

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“TIPO DE PARTO Y COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN  
PACIENTES CON CESÁREA PREVIA: HOSPITAL II ESSALUD AYACUCHO,  
ENERO 2017 – JULIO 2019”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
OBSTETRA**

**PRESENTADO POR:**

Bach. QUISPE FERNÁNDEZ, Noemí Jeanet

Bach. SÁNCHEZ LOPEZ, Mayumi Jhakelyn

**ASESORA:**

Mg. SÁNCHEZ HUAMANÍ, Edda Milagros

**AYACUCHO - PERÚ**

**2020**

## **DEDICATORIA**

*A Dios, por permitirme finalizar esta etapa de mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me ha dado fortaleza para alcanzar mis metas.*

*A mi Madre por ser mi guía y fuente de motivación e inspiración para seguir adelante.*

*A mi hermana, sobrina, abuelita, tía por su cariño y apoyo incondicional.*

**Noemí Jeanet**

## ***DEDICATORIA***

*A Dios Por darme salud y sabiduría a lo largo del estudio universitario.*

*A mis padres y hermanas, por estar a mi lado en esta etapa de mi pregrado, por brindarme su apoyo incondicional y permitirme cumplir mis metas.*

*A mis maestros por el tiempo y esfuerzo que dedicaron a compartir sus conocimientos; gracias.*

***Mayumi Jhakelyn***

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darnos vida y sabiduría durante todo el desempeño de nuestra carrera.

A todas las personas que han formado parte de nuestra vida universitaria: docentes, amigos y compañeros que hicieron una etapa de vivencias que nunca olvidaremos; pacientes que nos enseñaron el amor a nuestra carrera.

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; por habernos acogido durante los años de formación profesional.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia por ser el escenario de nuestra formación.

A nuestra asesora: Mg. Sánchez Huamani, Edda Milagros, por brindarnos sus conocimientos, sugerencias y orientación para realizar éste trabajo, a los miembros del jurado: Dra. Alcarraz Curí Luisa, Mag. Pino Anaya Roaldo y Mag. Alarcón Vila, Pavel Antonio; ilustres docentes universitarios, de amplia trayectoria en el campo de la investigación científica por haber asumido la importante tarea de la corrección y perfeccionamiento de ésta investigación.

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	7
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Situación problemática .....	09
1.2. Planteamiento del problema .....	10
1.3. Formulación del problema .....	11
1.4. Objetivos .....	13
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes .....	14
2.2. Base teórica-científica .....	18
2.2.1. Parto .....	18
Tipo de parto .....	19
2.2.2. Cesárea .....	18
Definición .....	18
Indicaciones .....	20
Riesgos de la cesárea .....	20
2.2.3. Cesárea previa .....	21
2.2.4. Parto vaginal en cesárea previa .....	21
Frecuencia .....	22
Factores a tomar en cuenta .....	22
Ventajas .....	22
2.2.5. Complicaciones maternas en cesárea previa .....	23
2.2.6. Complicaciones perinatales en cesárea previa .....	24
2.3. Hipótesis .....	24
2.4. Variables .....	25
2.5. Definición conceptual y operativa de términos .....	25
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1 Tipo de investigación .....	28

3.2.Enfoque de investigación.....	28
3.2.Nivel de investigación .....	28
3.2.Diseño de investigación.....	28
3.3.Población .....	28
3.3.Muestra .....	28
3.4.Muestreo .....	28
3.5.Criterios de inclusión y exclusión.....	28
3.6.Técnicas e instrumentos de investigación.....	28
3.7.Procedimiento de recolección de datos.....	28
3.8.Procesamiento y análisis de datos e información .....	28
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>30</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>42</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>48</b>

## INTRODUCCIÓN

“El parto, como todo acto fisiológico debería llevarse sin complicaciones sin embargo a medida que avanza la tecnología y mejora la capacidad de los profesionales se incrementa la incidencia de cesárea, siendo una indicación el antecedente de cesárea previa” <sup>(1)</sup>. En caso que el antecedente de la cesárea no se vuelva a repetir, el parto vaginal es la mejor opción con una tasa de éxito del 60% a 80%, con 1% de riesgo de rotura uterina, por otro lado, la cesárea previa genera una alta incidencia de morbimortalidad materno-perinatal, a medida que aumenta el número de cesáreas aumenta el riesgo de: infección de herida operatoria, atonía uterina, ruptura uterina, transfusión sanguínea, lesión de órganos vecinos y otros <sup>(2)</sup>.

