población y muestra.....	39
3.3.1.	Población de estudio .....	39
3.3.2.	Muestra de estudio .....	39
3.4.	Variables de estudio y operacionalización de variables.....	41
3.4.1.	Identificación de variables .....	41
3.4.2.	Operacionalización de variables.....	43
3.5.	Métodos y técnicas de recolección de datos .....	45
3.6.	Procedimiento y análisis de datos .....	45
<b>CAPITULO IV.....</b>		<b>47</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>		<b>89</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>		<b>95</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>		<b>96</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>		<b>97</b>
<b>ANEXOS .....</b>		<b>104</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1:</b> INCIDENCIA DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN VÍA DE CULMINACIÓN DEL EMBARAZO. .....	48
<b>TABLA 2:</b> PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	50
<b>TABLA 3:</b> PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN DATOS OBSTÉTRICOS.....	53
<b>TABLA 4:</b> PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN MOTIVO DE CESÁREA PREVIA.....	55
<b>TABLA 5:</b> PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN MOTIVO DE CESÁREA ITERATIVA. ....	58
<b>TABLA 6:</b> INCIDENCIA DE HEMORRAGIA POSPARTO VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	60

<b>TABLA 7:</b> INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	62
<b>TABLA 8:</b> INCIDENCIA DE INFECCIONES PUERPERALES VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	64
<b>TABLA 9:</b> PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN INCIDENCIA DE ROTURA UTERINA, HISTERECTOMÍA Y MUERTE MATERNA. ....	66
<b>TABLA 10:</b> INCIDENCIA DE OTRAS COMPLICACIONES VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	68
<b>TABLA 11:</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE COMPLICACIONES MATERNAS Y LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO – 2017. ....	70

<b>TABLA 12:</b> INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTÉTRICO VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	72
<b>TABLA 13:</b> INCIDENCIA DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	74
<b>TABLA 14:</b> PRESENCIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	76
<b>TABLA 15:</b> USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	78
<b>TABLA 16:</b> VALORACIÓN APGAR MENOR A 7 A LOS 5 MINUTOS VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO.....	80

<b>TABLA 17:</b> PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN MUERTE NEONATAL.....	82
<b>TABLA 18:</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE COMPLICACIONES NEONATALES Y LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO – 2017. ....	84
<b>TABLA 19:</b> RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE COMPLICACIONES MATERNO-NEONATALES Y LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	87

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1:</b> INCIDENCIA DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN VÍA DE CULMINACIÓN DEL EMBARAZO. .....	49
<b>GRÁFICO 2:</b> PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	52
<b>GRÁFICO 3:</b> PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN DATOS OBSTÉTRICOS.....	54
<b>GRÁFICO 4:</b> PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN MOTIVO DE CESÁREA PREVIA.....	57
<b>GRÁFICO 5:</b> PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN MOTIVO DE CESÁREA ACTUAL.....	59
<b>GRÁFICO 6:</b> INCIDENCIA DE HEMORRAGIA POSPARTO VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	61

<b>GRÁFICO 7:</b> INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	63
<b>GRÁFICO 8:</b> INCIDENCIA DE INFECCIONES PUERPERALES VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	65
<b>GRÁFICO 9:</b> PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN INCIDENCIA DE ROTURA UTERINA, HISTERECTOMÍA Y MUERTE MATERNA. ....	67
<b>GRÁFICO 10:</b> INCIDENCIA DE OTRAS COMPLICACIONES VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	69
<b>GRÁFICO 11:</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE COMPLICACIONES MATERNAS Y LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO – 2017. ....	71

<b>GRÁFICO 12:</b> INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTÉTRICO VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	73
<b>GRÁFICO 13:</b> INCIDENCIA DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	75
<b>GRÁFICO 14:</b> PRESENCIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	77
<b>GRÁFICO 15:</b> USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	79
<b>GRÁFICO 16:</b> VALORACIÓN APGAR MENOR A 7 A LOS 5 MINUTOS VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.....	81

<b>GRÁFICO 17:</b> PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN MUERTE NEONATAL.....	83
<b>GRÁFICO 18:</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE COMPLICACIONES NEONATALES Y LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO – 2017. ....	85

## RESUMEN

El Objetivo es determinar la asociación entre el número de complicaciones materno neonatales y la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - 2017. Se realizó una investigación descriptiva, correlacional, retrospectiva y transversal. La muestra de estudio estuvo conformada por 206 pacientes con cesárea previa. Se aplicó una ficha de recolección de datos y la prueba de hipótesis de chi cuadrado.

Se obtuvo los siguientes resultados: Del total de pacientes con cesárea previa el 61,17% culminaron su gestación en parto vaginal y el 38,83% en cesárea iterativa. El motivo principal de cesáreas iterativas fue por sufrimiento fetal agudo (31,25%), seguido de trabajo de parto disfuncional (22,50%), macrosomía fetal (12,50%). Las principales complicaciones maternas en el grupo de parto vaginal fueron; el trauma perineal, alumbramiento incompleto y anemia; y en el grupo de parto por cesárea fueron la endometritis, infección de herida operatoria, dehiscencia y anemia. Las principales complicaciones neonatales, la morbilidad respiratoria sigue siendo la principal desventaja de que un parto culmine en cesárea.

Como conclusión: Existe relación entre el número de complicaciones materno neonatales y la vía de culminación del parto presentes en las pacientes con cesárea previa ( $p < 0,024$ ).

Palabras clave: Vía del parto, complicaciones materno neonatales, cesárea anterior.

## **ABSTRACT**

The objective is to determine the association between the number of maternal and neonatal complications and the culmination route of delivery of patients with a previous caesarean, attended at the Santa Rosa Hospital in Puerto Maldonado - 2017. A descriptive, correlational, retrospective and transversal research was carried out. The study sample consisted of 206 patients with a previous caesarean section. A data collection form and the chi square hypothesis test were applied.

The following results were obtained: Of the total of patients with previous caesarean section, 61.17% completed their pregnancy in vaginal delivery and 38.83% in an iterative cesarean section. The main reason for repeated cesarean sections was acute fetal distress (31.25%), followed by dysfunctional labor (22.50%), fetal macrosomia (12.50%). The main maternal complications in the vaginal delivery group were; perineal trauma, incomplete delivery and anemia; and in the group of cesarean delivery were endometritis, surgical wound infection, dehiscence and anemia. The main neonatal complications, respiratory morbidity remains the main disadvantage that a delivery culminates in cesarean section.

In conclusion: There is a relationship between the number of maternal and neonatal complications and the culmination route of labor present in patients with a previous caesarean section ( $p < 0.024$ )

Key words: Via of childbirth, maternal and neonatal complications, previous cesarean.

## INTRODUCCIÓN

Según la OMS la incidencia de cesáreas debe oscilar entre un 10 a 15%, en la actualidad las cesáreas cada vez son más frecuentes, gestantes con cesárea previa probablemente terminarían en una cesárea de repetición por el riesgo de ruptura uterina u otras complicaciones que pueden presentarse, lo que se convierte en un tema controversial. <sup>(1)</sup>

En el Perú, según el boletín epidemiológico emitido por el Ministerio de Salud, donde reveló que las cesáreas en todo el país han aumentado de 21,4% a 35,4% entre los periodos de 2009 y 2015. En el hospital de Puerto Maldonado ésta cifra está en 15,49% según el reporte anual de estadística institucional 2017. <sup>(2)</sup>

Esta misma situación la viven países como Alemania, Francia y Hungría. En Latinoamérica también hay naciones que superan la tasa sugerida donde Brasil cuenta con el mayor porcentaje a nivel mundial (55,6%). <sup>(3)</sup>

Para una mujer gestante que no desea someterse a trabajo de parto, la cesárea comprende como un medio para facilitar el parto, no tomándose en cuenta que conlleva a complicaciones pre y post operatorias. Así mismo, el riesgo para el feto esta inherente por la misma intervención quirúrgica. <sup>(4)</sup>

El presente estudio se ha estructurado en cuatro capítulos: el capítulo I está conformado por el planteamiento del estudio que fundamenta el problema de investigación, los objetivos y la hipótesis de estudio; el capítulo II expresa el marco teórico, donde se encuentra las generalidades básicas de la cesárea previa, el capítulo III comprende la metodología de la investigación, donde pretendemos dar a conocer las diversas etapas de la investigación; el capítulo IV se observa los resultados de la investigación, es esencial porque permite el análisis e interpretación de los datos, es de aquí que se obtuvo las conclusiones de estudio.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Descripción del problema

Una de las principales polémicas en el manejo obstétrico, es como proceder y culminar el parto en una paciente con antecedente de cesárea; hace años en una época en que la cesárea era corporal donde no existía antibióticos ni transfusiones, y la morbimortalidad materno-fetal era elevada, Craigin (1916) pensaba que: “una vez cesárea, siempre cesárea” <sup>(5)</sup>, sin embargo estos conceptos han cambiado, durante la década de los 80 se efectuaron múltiples estudios que pretendían demostrar que el parto vaginal es posible después de una cesárea, apareciendo como contraparte otro concepto: “una cesárea no siempre lleva a otra cesárea”. <sup>(6)</sup>

En los últimos años se ha visto el incremento de cesáreas aunque si bien es cierto permite salvar vidas humanas, a menudo se practica sin que existan indicaciones clínicas que los sustenten. <sup>(7)</sup>

En el Perú, durante el I Semestre del año 2017, se alcanzó 173 688 partos, en donde el 27,08% corresponde a cesárea. <sup>(18)</sup> En el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, se registraron un total de 2 359 partos, de los cuales 657 fueron cesárea (15,49%). <sup>(38)</sup>

Asimismo se registraron 375 muertes maternas directas e indirectas, 3 ocurrieron en el departamento de Madre de Dios. El 65,1% fue atribuida a causa de muerte materna directa y las hemorragias representaron el 23,5% del total de casos. <sup>(19)</sup> La tasa de mortalidad neonatal fue de 07 muertes neonatales x 1000 nacidos vivos. <sup>(21)</sup>

El Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, forma parte integrante de la Red de Salud de Madre de Dios de II nivel de complejidad y como tal de referencia regional, donde el departamento de Gineco-obstetricia proporciona atención especializada médica y quirúrgica a la población femenina con patología del sistema reproductor. <sup>(38)</sup>

Es por eso que, debido a que la cesárea es un procedimiento quirúrgico mayor, la presente investigación nos debe llevar a reevaluar y mejorar el manejo obstétrico de pacientes con antecedente de cesárea, con el único fin de disminuir la morbilidad y mortalidad, determinando la asociación entre las complicaciones materno neonatales y la vía de culminación del parto en la muestra de estudio.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la asociación entre el número de complicaciones materno neonatales y la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - 2017?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la asociación entre el número de complicaciones materno neonatales y la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - 2017.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- a) Determinar la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa.
- b) Identificar el motivo de cesárea iterativa de las pacientes con cesárea previa.
- c) Identificar según la vía de culminación del parto las complicaciones materno-neonatales de pacientes con cesárea previa.

## **1.4. Hipótesis**

### **1.4.1. Hipótesis general**

El número de complicaciones materno neonatales se asocian significativamente y la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - 2017.

## **1.5. Importancia y justificación**

### **Importancia**

Es importante, porque uno de los objetivos a nivel mundial es disminuir la incidencia de cesáreas, ya que ésta puede aumentar las tasas de morbilidad materno-perinatal por las complicaciones y discapacidades significativas que presentan, además de un período de recuperación y un costo mayor que el parto vaginal.

### **Relevancia**

Es relevante por el incremento del número de cesáreas realizadas en relación a los partos vaginales a nivel mundial, identificándose en muchos casos la cesárea anterior como uno de los principales criterios para realizar esta cirugía.

**Trascendencia:**

Es trascendental ya que la escasez de literatura nacional y la no existencia de trabajos similares en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, impulsa a realizar el presente estudio y su realización sería punto de partida para otros trabajos. De esta manera con esta investigación se busca contribuir al desarrollo de intervenciones oportunas por parte del equipo de salud, para así llegar a un mejor manejo de la mujer cesareada anterior y así reducir los altos índices de cesáreas y disminuir la morbimortalidad materno perinatal.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes**

##### **2.1.1. A nivel internacional**

En España Rodríguez E.; et. al.; 2013, realizaron un estudio denominado: “Vía de parto tras cesárea anterior: factores asociados a la cesárea previa”, cuyo objetivo es analizar si la vía de parto después de una cesárea está condicionada por el motivo de la cesárea previa y si la vía vaginal comporta mayor número de complicaciones para la madre o el feto, fue un estudio retrospectivo donde se tomó como muestra a 143 pacientes con cesárea previa que tuvieron parto en dicho servicio en un período de 5 años. Obteniéndose como resultado diferencias estadísticamente significativas al comparar el tipo de parto con la indicación de la cesárea previa: un 50% por primiparidad añosa; un 32,1% por desproporción cefalopélvica; un 17,9% por riesgo de pérdida de bienestar fetal, como conclusión determinaron que

la cesárea previa influye de forma decisiva en la probabilidad de tener un parto vaginal. <sup>(8)</sup>

En España, Mozo E. en el 2014, en su estudio denominado: "Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa". (Tesis Doctorado). Universidad Complutense de Madrid. Con el objetivo de comparar la morbilidad materna y neonatal asociada con el parto por cesárea en comparación con el parto vaginal en mujeres con el antecedente de una cesárea previa, en un hospital de tercer nivel del área única de la comunidad de Madrid. Los principales resultados fueron que del total de la muestra, es decir 110 mujeres, 42 mujeres eligieron cesárea iterativa y 68 eligieron el parto. De estas 68 mujeres, 55 consiguieron un parto vaginal exitoso y a 13 se les practicó una cesárea de urgencia. En el caso de la morbilidad neonatal, nos encontramos con que 27 niños han presentado algún tipo de complicación, 12 pertenecientes al grupo de cesárea y 15 al grupo de parto vaginal sin poder establecer una diferenciación estadísticamente significativa entre ambos grupos. (21,8 % y 27,3 % respectivamente

$p > 0,658$ ). Conclusiones: se ha podido demostrar que el parto vaginal ofrece una mejor y más rápida vuelta a las actividades cotidianas, siendo una guía para todas esas mujeres que dudan a la hora de elegir su modo de parto preferido. <sup>(9)</sup>

### **2.1.2. A nivel Nacional**

En Lima, Curahua L. en el 2014, en su estudio titulado: “Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno perinatal durante el primer semestre del año 2014”. (Tesis posgrado). Universidad Mayor de San Marcos. Con el objetivo de determinar las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y cesárea atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014. Estudio de tipo observacional, descriptivo comparativo, retrospectivo de corte transversal. Se trabajó con dos muestras: 100 gestantes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y 99 gestantes con cesárea previa que culminaron en cesárea. Las principales complicaciones maternas del grupo que culminó por parto vaginal fueron: el trauma perineal (29%), el

alumbramiento incompleto (8%), los desgarros cervicales (4%) y la hemorragia intraparto (2%), y en el grupo que culminó en cesárea la principal complicación fue la hemorragia intraparto (8,1%). Las complicaciones maternas durante el puerperio que presentaron las pacientes de parto vaginal con cesárea previa fueron: la anemia (42%), la fiebre puerperal (7%) y la infección del tracto urinario (4%), y en las pacientes de parto por cesárea con cesárea previa se evidenció anemia (42,4%), fiebre puerperal (11,1%), infección de herida operatoria (4%) y hemorragia posparto e infección del tracto urinario (3%) respectivamente. Concluyó que las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio que presentaron las pacientes con cesárea previa fueron en el grupo de parto vaginal la anemia y el trauma perineal, y en el grupo de parto por cesárea fueron la anemia y la fiebre puerperal. <sup>(10)</sup>

En Lima, Pérez M. en el 2015 realizó un estudio titulado: "Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa" (Tesis posgrado). Universidad San Martín de Porres. Con el objetivo de determinar la asociación entre el tipo de parto y las

complicaciones perinatales y obstétricas del parto vaginal en gestantes con cesárea previa en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima - 2014. Estudio observacional, analítico y retrospectivo muestra de 323 pacientes, usó la prueba Chi cuadrado. Encontró que respecto a las complicaciones maternas, un 0,5% fueron de parto vaginal y que apenas un 0,8% las tuvo en el parto por cesárea. Respecto a las complicaciones perinatales, el 80% corresponde a parto vaginal mientras el 20% restante a parto por cesárea. Llegó a la conclusión de que no se halló asociación significativa entre el tipo de parto y las complicaciones maternas y perinatales.

(37)

En Lima, Morales L. en el 2015 realizó un estudio titulado: "Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015". (Tesis posgrado). Universidad Mayor de San Marcos. Con el objetivo de comparar las complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa. Estudio de tipo descriptivo comparativo, retrospectivo de corte transversal, con dos muestras: 102

gestantes que culminaron en cesárea y 48 gestantes que culminaron en parto vaginal. Los resultados obtenidos acerca de las complicaciones maternas, en el grupo de cesárea se presentaron como principales complicaciones maternas hemorragia post parto 2,9%, anemia leve 34,3% y anemia moderada con 11,8%; otras complicaciones tuvieron un porcentaje de 21,6%. Para el grupo de parto vaginal se observó que el desgarro vulvo perineal grado I tuvo un porcentaje de 35,4% y el de grado II con 2,1%, al 50% de las pacientes se le realizó episiotomía; el 45,8% tuvo anemia leve y el 6,3% tuvo anemia moderada y solo el 4,2% tuvo otras complicaciones tales como alumbramiento incompleto y hematoma perineal. Con respecto a las complicaciones neonatales en el grupo de cesárea se presentaron como principales complicaciones neonatales síndrome de dificultad respiratoria con 7,8%, taquipnea transitoria del recién nacido con 5,9% y líquido amniótico meconial fluido con 14,7% y el meconial espeso con 9,8%; se reportaron 2 casos de APGAR 3 y APGAR 7 a los 5 minutos respectivamente y 1 caso de muerte neonatal. Para el grupo de parto vaginal se observó que el 39,6% sufrió de trauma obstétrico como capput

sucedaneum y cefalohematoma y el 25% presentó líquido meconial fluido. Llegó a la conclusión que ambas vías de parto fueron seguras y la decisión final depende de la evaluación individual de cada gestante, así como de la adecuada comunicación de los riesgos y beneficios para la toma de decisión conjunta del médico con la paciente. <sup>(11)</sup>

En Trujillo, Reyes C. en el 2014, en su estudio denominado: “Resultados adversos materno-perinatales en gestantes sometidas a cesárea electiva repetida y prueba de trabajo de parto posterior a cesárea, Hospital Víctor Lazarte Echegaray, período 2012-2013”. (Tesis posgrado). Universidad Privada Antenor Orrego. Con el objetivo de determinar los resultados adversos maternos y perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa con indicación de prueba de trabajo de parto y cesárea electiva repetida. Realizó un estudio retrospectivo analítico de cohortes. Con una muestra de 35 gestantes en el grupo con prueba de trabajo de parto posterior y 35 gestantes sometidas a cesárea electiva repetida, utilizó la prueba estadística Chi<sup>2</sup>. Los resultados maternos muestran en el grupo de prueba de

trabajo de parto posterior a cesárea 3 casos de hemorragia posparto. En el grupo de cesárea electiva repetida se encontró un caso de hemorragia posparto. En cuanto a los resultados perinatales se encontró; en el grupo de prueba de parto vaginal posterior a cesárea, un caso de síndrome de distrés respiratorio severo y en el grupo de cesárea electiva repetida un caso de síndrome de distrés respiratorio severo y un caso de Apgar <7 a los 5 minutos. Conclusión: No hubo diferencia estadísticamente significativa en los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa con indicación de prueba de trabajo de parto y cesárea electiva repetida. <sup>(4)</sup>

### **2.1.3. A nivel local**

En Tacna, Huiza M. en el 2014, en su estudio denominado: “Culminación del parto en gestantes con cesárea previa atendidas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD de Tacna junio 2012 a junio 2013”. (Tesis licenciatura). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. El propósito del estudio fue determinar la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea previa atendidas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD de Tacna junio

2012 a junio 2013. Estudió a 113 pacientes con cesárea previa que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Encontró que las pacientes con cesárea previa seleccionadas culmina su parto vaginal satisfactoriamente, además la indicación de cesárea anterior más frecuente de las pacientes mencionadas es el sufrimiento fetal y las pacientes que terminaron otra vez en cesárea la indicación fue por lo mismo. <sup>(12)</sup>

En Tacna, Valderrama W. en el 2016, realizó un estudio denominado: "Vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión -ESSALUD, Tacna, julio-diciembre 2016". (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, con el objetivo de determinar la asociación entre los factores favorables para un parto vaginal y la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea anterior. Realizó una investigación de tipo descriptiva, retrospectiva, de corte transversal. Estudió a 101 pacientes con cesárea anterior. Aplicó una ficha de recolección de datos y la prueba de chi cuadrado. En sus resultados: La mayoría

de pacientes que culminaron su gestación en parto vaginal tuvo de 7 a 9 factores favorables (74,3%). En contraste la mayoría de pacientes que culminaron su gestación en cesárea tuvieron de 0 a 6 factores favorables (89,4%). Llegó a la siguiente conclusión: La vía de culminación del parto se relaciona significativamente con el número de factores favorables presentes en las pacientes con cesárea anterior ( $p < 0,05$ ).<sup>(13)</sup>

## **2.2. Fundamentos teóricos**

### **2.2.1. Parto por vía abdominal o cesárea:**

#### **Reseña histórica**

La operación cesárea corresponde a un procedimiento quirúrgico mayor, cuya definición original corresponde al obstetra francés Jean Louis Baudelocque: "Es una operación por la que se abre una vía para extraer al feto diferente de la natural".<sup>(14)</sup>

El origen del término cesárea es indefinido y se han sugerido tres explicaciones principales; en la primera, según la leyenda, Julio César nació de esta manera, por lo cual el procedimiento se llamó cesárea. La segunda explicación es

que la denominación de la operación proviene de una ley romana supuestamente creada en el siglo VIII a.C.; por Numa Pompilio, la cual ordenaba que se hiciera el procedimiento en mujeres que morían en la última semana del embarazo con la esperanza de salvar al niño. Esa Lex regia, o “ley del rey”, se convirtió después en la Lex caesarea por los emperadores y la intervención quirúrgica en si se conoció como cesárea. La tercera explicación es que la palabra cesárea se originó en algún momento de la Edad Media a partir del verbo latino caedere, el cual significa cortar; esta explicación parece muy lógica, pero no se sabe con exactitud cuándo se aplicó por primera vez para referirse a dicho procedimiento. <sup>(15)</sup>

La primera cesárea en el Perú data del siglo XIX (1861), realizada en una paciente fallecida durante el parto, aunque si reparamos en la primera cesárea segmentaria, ésta se dio recién en el siglo XX (1937). <sup>(16)</sup>

### **Definición de cesárea**

Se define como la intervención quirúrgica mediante el cual se lleva a cabo la extracción del producto de la concepción a través de una laparotomía (corte en la pared

abdominal) seguido de una histerotomía (corte en la pared uterina).<sup>(17)</sup>

### **Evolución de las tasas de cesáreas**

En el Perú, según el reporte del Sistema Integral de Salud en donde emitieron el total de atenciones por parto durante el I semestre del año 2017 alcanzó 173 688 partos, cifra que presenta un aumento de 5 puntos porcentuales con respecto al periodo del 2016, donde se registraron 165 462. Cabe indicar que el 27,08% de los partos terminaron en cesárea en el 2017.<sup>(18)</sup>

Según la unidad de Estadística e Informática del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, en el año 2017 se registraron un total de 2 359 partos, de los cuales 657 fueron cesárea (15,49%).<sup>(38)</sup>

### **Morbilidad y mortalidad materna por cesárea**

Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA 2018, en el año 2017 se registraron 375 muertes maternas directas e indirectas, de las cuales 3 ocurrieron en el departamento de Madre de Dios. El 65,1% esta atribuida a causa de muerte

materna directa, las hemorragias representan el 23,5% del total de casos. El 62,7% de casos de muerte materna se encuentra en grupo etario de 20 a 35 años de edad. <sup>(19)</sup>

El riesgo de muerte materna por cesárea es seis veces mayor al del parto vaginal y los problemas relacionados a la anestesia son la principal causa de mortalidad. <sup>(20)</sup>

### **Morbilidad y mortalidad neonatal**

La tasa de mortalidad neonatal en el Perú al 2017 fue de 07 muertes neonatales x 1000 nacidos vivos. <sup>(21)</sup>

Un feto al nacer por cesárea tiene un riesgo del 1,9% de padecer un corte accidental con el bisturí durante la práctica de la histerotomía, hecho que puede tener consecuencias médico-legales y mayor riesgo de que presenten un síndrome de distrés respiratorio. <sup>(22)</sup>

### **Indicación de cesárea**

De acuerdo con la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia las indicaciones pueden agruparse de diversas maneras, ya sean maternas, fetales y mixta, según quien sea el supuesto beneficiario de la intervención; electivas, emergentes, urgentes o programables, absolutas o relativas. <sup>(22)</sup>

Entre las indicaciones absolutas se encuentran, la desproporción pélvico-fetal; situaciones y posiciones anómalas sin posibilidad de cambio o los tumores previos; placenta previa central, marginal o parcial, en función de la hemorragia; el sufrimiento fetal agudo y enfermedad materna que contraindique el parto vaginal. <sup>(22)</sup>

Dentro de las indicaciones relativas o discutibles, pueden ordenarse según el grado de evitabilidad con que pueden enfrentarse, desproporción pélvico fetal relativa o presentación fetal desfavorable, cuyo paradigma es el parto de nalgas, cesárea anterior, fiebre intraparto, gestaciones con esterilidad previa o conseguida mediante técnicas de reproducción asistida. <sup>(22)</sup>

### **Complicaciones de la cesárea**

Durante muchos siglos, la cesárea ha conllevado una alta mortalidad materna. Actualmente, y gracias a los avances que ocurrieron a finales de siglo XIX y principios de XX con la utilización de la anestesia, la cuidadosa asepsia en el acto quirúrgico y el descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido notoriamente, se puede clasificar en:

- Complicaciones anestésicas: como la hipotensión, cefalea post punción dural, Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, parada cardiorrespiratoria, Síndrome de Mendelson,...)
- Complicaciones quirúrgicas: como el desgarro de la histerotomía, lesiones vasculares, lesiones en el tracto urinario, lesión del intestino, lesiones nerviosas.
- Complicaciones infecciosas: como la endometritis, infección del tracto urinario, infección de la herida quirúrgica, tromboflebitis séptica pélvica y otras menos frecuentes (sepsis, absceso pélvico peritonitis, fascitis necrotizante,...).
- Complicaciones hemorrágicas postparto: pérdida sanguínea mayor de 1000cc.
- Complicaciones tromboembólicas: como la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP).<sup>(23)</sup>

### **2.2.2. Parto con cesárea previa**

Parto vaginal después de cesárea se refiere a cualquier mujer que ha experimentado una cesárea previa que planea tener un parto vaginal en lugar de una cesárea electiva. <sup>(24)</sup>

#### **Factores a tomar en cuenta para seleccionar un parto post cesárea**

##### **a. Perfil epidemiológico**

La edad materna avanzada, el alto índice de masa corporal (IMC), un elevado ponderado fetal, edad gestacional avanzada, un corto intervalo internatal y presencia de preeclampsia en el momento del parto influyen negativamente en el éxito del parto vaginal. <sup>(24)</sup>

##### **b. Antecedentes**

- Número de cesáreas previas
- Características de la operación anterior
- Ruptura anterior

Parto vaginal anterior <sup>(24)</sup>

##### **c. Embarazo actual**

Se ha observado disminución de las tasas de éxito de parto vaginal en las mujeres que se someten a prueba de

trabajo de parto con edad gestacional mayor a 40 semanas; el parto pretermo tiene una tasa de éxito similar al parto a término, pero con un menor riesgo de ruptura uterina; las mujeres con periodo intergenésico entre 18 a 24 meses deben ser informadas del aumento del riesgo de rotura uterina; las mujeres con macrosomía fetal tienen una menor probabilidad de parto vaginal que las mujeres con feto normosómico. <sup>(24)</sup>

#### **d. Elección de la vía de parto**

Durante la consulta prenatal, idealmente antes de la semana 36, se debe informar adecuadamente a la gestante de los riesgos y beneficios del parto vaginal tras una cesárea previa, así como de los riesgos y beneficios de realizar una nueva cesárea. El consentimiento informado, preferentemente con documento escrito, es muy importante en el plan de parto de la mujer con cesárea previa. <sup>(24)</sup>

#### **Requisitos para el parto vaginal con cesárea previa**

La paciente debe ingresar al hospital solamente cuando presente inicio del trabajo de parto a no ser que alguna condición médica u obstétrica indique lo contrario.

- Paraclínicos como hemograma y hemoglobina.

- El trabajo de parto y el parto deben ser monitorizados o con estrecha vigilancia clínica de la frecuencia cardiaca fetal.
- Sonda Foley para detectar precozmente la presencia de orina hematúrica.
- Disponibilidad permanente de quirófano para realizar en caso de que así se indique una cesárea de urgencia.
- Una vena permeable con un catéter adecuado para administrar grandes volúmenes de líquidos o soluciones. <sup>(25)</sup>

Por lo tanto si se decide ofrecer parto vaginal a las pacientes con cesárea previa la institución debe contar con los elementos necesarios para realizar una cesárea de urgencia. <sup>(26)</sup>

### **Criterios de inclusión y exclusión para el parto vaginal con cesárea previa**

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos existen criterios clínicamente importantes relacionados con un parto vaginal después de una cesárea

como incisión transversal inferior en la cesárea previa, pelvis adecuada y tamaño normal del feto (< 4000 gramos), sin otras cicatrices uterinas, anomalías, o ruptura previa del útero, parto vaginal previo, entusiasmo y consentimiento informado por parte de la paciente, trabajo de parto espontáneo, médico disponible capaz de monitorear el trabajo de parto y realizar una cesárea. <sup>(27)</sup>

No se debe realizar prueba de trabajo de parto a las pacientes con cicatrices corporales, con antecedentes de histerotomía o miomectomía que hayan comprometido la cavidad endometrial, a las pacientes con antecedente de una rotura uterina previa, que tengan placenta previa o una distocia de presentación. <sup>(27)</sup>

### **Control intraparto en cesárea previa**

El partograma donde demuestra el progreso del trabajo de parto siempre se debe diligenciar y actuar acorde a los resultados del mismo, puesto que la incidencia de ruptura uterina es mayor cuando se ha pasado en tiempo la línea de acción según la curva de Friedman. <sup>(27)</sup>

Debe realizarse una monitorización electrónica continua, fetal y materna. Debe evitarse un parto prolongado, ya que aumenta el riesgo de rotura. <sup>(28)</sup>

### **Inducción y conducción del trabajo de parto con cesárea previa**

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2013a), es más probable que una prueba de trabajo de parto fracase cuando éste se induce. Sin embargo, los riesgos de ruptura uterina son menos claros con inducción o conducción, con excepción del uso de la prostaglandina E1, misoprostol, que está contraindicado. <sup>(27)</sup>

La inducción de parto no está contraindicada en pacientes con cesárea previa, pero el riesgo de rotura uterina aumenta respecto al inicio espontáneo del parto, siendo diferente en función del fármaco empleado. <sup>(29)</sup>

Si el índice de Bishop es favorable con una puntuación mayor o igual a 6, se procede a amniotomía con perfusión de oxitocina. Si el Bishop es desfavorable tiene una puntuación menor de 6, se indican técnicas de maduración cervical.