A inicios del siglo XX fue considerado la idea “una vez cesárea, siempre cesárea”, cabe resaltar que en mencionado tiempo la técnica aplicada fue la incisión corporal lo cual incrementaba la rotura uterina. En la actualidad estas aceptaciones se han modificado, considerando que “una cesárea no siempre debe llevar a otra cesárea”, bajando la incidencia de cesárea, bajo esta problemática la evaluación de la paciente por el ginecobstetra cumple una función trascendental, incidiendo en el diagnóstico que causó la cesárea anterior y otras condiciones <sup>(3)</sup>.

Según el Instituto Nacional Materno Perinatal, la Oficina de Estadística e Informática reportó en los años 2006 y 2007 casos de cesárea registraron el 39.5% y 37.2% respectivamente, con ascenso para los años 2012 y 2013 (44.3% y 44.5%), de los cuales el 50% fue por cesárea anterior, teniendo repercusiones tanto en la madre como en el recién <sup>(4)</sup>. En base a estos reportes, la investigación del tipo de parto y complicaciones materno perinatales en pacientes con cesárea previa es de importancia, siendo una de las prioridades de investigaciones en

salud materna y perinatal que es la atención de parto humanizado, evaluando riesgo/beneficio de la vía de parto.

Bajo este contexto, el propósito general de la investigación fue: conocer el tipo de parto y complicaciones maternas perinatales en pacientes con cesárea previas atendidas en el Hospital II EsSalud Ayacucho, enero 2017 a Julio 2019, mediante una investigación aplicada, correlacional de corte transversal y retrospectivo. Demostrándose que del 100% (222) pacientes, el tipo de parto más frecuente es la cesárea en 82.43% (183) de los cuales el 18% (40) presentaron anemia y 17.57 % (39) fue parto vaginal de los cuales el 8.1% (18) presentaron desgarro perineal; el 13.5% (30) neonatos presentaron dificultad respiratoria los neonatos procedentes de cesárea, en comparación con el 0.5% (1) taquipnea transitoria en neonatos procedentes del parto natural.



## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1.SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) para el año 2010, estableció, un indicador de calidad asistencial, la tasa mayor 40% de partos vaginales de pacientes con cesárea anterior, debido a los beneficios como: periodo de recuperación más corta y evitar complicaciones maternas a largo plazo a causa de la cesárea (lesiones quirúrgicas, hemorragias, anormalidades en la placentación). Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomiendan intentar el parto vaginal después de cesárea como una estrategia para disminuir las incidencias de cesárea debido a la morbilidad materno perinatal <sup>(5)</sup>.

En Buenos Aires - Argentina 2007; cuya investigación titulada “Parto vaginal después de una cesárea”, demostró que las pacientes con cesárea anterior culminaron su embarazo por vía vaginal tuvieron dehiscencia parcial de episiorrafía; por otro lado las que terminaron en cesárea tuvieron rotura uterina, dehiscencia de herida operatoria e histerectomía <sup>(6)</sup>

Según la revista cubana de medicina militar 2011, en su investigación “Complicaciones materno-perinatales del parto vaginal y de la cesárea repetida en pacientes cesareadas anteriormente”. Se realizó un estudio en 129 gestantes con cesárea previa de los cuales el 72.9% tuvieron parto vaginal y 27.1% cesárea. Las complicaciones perinatales diagnosticados fue: muerte perinatal, 5 casos de depresión neonatal en parto vaginal y 6 de cesárea <sup>(7)</sup>.

Debido a las altas incidencias de gestantes con antecedente de cesarea, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el año 2016; propuso dentro de los Objetivos Sanitarios para el 2020 la reducción de cesáreas y propone establecer guías de actuación. Tomando como línea de base que el 17.9% de las cesáreas se pueden evitar<sup>(8)</sup>.