Deben evitarse las prostaglandinas para la maduración cervical. <sup>(29)</sup>

Cuando la situación implica que la gestación debe finalizar con rapidez o que la vía vaginal no conlleva seguridad, es preferible la realización de una cesárea. <sup>(29)</sup>

### **Analgesia epidural en pacientes con cesárea previa**

La principal preocupación del uso de la anestesia regional es el riesgo de enmascarar el dolor durante una ruptura uterina, pero existen signos clínicos más seguros de una posible ruptura uterina como son los cambios en la frecuencia cardiaca fetal que no se ven alterados con el uso de este procedimiento. Por lo tanto el uso de analgesia epidural obstétrica durante el trabajo de parto en pacientes con cesárea previa no se encuentra contraindicado y puede ser aceptado. <sup>(30)</sup>

### **Beneficios del parto vaginal con cesárea previa**

Entre las ventajas de parto vaginal después de una cesárea está la disminución del riesgo de problemas asociados con la cirugía, como hemorragias e infecciones

uterinas; el tiempo de estadía hospitalaria es substancialmente menor en pacientes que tienen parto por vía vaginal (Promedio de 2.1 días) que las intervenidas por cesárea (Promedio de 5.3 días). <sup>(31)</sup>

Para la madre un parto vaginal simboliza más libertad de actuar un papel determinante en el nacimiento de su hijo, la estancia hospitalaria es menor, mantiene los niveles de glicemia en sangre adecuados y ayuda a que la placenta reciba más oxígeno durante el trabajo de parto, en caso de la cesárea tiene más riesgo de sufrir dificultad respiratoria aún si es embarazo a término. <sup>(31)</sup>

Para el recién nacido durante el parto normal genera hormonas como la adrenalina, que lo mantiene en estado de alerta en sus primeras horas de vida, aportando energía y calor, le ayudará para iniciar la lactancia, también las contracciones uterinas provocan mayor expulsión del líquido de los pulmones del recién nacido, por lo cual recibe una mayor oxigenación. Apenas se produce el parto se realiza el contacto piel a piel, lo que implica lactancia precoz, y el alojamiento conjunto de manera inmediata. <sup>(31)</sup>

## **Complicaciones maternas del parto vaginal con cesárea previa**

Desde hace mucho la complicación más temida por los obstetras al ofrecer parto vaginal con cesárea previa es la ruptura uterina<sup>(32)</sup>, los estudios actuales citan una tasa de mortalidad cercana al 1% en casos de rotura uterina y una tasa de mortalidad perinatal que se aproxima a 50% asociada con rotura uterina.<sup>(32)</sup>

La rotura uterina es una solución de continuidad patológica de la pared uterina, que se manifiesta por la presencia de una brecha, situada con mayor frecuencia en el segmento inferior; se clasifica en: dehiscencia uterina, corresponde a una "ventana", la solución de continuidad uterina no compromete el peritoneo y no hay vaciamiento de su contenido; incompleta, es la abertura de la cicatriz con expulsión del contenido uterino sin compromiso del peritoneo y completa, comprende la expulsión del producto y ruptura del peritoneo.<sup>(33)</sup>

La causa más frecuente de rotura uterina es la apertura de una cicatriz de una cesárea previa<sup>18</sup>. Hay que diferenciar entre los diferentes tipos de ruptura uterina pues en los casos

de dehiscencias o "ventanas" por lo general tienen poca significancia clínica y no presenta resultados adversos fetales-neonatales, mientras que la ruptura completa se puede acompañar de alta morbi-mortalidad materno-fetal. <sup>(33)</sup>

Las manifestaciones clínicas de la rotura uterina son muy variables, desde alteraciones inespecíficas de la frecuencia cardíaca fetal (sobre todo bradicardia fetal), palpación de partes blandas a través del abdomen materno, sangrado vaginal, inestabilidad hemodinámica de la paciente, cese de la dinámica uterina, hasta dolor selectivo en la zona de la cicatriz. Las mujeres con una ruptura uterina están en mayor riesgo de histerectomía, complicaciones operatorias, y necesidad de transfusión. <sup>(11)</sup>

Otra de las complicaciones que se presentan es la histerectomía, que consiste en la extirpación total o parcial del útero, según concluye un estudio publicado en la revista "Obstetrics and Gynecology". Estas intervenciones se efectúan por una hemorragia grave y peligrosa tras el alumbramiento. <sup>(25)</sup>

## **Complicaciones fetales-neonatales del parto vaginal con cesárea previa**

Las pacientes que tienen como antecedente cesárea previa y desean intentar un trabajo de parto deben ser informadas sobre el riesgo de complicaciones neonatales, como por ejemplo:

- Trauma obstétrico: Son aquellas lesiones producidas en el feto a consecuencia de fuerzas mecánicas (compresión, tracción) durante el trabajo de parto. Los más conocidos son el caput succedáneum es una colección serosanguinolenta subcutánea y extraperióstica, tiene los bordes mal definidos, se acompaña de edema y suele extenderse cruzando las líneas de sutura, mientras que el cefalohematoma es una hemorragia traumática subperióstica que afecta más frecuentemente al parietal y sus márgenes no sobrepasan los límites de las suturas. <sup>(34)</sup>
- Complicaciones respiratorias: el síndrome de dificultad respiratoria por aspiración de meconio es

una complicación frecuente y a veces grave de la asfixia perinatal.<sup>(34)</sup>

- Sufrimiento fetal agudo: No existe definición precisa de sufrimiento fetal, generalmente es sinónimo de hipoxia fetal, la cual está asociada a una variedad de complicaciones obstétricas que afectan los procesos normales de intercambio entre la madre y el feto.<sup>(34)</sup>
- Apgar bajo: En 1952, la Dra. Virginia Apgar desarrolló un sistema de evaluación sencilla y aplicación rápida para determinar las condiciones clínicas al nacimiento de los neonatos, la evaluación consiste en realizarla al minuto de nacimiento; sin embargo, posteriormente se empezó a valorar a los 5 minutos con fines pronósticos de mortalidad a corto y mediano plazo, así un puntaje de 7 o más determina buenas condiciones del neonato: a menor puntaje mayor deterioro.<sup>(34)</sup>
- Bajo peso al nacer: Los recién nacidos con bajo peso son aquellos que pesan menos de 2,5 kg.

tienen más probabilidades de morir durante los primeros meses o los primeros años.<sup>(34)</sup>

- Muerte neonatal: comprendido entre el momento del nacimiento y los primeros 28 días de edad, es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano.<sup>(34)</sup>

### **2.2.3. Características del recién nacido**

#### **Apgar del recién nacido**

El Apgar es una evaluación del estado general del RN, que se efectúa al 1º y 5º minuto de vida. La evaluación del 1er minuto, tiene valor diagnóstico y el que se hace a los 5 minutos tiene valor pronóstico, entre más baja es la puntuación de Apgar, peor pronóstico neurológico o mayor mortalidad perinatal.<sup>(35)</sup>

#### **Interpretación del Puntaje Apgar**

De acuerdo a la norma técnica del MINSA se determina los siguientes rangos para la valoración del puntaje APGAR.

- 8-10 es normal
- 4-7 depresión leve–moderada
- 0-3 depresión severa

El puntaje Apgar no se debe utilizar para decidir intervención en el recién nacido, su mayor utilidad es como pronóstico de función neurológica, para la intervención se debe de utilizar, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardiaca y coloración. <sup>(35)</sup>

### 2.3. Definición de términos

- a) **Parto vaginal:** el parto es el proceso por el que el feto, una vez finalizado su tiempo de gestación, que oscila alrededor de las 37 semanas hasta las 42, sale desde la cavidad uterina al exterior a través del canal vaginal. <sup>(29)</sup>
- b) **Cesárea:** es la intervención quirúrgica por la que se realiza la extracción de un feto a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina. <sup>(22)</sup>
- c) **Parto vaginal post cesárea:** es el éxito de una prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior en centros que dispongan de los recursos humanos y materiales suficientes para disminuir el índice de cesáreas a repetición. <sup>(30)</sup>
- d) **Complicaciones maternas:** complicaciones que ocurren durante o después del parto. <sup>(32)</sup>

- e) **Complicaciones neonatales:** complicaciones del recién nacido ocurridas durante o después del parto. <sup>(32)</sup>
- f) **Rotura uterina:** la rotura uterina se define como una solución de continuidad patológica de la pared uterina, situada con mayor frecuencia en el segmento inferior. <sup>(32)</sup>
- g) **Hemorragia postparto:** pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva al parto vía vaginal o más de 1000 cc luego de cesárea. <sup>(32)</sup>
- h) **Desgarro perineal:** pueden ser desde pequeños cortes y/o abrasiones hasta laceraciones profundas, que pueden afectar diferentes músculos del suelo pélvico. <sup>(32)</sup>
- i) **Infecciones puerperales:** se caracterizan por temperaturas que alcanzan 38 °c o más durante dos días sucesivos tras las primeras 24 horas posparto, y siempre que no haya otras causas aparentes. <sup>(32)</sup>
- j) **Anemia:** Síndrome que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina. <sup>(32)</sup>
- k) **Histerectomía:** Es la cirugía para extirpar el útero (matriz) de una mujer. <sup>(32)</sup>

- l) **Muerte materna:** Muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales. <sup>(20)</sup>
- m) **Trauma obstétrico:** Son aquellas lesiones producidas en el feto a consecuencia de fuerzas mecánicas (compresión, tracción) durante el trabajo de parto. <sup>(34)</sup>
- n) **Complicaciones respiratorias:** Complicación neonatal de índole respiratoria que puede generar morbilidad neonatal. Que incluye la depresión cardiorrespiratoria del recién nacido, síndrome de dificultad respiratoria y taquipnea transitoria del recién nacido. <sup>(34)</sup>
- o) **Líquido amniótico meconial:** El meconio es producto de la defecación fetal que está compuesta por restos de LA deglutido, material de descamación y secreciones gastrointestinales fetales, así como por biliverdina, que es lo que le confiere el color verde característico. Al ser eliminado al líquido amniótico puede teñirlo de verde y modificar su densidad dependiendo de la cantidad que se expulse y del volumen de líquido en el que se diluya. <sup>(34)</sup>

- p) **Ventilación mecánica:** Es todo procedimiento externo que suple o mejora la función pulmonar. <sup>(34)</sup>
- q) **APGAR:** Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento, mientras que el puntaje al minuto 5 indica qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno. <sup>(34)</sup>
- r) **Muerte neonatal precoz:** Muerte que ocurre durante los siete primeros días de vida. <sup>(34)</sup>

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

La investigación es de tipo descriptivo, correlacional, retrospectivo y transversal. <sup>(36)</sup>

#### **3.2. Diseño de investigación**

Es no experimental, cuantitativa. <sup>(36)</sup>

#### **3.3. Población y muestra**

##### **3.3.1. Población de estudio**

La población de estudio comprende a 220 pacientes con antecedente de cesárea previa una vez, que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia, del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - 2017.

##### **3.3.2. Muestra de estudio**

La muestra se determinó a través del muestreo no probabilístico, por conveniencia. Constituida por 206 pacientes con antecedente de una cesárea previa, que acudieron al servicio de Gineco obstetricia del Hospital

Santa Rosa de Puerto Maldonado - 2017; las cuales cumplen los criterios de inclusión.

**Unidad de análisis:** Paciente con cesárea previa cuya gestación actual culminó en cesárea o parto vaginal.

### **Criterios de Inclusión**

- Paciente con antecedente de una cesárea previa con o sin partos vaginales anteriores que no tenga criterios de exclusión que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - 2017.

### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes menores de 20 años y pacientes mayores de 35 años.
- Periodo intergenésico menor de 2 años.
- Miomectomía anterior.
- Cicatriz anterior previa distinta a la segmentaria transversa.
- Dos o más cesáreas anteriores segmentarias.
- Pelvis estrecha confirmada.

- Placenta previa total, parcial o marginal.
- Infección por VIH-ITS.
- Presentación anómala.
- Paciente con óbito fetal o malformaciones fetales en el parto actual.
- Embarazo actual múltiple.
- Historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta.

### **3.4. Variables de estudio y operacionalización de variables**

#### **3.4.1. Identificación de variables**

**Variable independiente:** Vía de culminación del parto de paciente con cesárea previa; se refiere al canal del parto por la cual se produce el nacimiento, por vía vaginal o vía abdominal conocida también como cesárea.

**Variable dependiente:** Complicaciones materno – neonatales, se refiere a las complicaciones que se dan durante la gestación, parto y puerperio.

Dentro los cuales tenemos:

#### **a. Complicaciones maternas**

- Rotura uterina
- Hemorragia post parto

- Desgarro perineal
- Infecciones puerperales
- Histerectomía
- Muerte materna
- Otras complicaciones

**b. Complicaciones neonatales**

- Trauma obstétrico
- Complicaciones respiratorias
- Líquido amniótico meconial
- Uso de ventilación mecánica
- Muerte neonatal
- Otras complicaciones

### 3.4.2. Operacionalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Unidad/ categórica</b>	<b>escala</b>
<b>Vía de culminación del parto (VI)</b>	Cesárea	SI/NO	nominal
	Parto vaginal	SI/NO	nominal
<b>Complicaciones maternas (VD)</b>	Rotura uterina	SI/NO	Nominal
	Hemorragia post parto	SI/NO	Intervalo
	Desgarro perineal	Desgarro grado I Desgarro grado II Desgarro grado III / IV	Intervalo
	Histerectomía	SI/NO	Nominal
	Infecciones puerperales	NO Endometritis Infección de herida operatoria	Nominal
	Muerte materna	SI/NO	Nominal
	Anemia	SI/NO	nominal
<b>Complicaciones neonatales (VD)</b>	APGAR menor igual a 7 5'	SI/NO	Intervalo
	Trauma Obstétrico	SI/NO ¿Cuál?	Nominal
	Líquido amniótico meconial	NO Fluido Espeso	Nominal
	Complicaciones respiratorias	SI/NO	Nominal
	Ventilación Mecánica	SI/NO	Nominal
	Muerte neonatal	SI/NO	Nominal

### Variable interviniente

<b>Factores socio-demográficos y obstétricos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidad / categoría</b>	<b>Escala</b>
<b>Edad</b>	Años Cumplidos	20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 35 años	Ordinal
<b>Estado civil</b>	Estado civil	Casada Conviviente Soltera Viuda	Nominal
<b>Grado de instrucción</b>	Escolaridad	Primaria Secundaria Superior universitario Superior técnico Analfabeta	Ordinal
<b>Ocupación</b>	Ocupación actual	Ama de casa Empleada Independiente Estudiante	Nominal
<b>Controles prenatales</b>	Nº controles prenatales	Ninguno Menos de 6 6 a más	Nominal
<b>Periodo intergenésico</b>	Nº años entre un parto y una nueva gestación	2 a 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años	Nominal
<b>Edad gestacional</b>	Semanas de gestación	37 a 38,6 sem 39 a 40,6 sem 41 a más sem	Nominal
<b>Motivo de la cesárea anterior y actual</b>	Condición por la cual se realizó la cesárea	Indicación de la cesárea	Nominal

### **3.5. Métodos y técnicas de recolección de datos**

Se utilizó el método de análisis documental, donde se aplicó una ficha de recolección de datos, mediante la revisión de las historias clínicas, ficha de registro de cesárea y libro de registro de partos de las pacientes con antecedente de cesárea previa.

La ficha de recolección de datos utilizada consta de 23 preguntas abiertas y cerradas, previamente Codificadas. Divididas en 4 ítems, el primero datos generales de la paciente que consta de 4 preguntas, el segundo por los datos obstétricos que consta de 5 preguntas , el tercero acerca de las complicaciones maternas que consta de 7 preguntas y las ultimas 7 preguntas acerca de las complicaciones neonatales.

### **3.6. Procedimiento y análisis de datos**

#### **Procedimiento**

Los datos obtenidos a través del instrumento inicialmente fueron codificados y luego importados manualmente a la base de datos SPSS versión 18 con licencia, para el análisis estadístico y posteriormente exportados al programa de cálculo Microsoft Office Excel 2016 con licencia, donde se dio forma a las tablas y gráficos

obtenidos del análisis estadístico, por último se exportaron al programa Microsoft Office Word con licencia para el procesamiento de textos y la presentación del informe final del estudio hipótesis estadística general.

Objetivo general: Se estimó la asociación entre el número de complicaciones materno neonatales con la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa.

Para realizar esto se crearon escalas del número de complicaciones maternas y neonatales; uniéndolas en una tabla. Así se pudo relacionar con la vía de culminación del parto. Se estimó el grado de asociación con la prueba de hipótesis con chi cuadrado. Los valores obtenidos se clasificaron de la siguiente manera:

- $p < 0,05 \Rightarrow$  existe asociación
- $p > 0,05 \Rightarrow$  no hay asociación

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS**

**TABLA 1**

INCIDENCIA DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN VÍA DE CULMINACIÓN DEL EMBARAZO.

<b>Vía de culminación</b>	<b>Frecuencia (N)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Parto vaginal</b>	126	61,17
<b>Cesárea iterativa</b>	80	38,83
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100</b>

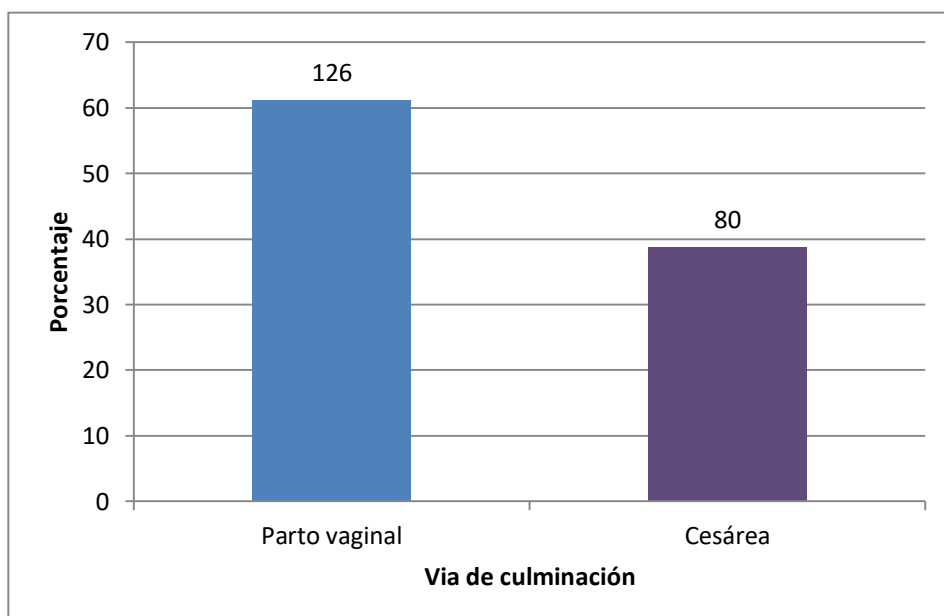
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que el 61,17% de pacientes estudiadas culminaron su gestación con un parto vaginal, mientras que el 38,83% de pacientes culminaron su gestación en cesárea iterativa.

### GRÁFICO 1

INCIDENCIA DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN VÍA DE CULMINACIÓN DEL EMBARAZO.



Fuente: Tabla 1

**TABLA 2**

PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
20 a 24 años	62	30,10
25 a 29 años	95	46,12
30 a 35 años	49	23,79
<b>Estado civil</b>		
Casada	7	3,40
Conviviente	186	90,29
Soltera	13	6,31
Viuda	0	0
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	9	4,37
Secundaria	165	80,10
Superior universitaria	11	5,34
Superior técnico	21	10,19
Analfabeta	0	0
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	187	90,78
Empleada	9	4,37
Independiente	6	2,91
Estudiante	4	1,94
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100</b>

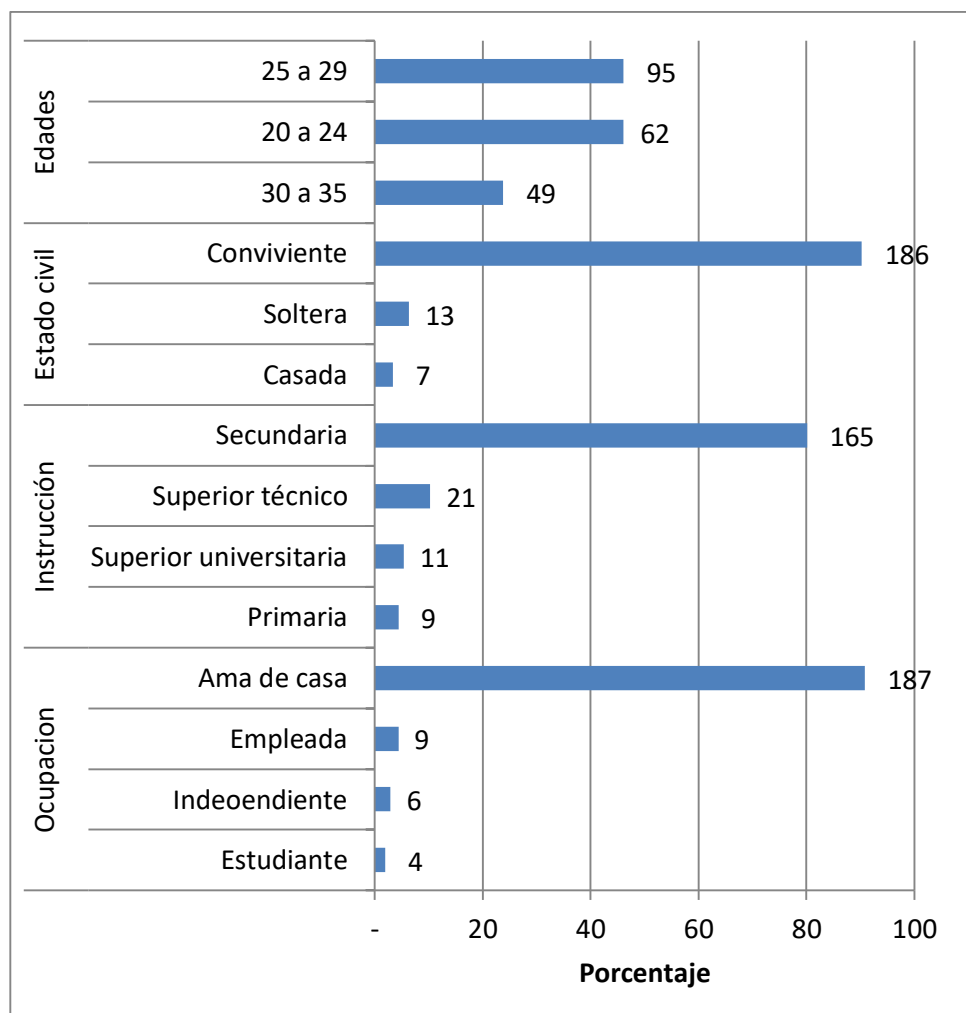
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que la mayoría de las pacientes tuvieron edades con rangos entre 25 a 29 años con 46,12%. El 90,29% tienen estado civil conviviente. El 80,10% tuvieron grado de instrucción secundaria y la ocupación de las pacientes fue ama de casa con 90,78%.

## GRÁFICO 2

PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.



Fuente: Tabla 2

**TABLA 3:**

PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN DATOS OBSTÉTRICOS.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
<b>Número de controles prenatales</b>		
Ninguno	4	1,90
Menos de 6	96	46,60
De 6 a más	106	51,50
<b>Edad gestacional</b>		
De 37 a 38,6 sem	11	5,34
De 39 a 40,6 sem	187	90,78
De 41 a más	8	3,88
<b>Periodo intergenésico</b>		
De 2 a 5 años	70	33,98
De 6 a 10 años	124	60,19
De 11 a 15 años	12	5,83
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100</b>

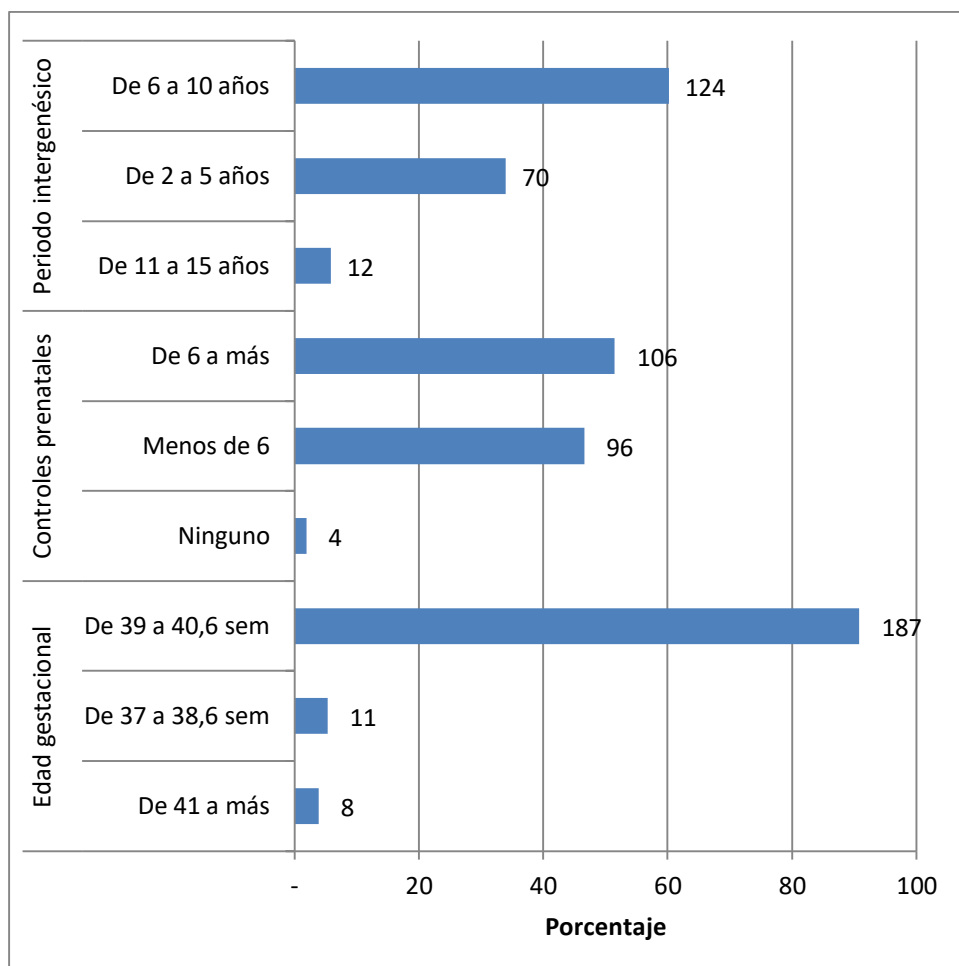
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que en relación a los datos obstétricos de las pacientes con cesárea previa en su mayoría tuvieron más de 6 controles prenatales con 51,50% .En cuanto a la edad gestacional al momento del parto un 90,70% se encontraban en 39 a 40,6 semanas de gestación. Y el periodo intergenésico correspondiente en su mayoría de 6 a 10 años con 60,19%.

### GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN DATOS OBSTÉTRICOS.



Fuente: Tabla 3

**TABLA 4**

PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN MOTIVO DE CESÁREA PREVIA.

<b>Motivo de cesárea previa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
ARO	2	0,97
DCP	20	9,1
Distocia de presentación	16	7,77
DPP	3	1,46
Embarazo gemelar	4	1,94
Embarazo prolongado	7	3,40
Macrosomía	15	7,28
Oligohidramnios severo	21	10,19
Placenta previa	9	4,37
Preeclampsia	25	12,14
RPM	5	2,43
SFA	41	19,90
Trabajo parto disfuncional	38	18,45
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100</b>

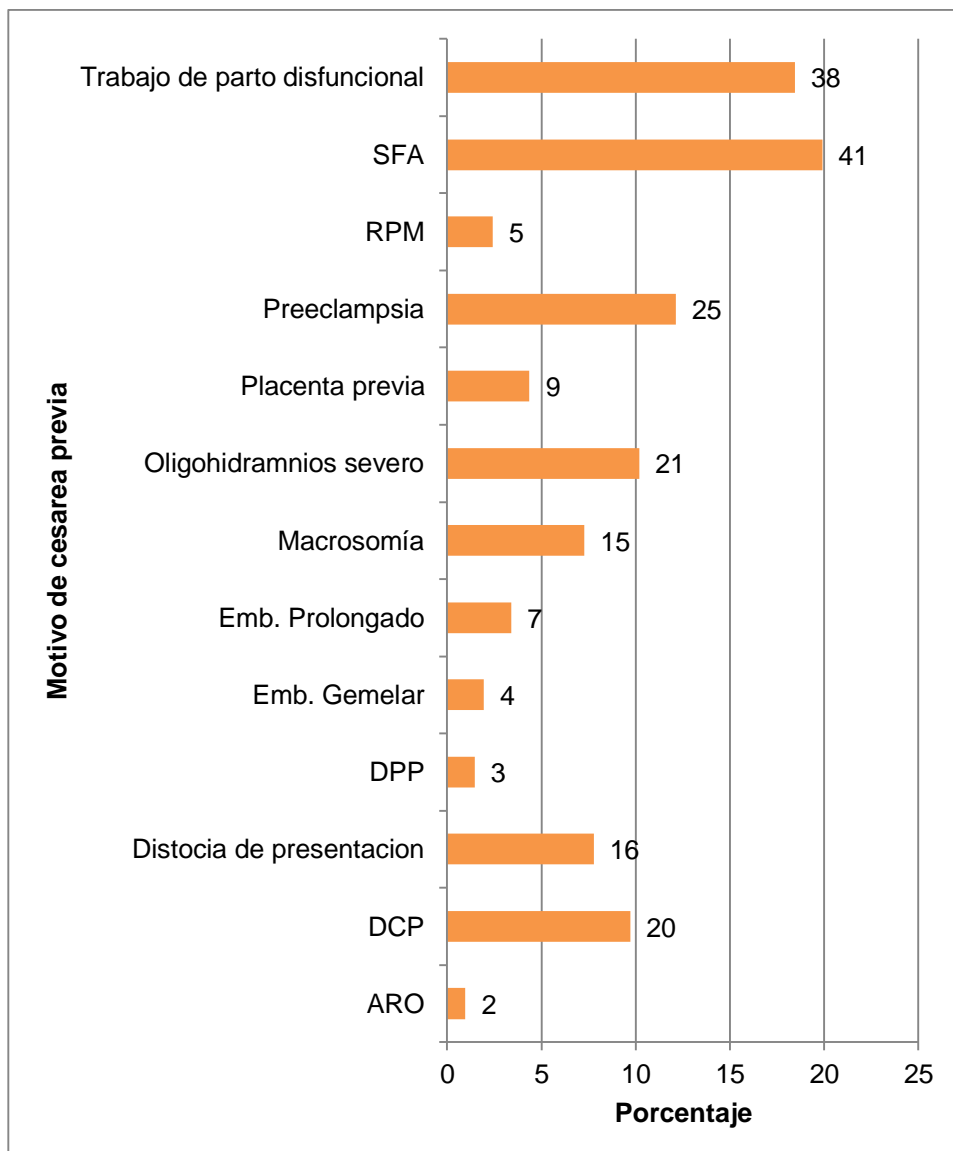
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que el 19,90% de pacientes estudiadas tuvo como motivo de cesárea previa SFA, el 18,45% por motivo de trabajo de parto disfuncional, el 12,14% por preeclampsia, el 10,19% por oligohidramnios severo, el 9,71% por DCP, el 7,77% por distocia de presentación, el 7,28% por macrosomía, el 4,37% por placenta previa, el 3,40% por embarazo prolongado, el 2,43% por RPM, el 1,94% por embarazo gemelar, el 1,46% por DPP, mientras que el 0,97% por ARO.

#### GRÁFICO 4

PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN MOTIVO DE CESÁREA PREVIA.



Fuente: Tabla 4

**TABLA 5**

PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN MOTIVO DE CESÁREA ITERATIVA.

<b>Motivo de cesárea iterativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
DCP	8	10,00
Asinclitismo	1	1,25
Macrosomía fetal	10	12,50
Oligohidramnios	2	2,50
Preeclampsia	9	11,25
Procidencia de cordón	2	2,50
RPM	5	6,25
SFA	25	31,25
Trabajo de parto disfuncional	18	22,50
Total	80	100

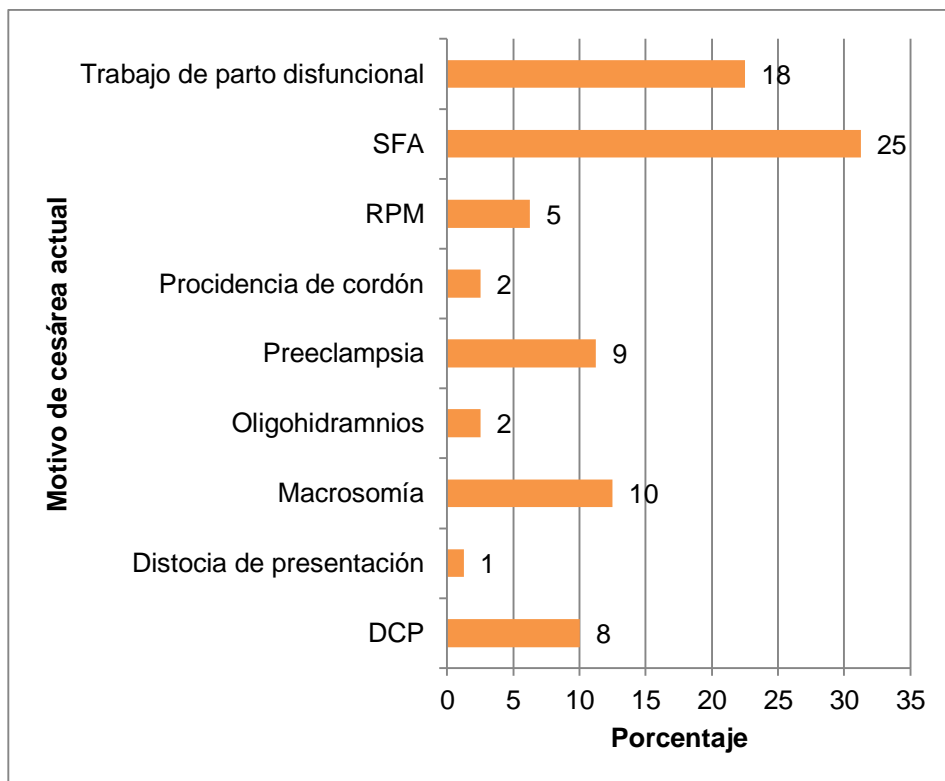
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que el 31,25% de pacientes que culminaron su parto por vía abdominal tuvo como motivo de cesárea actual SFA, el 22,50% por motivo de trabajo de parto disfuncional, el 12,50% por macrosomía, el 11,25% por preeclampsia, el 10,00% por DCP, el 6,25% por RPM, el 2,50% por oligohidramnios, el 2,50% por procidencia de cordón y el 1,25% por asinclitismo.

### GRÁFICO 5

PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN MOTIVO DE CESÁREA ACTUAL.



Fuente: Tabla 5

**TABLA 6**

INCIDENCIA DE HEMORRAGIA POSPARTO VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.

Incidencia de hemorragia posparto		Vía de culminación del parto		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
<b>No</b>	<b>N°</b>	124	76	200
	<b>%</b>	98,41	95	97,08
<b>Si</b>	<b>N°</b>	2	4	6
	<b>%</b>	1,59	5	2,92
<b>Total</b>	<b>N°</b>	126	80	206
	<b>%</b>	100	100	100

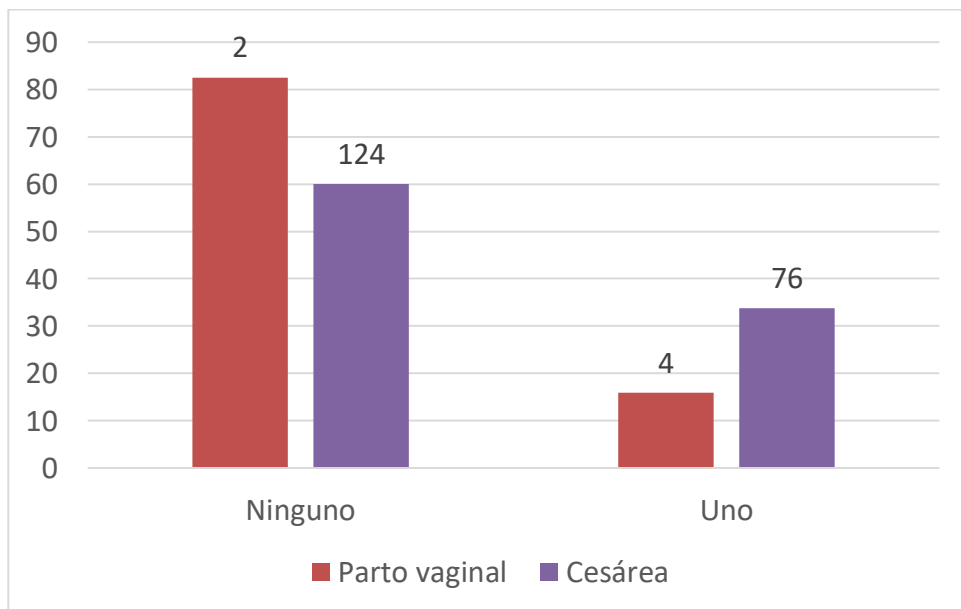
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que el 97,08% de pacientes estudiadas no presentaron hemorragia posparto, mientras que el 2,92% de ellas si presentaron hemorragia posparto.

### GRÁFICO 6

INCIDENCIA DE HEMORRAGIA POSPARTO VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.



Fuente: Tabla 6

**TABLA 7**

INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.

Incidencia de desgarro perineal		Vía de culminación del parto		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
<b>No</b>	<b>N°</b>	112	80	192
	<b>%</b>	88,89	100	93,20
<b>I Grado</b>	<b>N°</b>	9	0	9
	<b>%</b>	7,14	0	4,37
<b>II Grado</b>	<b>N°</b>	3	0	3
	<b>%</b>	2,38	0	1,47
<b>III-IV Grado</b>	<b>N°</b>	2	0	2
	<b>%</b>	1,59	0	0,97
<b>Total</b>	<b>N°</b>	126	80	206
	<b>%</b>	100	100	100

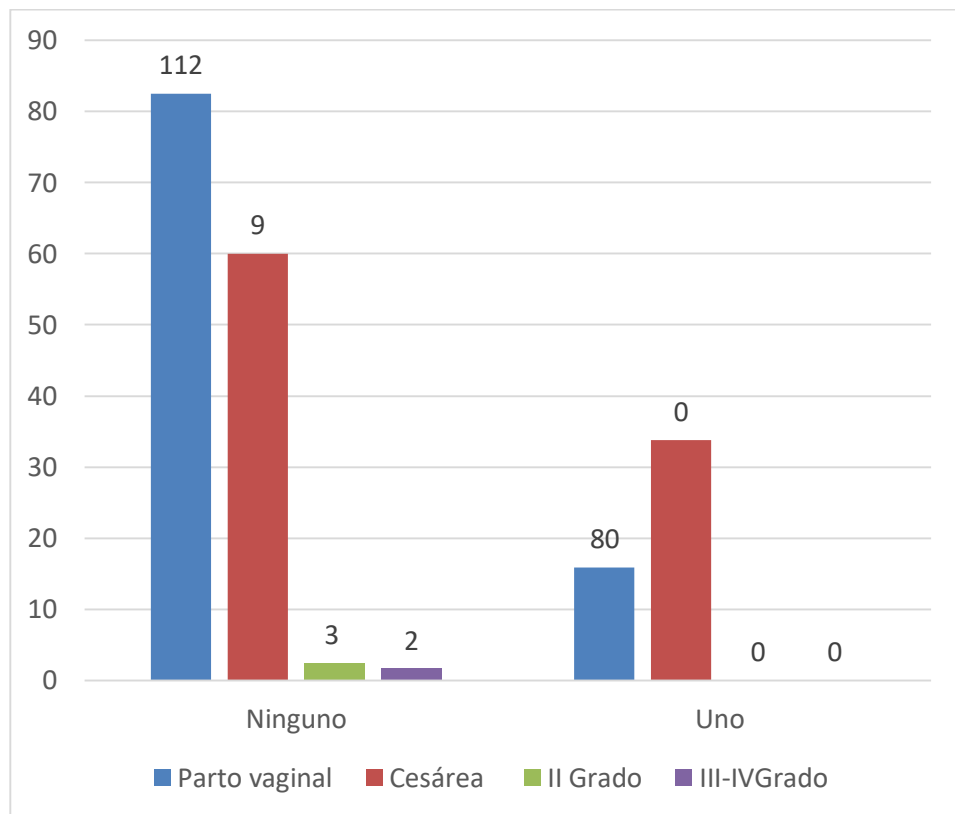
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

### **Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que el 93,20% de las pacientes estudiadas no tuvieron desgarro perineal, el 4,37% de pacientes tuvo desgarro perineal de I grado, el 1,47% tuvo desgarro perineal de II grado, mientras que el 0,97% tuvo desgarro perineal de III a IV grado.

### GRÁFICO 7

INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.



Fuente: Tabla 7

**TABLA 8**

INCIDENCIA DE INFECCIONES PUERPERALES VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.

Incidencia de infecciones puerperales		Vía de culminación del parto		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
<b>No</b>	<b>N°</b>	125	72	197
	<b>%</b>	99,20	90	95,63
<b>Endometritis</b>	<b>N°</b>	1	3	4
	<b>%</b>	0,79	3,75	1,94
<b>Infección de herida operatoria</b>	<b>N°</b>	0	5	5
	<b>%</b>	0	6,25	2,43
<b>Total</b>	<b>N°</b>	126	80	206
	<b>%</b>	100	100	100

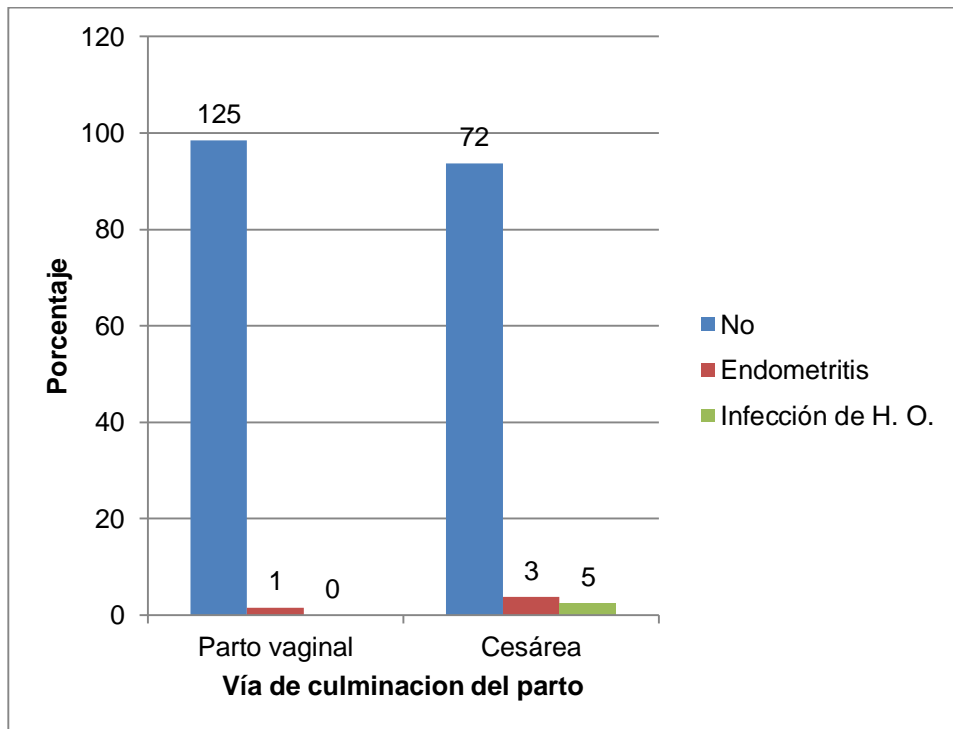
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que el 95,63% de pacientes estudiadas no tuvieron alguna infección puerperal, el 1,94% de pacientes padeció de endometritis, mientras que el 2,43% de ellas sufrió de infección de herida operatoria.

### GRÁFICO 8

INCIDENCIA DE INFECCIONES PUERPERALES VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.



Fuente: Tabla 8

**TABLA 9**

PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN INCIDENCIA DE ROTURA UTERINA, HISTERECTOMÍA Y MUERTE MATERNA.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
<b>Rotura uterina</b>		
SI	0	0
NO	206	100
<b>Histerectomía</b>		
SI	0	0,00
NO	206	100
<b>Muerte materna</b>		
SI	0	0,00
NO	206	100
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100</b>

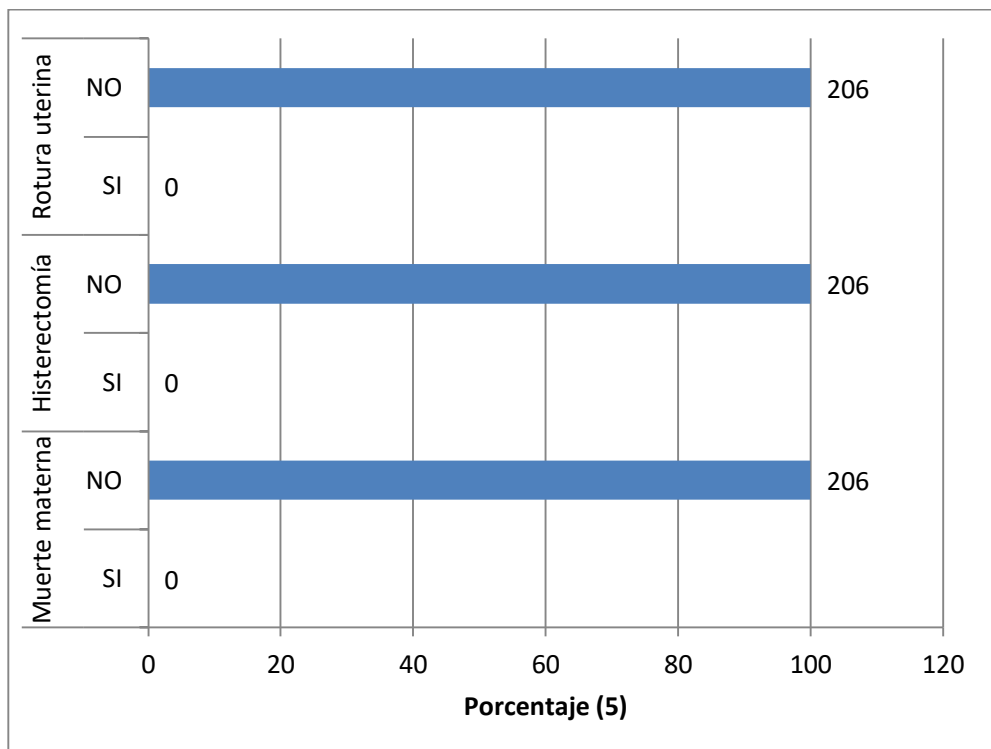
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que el 100% de las pacientes con cesárea previa que culminaron su gestación por vía vaginal y cesárea, no presentaron ninguna complicación como rotura uterina, histerectomía y muerte materna.

### GRÁFICO 9

PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN INCIDENCIA DE ROTURA UTERINA, HISTERECTOMÍA Y MUERTE MATERNA.



Fuente: Tabla 9

**TABLA 10**

INCIDENCIA DE OTRAS COMPLICACIONES VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.

Incidencia de otras complicaciones		Vía de culminación del Parto		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
<b>No</b>	N°	121	67	188
	%	96,03	83,75	91,26
<b>Anemia</b>	N°	2	8	10
	%	1,59	10	4,85
<b>Alumbramiento incompleto</b>	N°	3	0	3
	%	2,38	0	1,46
<b>Dehiscencia</b>	N°	0	5	5
	%	0	6,25	2,43
<b>Total</b>	N°	126	80	206
	%	100	100	100

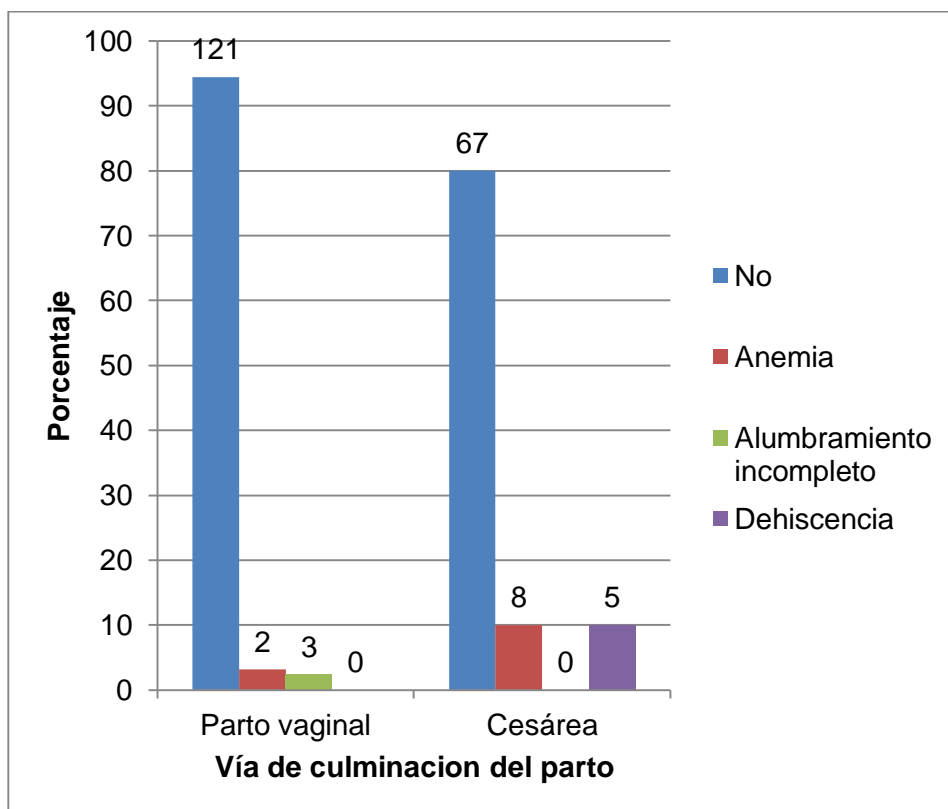
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

#### **Interpretación:**

En la presente tabla se aprecia que el 91,26% de pacientes estudiadas no tuvo otra complicación, el 4,85% de pacientes estudiadas tuvo anemia, el 2,43% de pacientes tuvo dehiscencia, mientras que el 1,46% de pacientes tuvo alumbramiento incompleto.

### GRÁFICO 10

INCIDENCIA DE OTRAS COMPLICACIONES VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.



Fuente: Tabla 10

**TABLA 11**

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE COMPLICACIONES MATERNAS Y LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO – 2017.

Número de complicaciones maternas		Vía de culminación del parto		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
Ninguna	Nº	104	48	152
	%	82,54	60	73,79
Una	Nº	20	27	47
	%	15,87	21,25	22,82
Dos	Nº	1	2	3
	%	0,79	2,50	1,46
Tres	Nº	1	3	4
	%	0,81	3,75	1,97
Total	Nº	126	80	206
	%	100	100	100

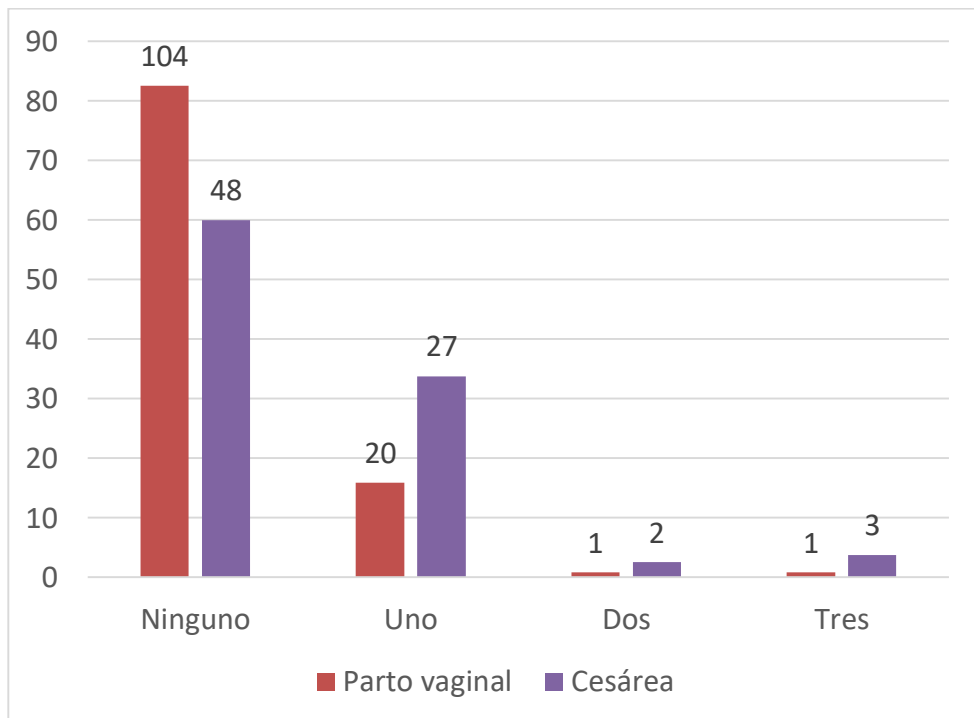
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que el 73,79% de pacientes estudiadas no tuvieron complicaciones maternas, el 22,82% tuvieron una complicación materna, el 1,46% tuvo dos complicaciones maternas, mientras que 1,97% de pacientes tuvieron tres complicaciones maternas.

### GRÁFICO 11

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE COMPLICACIONES MATERNAS Y LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO – 2017.



Fuente: Tabla 11

**TABLA 12**

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTÉTRICO VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.

Incidencia de trauma obstétrico		Vía de culminación del parto		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
<b>No</b>	<b>N°</b>	110	73	183
	<b>%</b>	87,30	91,25	88,83
<b>Caput succedaneum</b>	<b>N°</b>	8	5	13
	<b>%</b>	6,35	6,25	6,31
<b>Cefalohematoma</b>	<b>N°</b>	2	2	4
	<b>%</b>	1,59	2,5	1,94
<b>Total</b>	<b>N°</b>	126	80	206
	<b>%</b>	100	100	100

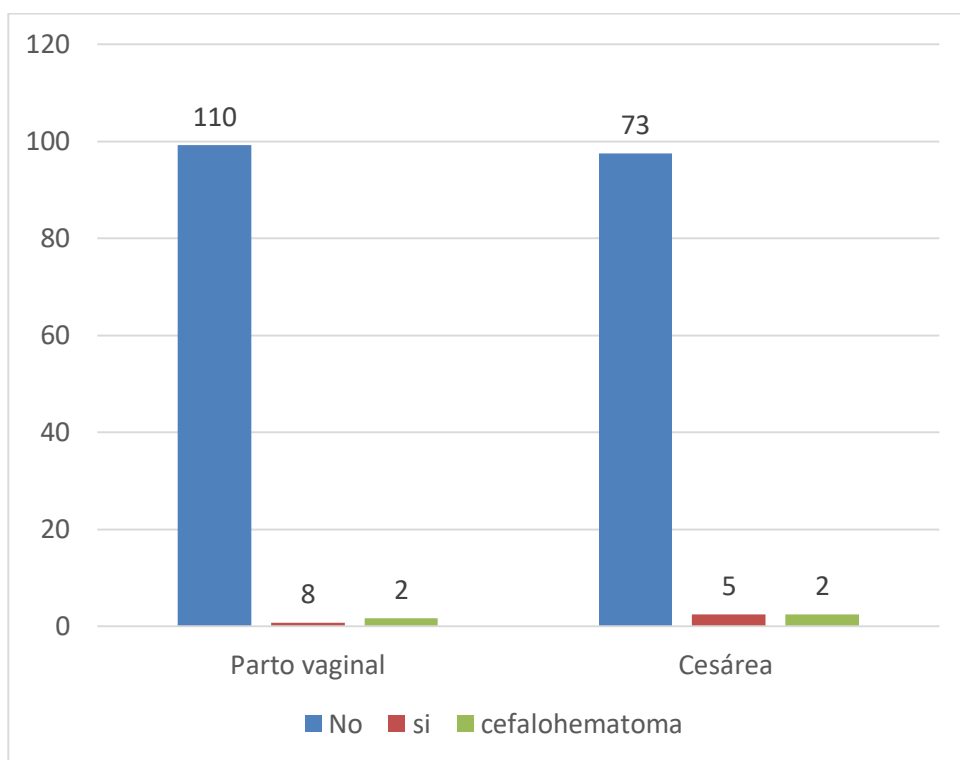
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que el 88,83% de neonatos de las pacientes estudiadas no presento algún trauma obstétrico, el 6,31% de neonatos presento Caput succedaneum, mientras que el 1,94% presentó cefalohematoma.

## GRÁFICO 12

INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTÉTRICO VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.



Fuente: Tabla 12

**TABLA 13**

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.

Incidencia de complicaciones respiratorias		Vía de culminación del Parto		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
<b>No</b>	<b>N°</b>	123	77	200
	<b>%</b>	97,62	96,25	97,09
<b>Taquipnea o distrés</b>	<b>N°</b>	2	3	5
	<b>%</b>	1,59	3,75	2,43
<b>Hipoxia</b>	<b>N°</b>	1	0	1
	<b>%</b>	0,79	0	0,49
<b>Total</b>	<b>N°</b>	126	80	206
	<b>%</b>	100	100	100

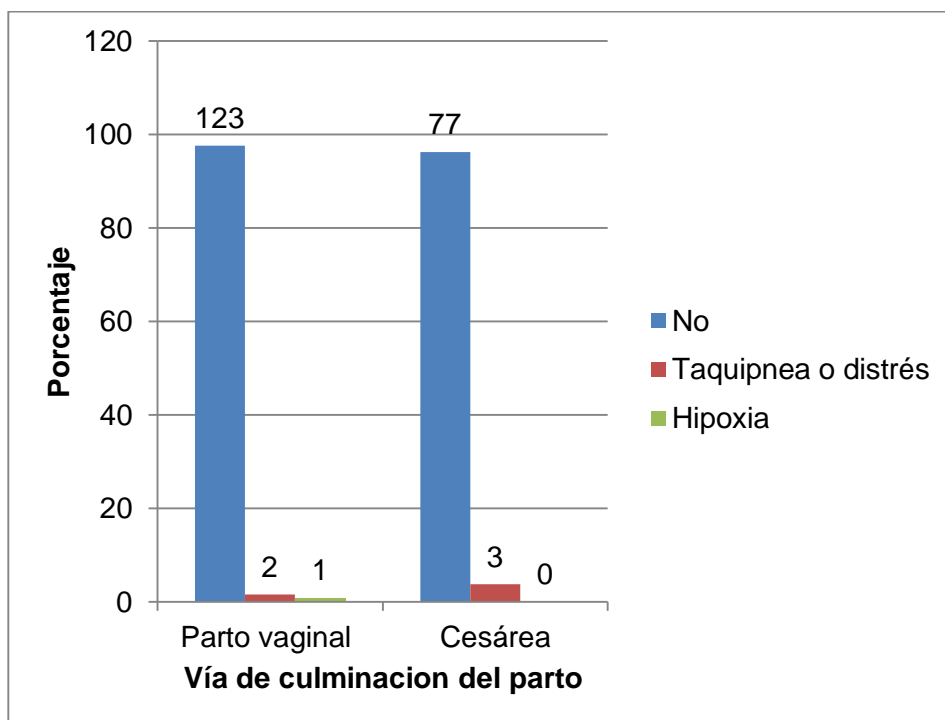
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que los 97,09% de neonatos nacidos de las pacientes estudiadas no sufrieron alguna complicación respiratoria, el 2,43% presentó taquipnea o distrés, mientras que el 0,49% presentó hipoxia.

### GRÁFICO 13

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.



Fuente: Tabla 13

**TABLA 14**

PRESENCIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.

Presencia de líquido amniótico meconial		Vía de culminación del parto		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
<b>No</b>	<b>N°</b>	117	68	185
	<b>%</b>	92,86	85,00	89,81
<b>Verde fluido</b>	<b>N°</b>	9	9	18
	<b>%</b>	7,14	11,25	8,74
<b>Verde espeso</b>	<b>N°</b>	0	3	3
	<b>%</b>	0	3,75	1,46
<b>Total</b>	<b>N°</b>	126	80	206
	<b>%</b>	100	100	100

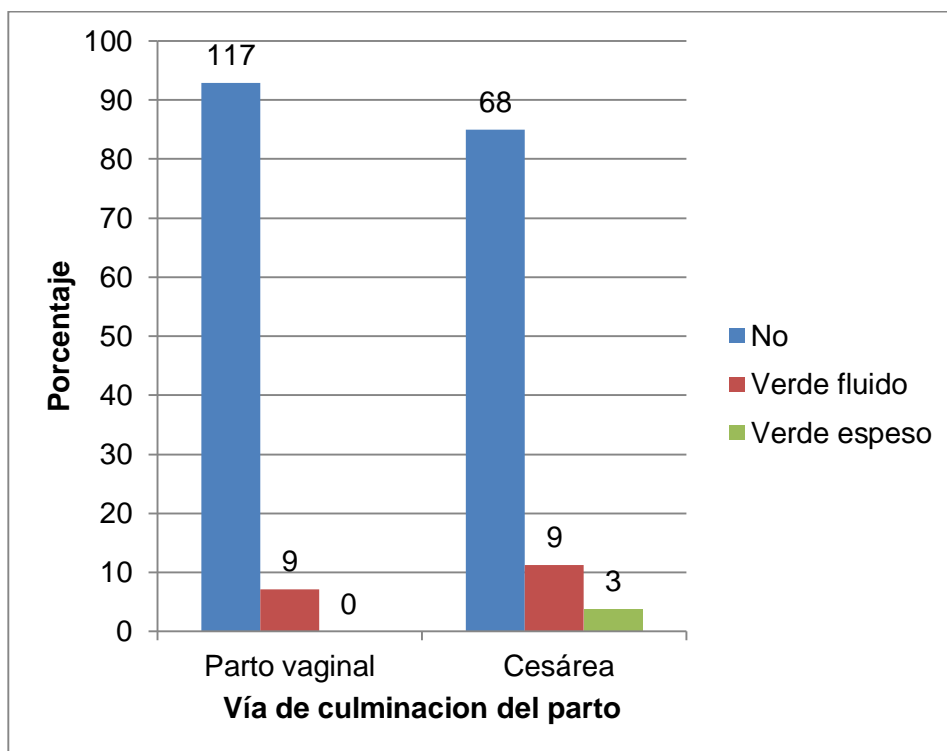
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que en el 89,81% de partos no se presentó líquido amniótico meconial, en el 8,74% de partos hubo la presencia de líquido meconial fluido, mientras que en 1,46% de partos hubo presencia de líquido meconial espeso.

### GRÁFICO 14

PRESENCIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.



Fuente: Tabla 14

**TABLA 15**

USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.

Uso de ventilación mecánica		Vía de culminación del parto		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
<b>No</b>	<b>N°</b>	125	78	203
	<b>%</b>	99,21	97,5	98,54
<b>Si</b>	<b>N°</b>	1	2	3
	<b>%</b>	0,79	2,5	1,46
<b>Total</b>	<b>N°</b>	126	80	206
	<b>%</b>	100	100	100

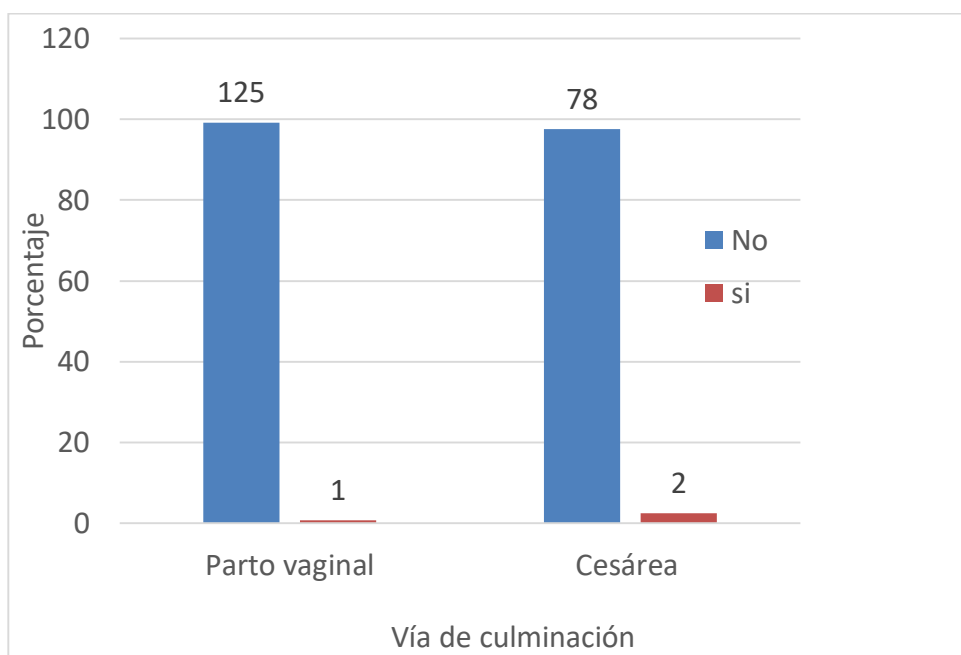
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que el 98,54% de neonatos no necesitó ventilación mecánica, mientras que en 1,46% de neonatos si uso ventilación mecánica.

### GRÁFICO 15

USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.



Fuente: Tabla 15

**TABLA 16**

VALORACIÓN APGAR MENOR A 7 A LOS 5 MINUTOS VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO.

Valoración APGAR menor a 7 a los 5 min.		Vía de culminación del parto		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
<b>No</b>	N°	125	77	202
	%	99,21	96,25	98,06
<b>Si</b>	N°	1	3	4
	%	0,79	3,75	1,94
<b>Total</b>	N°	126	80	206
	%	100	100	100

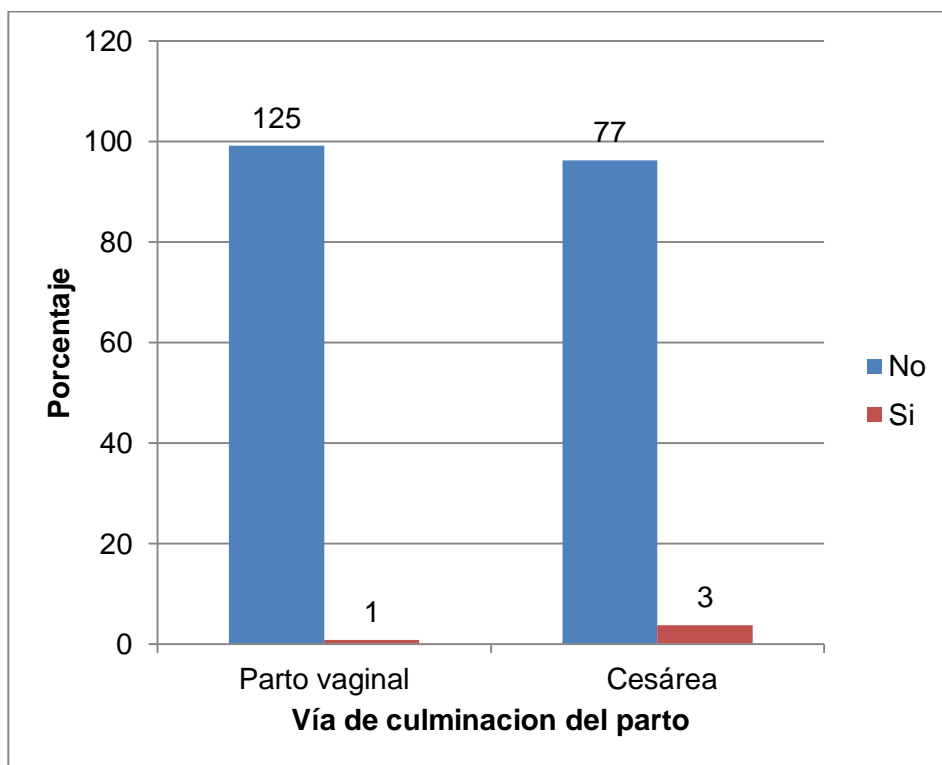
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que en el 98,06% de neonatos no tuvo valoración APGAR menor de siete a los cinco minutos del parto, mientras que el 1,94% de ellos si tuvo valoración APGAR menor a 7 a los 5 minutos.

### GRÁFICO 16

VALORACIÓN APGAR MENOR A 7 A LOS 5 MINUTOS VS. VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE LAS PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.



Fuente: Tabla 16

**TABLA 17**

PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN MUERTE NEONATAL.

<b>Muerte neonatal</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SI</b>	0	0
<b>NO</b>	206	100
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100</b>

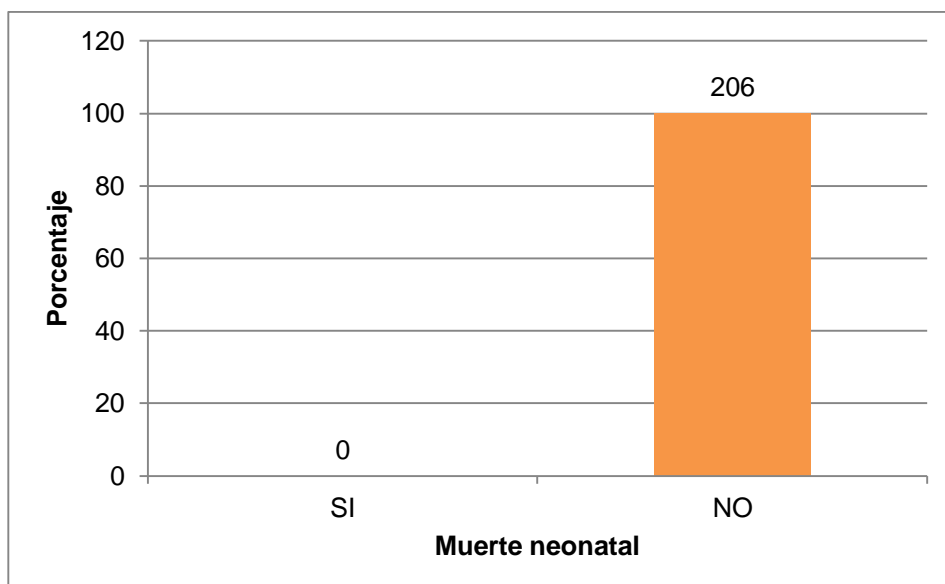
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que el 100% de neonatos no tuvo valoración APGAR menor de siete a los cinco minutos del parto.

### GRÁFICO 17

PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017, SEGÚN MUERTE NEONATAL.



Fuente: Tabla 17

**TABLA 18**

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE COMPLICACIONES NEONATALES Y LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO – 2017.

Número de complicaciones neonatales		Vía de culminación del parto		Total
		Parto vaginal	Cesárea	
Ninguna	N°	115	61	176
	%	91,27	76,25	85,44
Una	N°	6	9	15
	%	4,76	11,25	7,28
Dos	N°	4	6	10
	%	3,17	7,50	4,85
Tres	N°	1	2	3
	%	0,79	2,50	1,46
Cuatro	N°	1	2	3
	%	0,79	2,50	1,46
Total	N°	126	80	206
	%	100	100	100

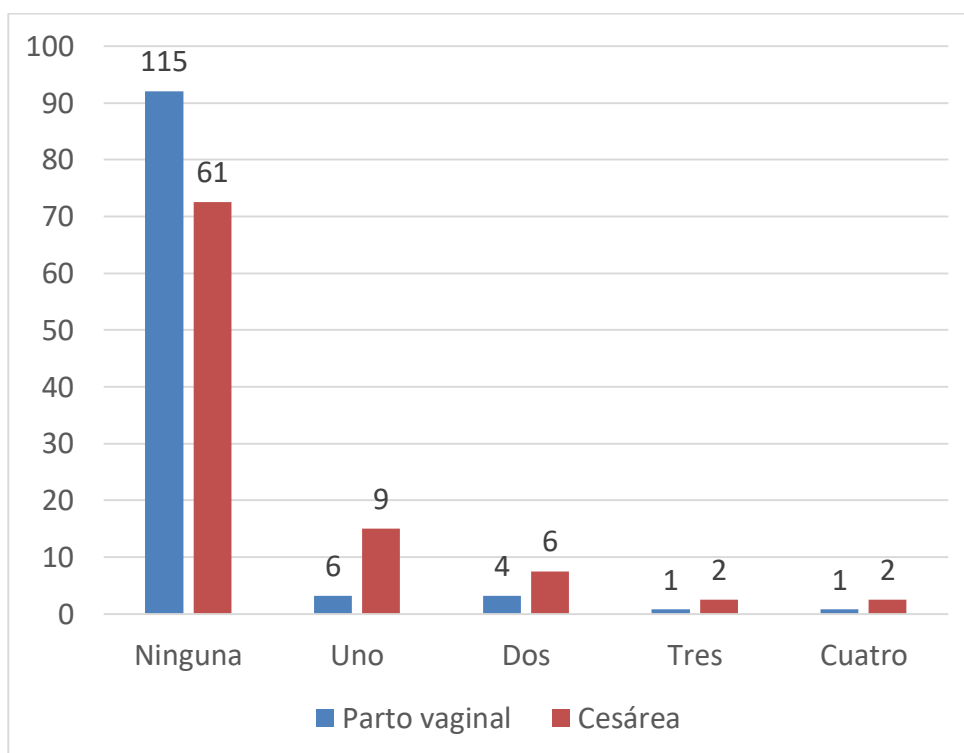
Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

**Interpretación:**

En la presente tabla, se aprecia que el 85,44% de neonatos no tuvo ninguna complicación neonatal, el 7,28% de neonatos tuvo una complicación neonatal, el 4,85% de neonatos tuvo dos complicaciones neonatales, el 1,46% de ellos tuvo tres complicaciones neonatales, mientras que el 1,46% de ellos tuvo cuatro complicaciones neonatales.

### GRÁFICO 18

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE COMPLICACIONES NEONATALES Y LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO – 2017.



Fuente: Tabla 18

#### **4.4.1. Hipótesis general**

##### **Hipótesis estadísticas**

H<sub>0</sub>: El número de complicaciones materno-neonatales no se asocia significativamente con la vía de culminación del parto en pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - 2017.

H<sub>1</sub>: El número de complicaciones materno-neonatales se asocia significativamente con la vía de culminación del parto en pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - 2017.

**Estadística de prueba:** se procedió a efectuar la prueba de hipótesis con el método estadístico de prueba de chi-cuadrado de Pearson.

##### **Decisión:**

Si  $p$  es mayor o igual a 0,05: No se rechaza la H<sup>0</sup>

Si  $p$  es menor a 0,05: Se rechaza la H<sup>0</sup>

**TABLA 19**

ASOCIACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE COMPLICACIONES MATERNO-NEONATALES Y LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO - 2017.

Variables		Vía de culminación del Parto		Total	P	
		Parto vaginal	Cesárea			
Número de complicaciones materno-neonatales	Ninguna	N°	92	29	121	0,024
		%	73,01	36,25	58,74	
	Una a dos	N°	31	44	75	
		%	24,60	55,0	36,41	
	Tres a cuatro	N°	3	7	10	
		%	2,20	8,75	4,86	
	Total	N°	126	80	206	
		%	100	100	100	

Fuente: reporte de SPSS

**Interpretación:**

En la tabla 19, se observa resultados con respecto a la relación entre el número de complicaciones materno neonatales y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea previa, al respecto; del total de las pacientes que

terminaron su gestación por vía vaginal el 73,01% no presentó ninguna complicación y el 24,60% presentaron de 1 a 2 complicaciones materno neonatales, en contraste del total de las pacientes que culminaron su gestación por vía abdominal, el 36,25% no presentó ninguna complicación y el 55,0% presentaron de 1 a 2 complicaciones materno neonatal.

Al análisis estadístico, haciendo uso de Chi-cuadrado de Pearson, se trabajó al 5% de error y al 95% de certeza, habiéndose obtenido un  $X^2_c = 7,444$  con  $gl = 2$  y  $p = 0,024$ . Dado que el p-valor es menor que 0,05, entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; por lo que se tiene evidencia a favor de una asociación entre el número de complicaciones materno-neonatales y la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - 2017. Y se demuestra que, cuando la vía de culminación del parto es vaginal, la probabilidad de presentar complicaciones es menor.

## DISCUSIÓN

El Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado para el año 2017 registró 2 359 nacimientos, con un índice total de 15,49% de cesáreas, cifra que se encuentra ligeramente por encima de las metas de la Organización Mundial de la Salud que considera que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%.

De acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, en la atención de pacientes con antecedente de cesárea previa se encontró que el 61,17% de embarazos finalizaron por vía vaginal y el 38,83% en cesárea iterativa. Nuestro estudio difiere con Valderrama W. (2016), donde la vía de culminación del parto de las 101 pacientes con cesárea anterior estudiadas, 66 pacientes culminaron su gestación en una cesárea iterativa (65,35%) y 35 en un parto vaginal exitoso (34,65%).

Según los hallazgos de este estudio, se pudo determinar que existe una asociación entre el número de complicaciones materno neonatales con la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, donde del total de pacientes que culminaron en cesárea iterativa el 55,0% tuvo de 1 a 2 complicaciones y en parto vaginal fue el 24,60%. Esto demuestra que; cuando la vía de culminación del parto es vaginal, la probabilidad de presentar complicaciones es menor. Similar al estudio de Mozo (2014), en

la que demostró que el parto vaginal ofrece una mejor y más rápida vuelta a las actividades cotidianas, siendo una guía para todas esas mujeres que dudan a la hora de elegir su modo de parto preferido .

Los hallazgos no concuerdan con Pérez Melisa (2015) en su estudio “Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa”, donde determino la asociación entre el tipo de parto y las complicaciones perinatales y obstétricas del parto vaginal en gestantes con cesárea previa en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, concluyendo que no existe asociación significativa; al igual que Reyes Carlos (2014).

En lo referente a los factores sociodemográficos de pacientes con cesárea previa, el grupo etario que más prevalece es de 25 a 29 años (46,12%), estado civil conviviente (90,29%), nivel de instrucción secundaria (80,10%) y la mayoría con ama de casa (90,78%). Nuestro estudio guarda cierta relación con Valderrama (2016), donde determino que el (58,42%) tienen entre 30 a 39 años de edad, (54,55%) tienen secundaria y el (47,52) son convivientes y concluyó que la edad menor a 35 años, es un factor favorable para un parto vaginal (60%).

Con respecto a los factores obstétricos, en este estudio se determinó que del total de pacientes con cesárea previa; (51,50%) tienen de 6 a más

controles prenatales y (46,60%) menos de 6, con edad gestacional de 39 a 40,6 semanas (90,78%) y periodo intergenésico entre 6 a 10 años (60,19%). Reyes C. (2014), determinó que las gestantes con cesárea previa con periodo intergenésico mayor a 24 meses no tuvieron ningún resultado adverso materno perinatal (94,40%).

Según la OMS una gestante controlada es aquella que tiene 06 controles prenatales o más, y es importante que el periodo intergenésico en una paciente con cesárea previa sea mayor a 2 años por el riesgo de rotura uterina, de acuerdo a la Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, durante los controles se debe brindar el asesoramiento para el tipo de parto que podría llevarse a cabo poco después de la ecografía segundo trimestre de embarazo.

En lo referente a motivo de cesárea previa tenemos como indicación principal a sufrimiento fetal agudo (19,90%) y trabajo de parto disfuncional (18,45%). Los hallazgos concuerdan con el estudio de Huiza M (2014) donde encontró que la principal indicación fue el sufrimiento fetal con un 28,3%, la segunda causa fue preeclampsia o eclampsia y presentación anormal del feto con un 21,2%.

En cuanto al motivo de la cesárea iterativa tenemos como indicación principal al sufrimiento fetal agudo (31,25%), seguido de trabajo de parto

disfuncional (22,50%). Los hallazgos tienen concordancia con el estudio de Huiza (2014) en donde describió como principales indicaciones de cesárea actual fue por sufrimiento fetal (41,2%) y parto disfuncional (29,4%). Respecto a ello, el sufrimiento fetal agudo es una de las indicaciones que se repite con frecuencia en los diferentes estudios, esto debido a que la cesárea sería la culminación inmediata ante un evento que pone en riesgo el bienestar fetal.

En lo que se refiere a complicaciones maternas, en el presente estudio se registró hemorragia post parto (1,59%) y trauma perineal (desgarro) en el grupo de parto vaginal (11,11%), en el caso de las pacientes que culminaron su gestación por cesárea se presentó hemorragia post parto (5%). En contraste con el estudio de Curahua L. (2014) en donde describió que el grupo de parto vaginal presentó más complicaciones durante el parto como trauma perineal (29%), alumbramiento incompleto (8%) y desgarros cervicales (4%), a diferencia del grupo de parto por cesárea que principalmente presentó hemorragia intraparto (8,1%).

Según el tipo de infección puerperal, para el grupo de parto vaginal se observó endometritis (0,79%), para el grupo de cesárea (3,75%) e infección de herida operatoria (6,25%). A igual que Morales D. (2015) en donde determinó que las pacientes que culminaron su gestación por

cesárea presentaron un 2,9% casos de endometritis y 2% de infección de herida operatoria.

No se reportó ningún caso de rotura uterina, histerectomía y muerte materna para ambos grupos. Al igual que Pérez M. (2015), en la que registró la no existencia de ninguna de estas complicaciones. Difiere con Morales D. (2015), donde reportó 1 caso de rotura uterina para el grupo de parto vaginal.

Según el número de complicaciones maternas por pacientes, se observa que predomina con 33,75% con una complicación en el grupo de parto por cesárea y 15,87% para parto vaginal. Los resultados difieren con Pérez (2015), donde determino que solo un 0,5% registró complicaciones maternas en el parto vaginal y que apenas un 0,8% las tuvo en el parto por cesárea.

En lo que se refiere a complicaciones neonatales se observó que en el grupo de parto vaginal presentaron trauma obstétrico, como el cefalohematoma (1,59%) y caput succedaneum (6,35%) mientras que en el grupo de cesárea éste último fue (6,25%). Similar a los hallazgos del estudio de Morales (2015) donde encontró que para el grupo de parto vaginal el 39,6% sufrió de trauma obstétrico, mientras que se reportaron 5,9% de casos en el grupo de cesárea.

Según las complicaciones respiratorias se reportó taquipnea en el grupo de parto vaginal (1,59%) e hipoxia (0,79%), en cuanto al grupo de cesárea hubo taquipnea (3,75%). A diferencia del estudio de Morales (2015) donde reportó (7,8%) de síndrome de dificultad respiratoria y ningún caso en parto vaginal.

Según el líquido amniótico meconial, se observa que el 3,75% del grupo de cesárea presentó líquido meconial verde espeso, no observándose ningún caso para el grupo de parto vaginal. Similar al estudio de Morales (2015) donde determinó que hubo el 9,8% presentó líquido amniótico meconial espeso en cesárea y el 25% verde fluido en parto vaginal.

En la valoración APGAR menor igual a 7 a los 5 minutos se presentó 1 caso (0,79%) para el grupo de parto vaginal y 3 casos (3,75%) para cesárea. Similar al estudio de Reyes (2015) en los resultados perinatales se encontró; en el grupo de cesárea electiva repetida 1 caso de Apgar <7 a los 5 minutos. La necesidad de uso de ventilación mecánica en el grupo de parto vaginal fue 0,79% y para cesárea el 2,50; cifra que difiere con Morales (2015) con el 4% en cesárea.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos concluir que:

1. El número de complicaciones materno neonatales se asocia con la vía de culminación del parto en pacientes con cesárea previa.  
( $p < 0,024$ )
2. La vía de culminación del parto de las pacientes estudiadas fue de 80 pacientes que culminaron su gestación en una cesárea iterativa (38,83%) y 126 pacientes que culminaron su gestación en un parto vaginal (61,17%).
3. El motivo principal de cesáreas iterativas fue por sufrimiento fetal agudo (31,25%), seguido de trabajo de parto disfuncional (22,50%), macrosomía fetal (12,50%).
4. Las principales complicaciones maternas en el grupo de parto vaginal fueron; el trauma perineal, alumbramiento incompleto y anemia; y en el grupo de parto por cesárea fueron la endometritis, infección de herida operatoria, dehiscencia y anemia.
5. Las principales complicaciones neonatales, la morbilidad respiratoria sigue siendo la principal desventaja de que un parto culmine en cesárea.

## RECOMENDACIONES

1. Mejorar las estrategias educativas hacia las mujeres con cesárea previa sobre la posibilidad de optar por un parto vaginal y los beneficios que conlleva tanto para la madre como para el recién nacido.
2. Disminuir la incidencia de cesáreas mejorando la calidad de atención prenatal con el fin de que las pacientes estén bien informadas y empoderadas sobre su salud y la toma de buenas decisiones para su beneficio.
3. A los profesionales de la salud y futuros profesionales: realizar futuras investigaciones que complementen esta investigación y estructurar guías para la atención de gestantes con antecedente de cesárea previa y uniformizar criterios para la adecuada selección de las gestantes candidatas para una prueba de parto vaginal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Human reproduction progame [Internet] 2015 [Fecha de consulta: Agosto 2017]; 1-8 URL disponible en [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/)
2. Essalud. Estadística institucional. ESSALUD Perú. [Internet]. 2015. [Citado en 20/05/2017]; Vol. 4: 6,9 pag. Disponible en:<http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>
3. Espino E. Complicaciones Materno – Neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016. Tesis posgrado. Universidad Norbert Wiener; 2017.
4. Reyes C. Resultados adversos materno-perinatales en gestantes sometidas a cesárea electiva repetida y prueba de trabajo de parto posterior a cesárea, Hospital Victor Lazarte Echeagaray, período 2012-2013. Tesis posgrado. Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
5. Edwin B. Craigin. Conservatism in obstetrics. New York: Med J 1916; 104: 1-3.

6. Ramírez J. Complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa: Instituto Nacional Materno Perinatal-2007. [Tesis], Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2007.
7. Fernández C. Las intervenciones quirúrgicas. Rev. médica México IMSS. [Internet] 2015. [Citado en 01/08/2018]; 43:512. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im056j.pdf>
8. Rodríguez E. Vía de parto tras cesárea anterior : factores asociados. Universidad de Chile. [Internet]. 2010. [Citado en 11/10/2017]; Pág.62 (1-9). Disponible en: [//www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-via-parto-tras-cesarea-](http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-via-parto-tras-cesarea-)
9. Mozo E. Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. Tesis Doctorado. Universidad Complutense de Madrid; 2014.
10. Curahua L. Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno perinatal durante el primer semestre del año 2014. Tesis posgrado. Universidad Mayor de San Marcos. Lima; 2014.
11. Morales L. Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa

atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Tesis posgrado.  
Universidad Mayor de San Marcos. Lima; 2015

12. Wisa M. Culminación del parto en gestantes con cesárea previa  
atendidas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD de  
Tacna junio 2012 a junio 2013. (Tesis licenciatura). Universidad  
Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna; 2014.

13. Valderrama W. Vía de culminación del parto y factores favorables  
para un parto vaginal en gestantes con cesárea anterior que acuden  
al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital III Daniel Alcides  
Carrión -ESSALUD, Tacna, julio-diciembre 2016. (Tesis de  
licenciatura). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann  
.Tacna; 2016.

14. Jubiz A Botero J. Texto Integrado De Obstetricia y Ginecología.  
4ed. Colombia 1999 Citado en [01/03/2018] Disponible en Formato  
URL: <http://www.encolombia.com/>

15. Gary Cunningham F, Leveno Kenneth J, Steven Bloom L. Williams  
Obstetricia. 23ava edic. Interamericana MH, editor. Interamericana;  
2010. 500-502-544 Citado en [01/03/2018] p. Disponible en:  
<https://books.google.com.pe/>

16. Quispe A, Santivañez A, Leyton I, Pomasunco D. Cesareas en siete hospitales públicos de lima: análisis de tendencia en el periodo 2001 – 2008. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1): 45-50.
17. Saldívar D, Cabero L. Operatoria Obstétrica: Una revisión actual. En: Finalización del embarazo con cesárea. 1° edición; Editorial Medica Panamericana. 2009; 223-224
18. Sistema integral de Salud, Atención de Partos Normales y Cesáreas I semestre 2017. Citado en [15/09/2017] disponible en: [http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/archivos/boletines/ResumenEjecutivo\\_2017\\_01\\_AL\\_06.pdf](http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/archivos/boletines/ResumenEjecutivo_2017_01_AL_06.pdf)
19. Boletín Epidemiológico del Perú SE 47-2017. Citado en [01/05/2018]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/>
20. Echáis J. cesárea, experiencia en el hospital de Oxapampa. Rev Peru Gineco y Obstetricia 2014. Citado en [02/02/2018]; 50:5–9. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php>
21. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. Boletín Epidemiológico del Perú SE 16-2017, Citado en [10/07/2018]; 514 p. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/16.pdf>
22. L. Cabero, D. Saldívar, E. Cabrillo (eds.) Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Editorial medica Panamericana, Madrid España

;2007 Citado en [02/02/2018]; Disponible en:  
<https://books.google.com.pe/>

23. M<sup>a</sup> Gádor Manrique Fuentes COMPLICACIONES DE LA CESÁREA, Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada URL disponible en:  
[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones\\_cesarea.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf)
24. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. p 296 – 302.2014
25. Scott J. Parto Por Cesárea. En: Tratado de Obstetricia y Ginecología Ed. interamericana, México 1999.
26. Mastrobattista J. Parto vaginal después de cesárea. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales, Chile. 1999. Citado en [02/02/2018] Disponible En: <http://escuela.med.puc.cl>
27. Colegio americano de Obstetras y Ginecólogos. Parto vaginal después de parto por cesárea anterior. USA. 1998.  
<https://www.acog.org/>
28. Gallo M, Al. E. Monitorización Biofísica Fetal. 6ta edició. Edición Iberoamericana, editor. España; 2011.34,40 p.

29. Pellicer Martínez A. Obstetricia y Ginecología, Guía de actualización. 2da edición. Panamericana E, editor. Ariel Ciencia. España. [Internet]. 2013. Citado en [13/07/2017]; 196, 198, 727 p.
30. Stovall T G, Shaver D C, Solomon S K, et al. Prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior, excluyendo la cesárea clásica. *Obstet Gynecol.* 1987; 70: 713-7
31. Dra Salazar L. El parto y sus beneficios, Universidad De Los Andes Facultad de Medicina Departamento de Obstetricia Y Ginecología 2016, Citado en [15/09/2017]; Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/>
32. Poblete Lizana JA. Alto Riesgo Obstétrico. 2da edición. UCL E, editor. Chile. 2015. Citado en [01/02/2018]; 234, 335 p.
33. Panamericana, editor. Obstetricia Clínica. 2da edición. Interamericana; 2005. Citado en [01/02/2018]; 147-189 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/Obstetricia.clinica>
34. UNICEF, complicaciones del recién nacido, 2016 Citado en [15/09/2017]; disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/>
35. MINSA. Norma Técnica para la Atención neonatal de salud neonatal Ministerio de Salud. [Internet] 2015. Citado en [19/10/2018]; 31 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3281.pdf>

36. Díaz Portillo J, Orgaz Morales T, Roviralta Arango JE. Guía Metodológica de Investigación en Ciencias de la Salud. 2010.1034-1034.
37. Pérez M. Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa. (Tesis posgrado). Universidad San Martín de Porres. Lima; 2015.
38. Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado. Servicio de Gineco – Obstetricia, pagina web: [www.hospitalsantarosa.gob.pe](http://www.hospitalsantarosa.gob.pe)

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### Ficha de recolección de datos

#### I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: 20-25años \_\_\_ 26-30 años \_\_\_ 31-35 años \_\_\_
2. Estado Civil: Casada \_\_\_ Conviviente \_\_\_ Soltero \_\_\_ Viuda \_\_\_
3. Grado de instrucción: Primaria: \_\_\_ Secundaria: \_\_\_ Superior Universitario \_\_\_ Superior Técnico: \_\_\_ Analfabeta \_\_\_
4. Ocupación: Ama de casa \_\_\_ Empleada \_\_\_ Independiente \_\_\_

#### II. DATOS OBSTETRICOS:

1. Nº de controles prenatales: Ninguno \_\_\_ Menos de 6 CPN \_\_\_ De 6 a más CPN \_\_\_  
Edad gestacional al momento del parto: \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál fue el motivo de la cesárea previa?: \_\_\_\_\_
3. Forma de culminación del embarazo actual: Cesárea \_\_\_ Parto vaginal \_\_\_
4. Si la respuesta es cesárea, ¿Cuál fue el motivo?: \_\_\_\_\_
5. periodo intergenésico 2 a 5 años \_\_\_ 6 a 10 años \_\_\_ 11 a 15 años

#### III. COMPLICACIONES MATERNAS:

1. Rotura uterina  
SI \_\_\_ NO \_\_\_
2. Hemorragia postparto  
SI \_\_\_ NO \_\_\_
3. Desgarro perineal  
NO \_\_\_  
Desgarro grado I \_\_\_  
Desgarro grado II \_\_\_  
Desgarro grado III-IV \_\_\_
4. Infecciones puerperales  
NO \_\_\_  
Endometritis  
Infección de herida operatoria  
Otro \_\_\_
5. Histerectomía  
SI \_\_\_ NO \_\_\_
6. Muerte materna  
SI \_\_\_ NO \_\_\_

7. Otras complicaciones

NO\_\_\_

SI\_\_\_ ¿cuál?

**IV.COMPLICACIONES NEONATALES**

1. Trauma obstétrico

SI\_\_\_ NO\_\_\_ ¿Cuál?\_\_\_

2. Complicaciones respiratorias

SI\_\_\_ NO\_\_\_

3. Líquido amniótico meconial

Fluido\_\_\_

Espeso\_\_\_

NO\_\_\_

4. Uso de ventilación mecánica

SI\_\_\_ NO\_\_\_

5. APGAR menor igual a 7 a los 5 min

SI\_\_\_ NO\_\_\_

6. Muerte neonatal

SI\_\_\_ NO\_\_\_

7. Otras complicaciones

SI\_\_\_ ¿Cuál?

NO\_\_\_

Elaborado por: Morales Máximo Diana Katherine en el estudio: Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015

## ANEXO II

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACION	HIPOTESIS	VARIABLES
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la asociación entre el número de complicaciones materno neonatales y la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - 2017?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la asociación entre el número de complicaciones materno neonatales y la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - 2017.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>a) Determinar la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa.</p> <p>b) Identificar el motivo de cesárea iterativa de las pacientes con cesárea previa.</p> <p>c) Identificar según la vía de culminación del parto las complicaciones materno-neonatales de pacientes con cesárea previa.</p>	<p>Es importante, porque uno de los objetivos a nivel mundial es disminuir la incidencia de cesáreas, ya que ésta puede aumentar las tasas de morbilidad materno-perinatal por las complicaciones y discapacidades significativas que pueden producir e incluso la muerte, además de un período de recuperación y un costo mayor que el parto vaginal.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>El número de complicaciones materno neonatales se asocian significativamente con la vía de culminación del parto en pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado - 2017.</p>	<p>Variable dependiente: complicaciones maternas neonatales</p> <p>Variable independiente : vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa</p>