En nuestro país en el año 2010, se evidenció un incremento en la tasa de cesárea entre 20.2%, siendo una de las causas más frecuentes la cesárea anterior, reduciendo las condiciones para el parto natural<sup>(9)</sup>.

En el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), se elaboró un estudio de 1591 pacientes con cesárea previa atendidas entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2009. Reportando que la tasa de partos vaginales fue 19% (302) y 81% (1289) cesárea; se presentó 18 casos de endometritis, 4 casos de transfusión sanguínea, 3 casos de infección de herida operatoria en el conjunto de pacientes cesáreadas; 2 casos de endometritis en el grupo de parto vaginal<sup>(10)</sup>.

En Lambayeque en el 2011, en un estudio sobre indicación de cesárea, reporta que el 33.6% fue intervenida por tener cesárea anterior, sin tener en consideración las sugerencias de la Organización Mundial de Salud, una paciente puede tener parto natural a pesar de tener una cesárea previa<sup>(11)</sup>.

En el Hospital Regional de Huacho, 2011 – 2012 reportó los siguientes datos; las complicaciones maternas y perinatales más resaltante de la cesárea y del parto natural fueron; anemia (50.8% vs 39.3%) y depresión neonatal (61.9% vs 44%) respectivamente<sup>(2)</sup>

Estudios realizados en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el 2015, reportó que la mayoría de las pacientes presentaron; anemia, trauma perineal y fiebre puerperal<sup>(12)</sup>.

## **1.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la región de Ayacucho según datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica durante el periodo 2006 a 2010 se registraron 59 muertes maternas cuya causa principal fue: hemorragia (52.5%), toxemia (32.2%) e infección (11.9%). Con respecto a la mortalidad perinatal la principal causa fue: sepsis bacteriana (15.8%), asfixia del nacimiento (7.6%), prematuridad extrema (7.26%), asfixia severa (5.6%) y dificultad respiratoria (84.7%) siendo las primeras causas de mortalidad 60.26% (13) . Según reportes del Sistema de Vigilancia

Epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias durante el año 2018, reportó alta tasa de infección de herida operatoria <sup>(14)</sup>.

El parto en pacientes con cesárea previa es un factor que predispone el incremento de complicaciones maternas como: hemorragia, transfusión de sangre, infección, trombosis venosa profunda, lesión de órganos vecinos, adherencias. Es así que los recién nacidos pueden presentar problemas respiratorios como; taquipnea transitoria, síndrome de dificultad respiratoria, asfixia neonatal <sup>(15)</sup>.

Estudios realizados en el hospital II EsSalud – Ayacucho durante el año 2018, reportó que “Las principales indicaciones para la cesárea electiva fue la cesárea anterior y la distocia de presentación con 28% respectivamente. La principal indicación de la cesárea de urgencia; fue el sufrimiento fetal con 33.3%” <sup>(16)</sup>

El hospital II EsSalud - Ayacucho, ubicado al sur de la ciudad de Huamanga, en el distrito de San Juan Bautista en el departamento de Ayacucho, categorizado como un Hospital tipo II, al igual que en otros nosocomios la incidencia de cesárea ha aumentado significativamente, cuya principal indicación es la cesárea previa, conllevando en lugar de solución en un problema de salud pública acarreado complicaciones como: rotura uterina, desgarro perineal, cesárea intraparto, infección de herida operatoria y morbimortalidad perinatal. En la actualidad el hospital II EsSalud - Ayacucho no cuenta con un sistema de registro integrado de pacientes con cesárea previa y son escasos los estudios relacionados al tema, mucho se ve en la práctica clínica pacientes hospitalizadas con plan de cesárea programada por cesárea previa, sin darle la oportunidad de elegir el tipo de parto, siendo un tema prioritario dentro de la problemática en salud. Bajo la problemática expuesta se plantea el presente trabajo de investigación.

### **1.3.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **PROBLEMA GENERAL**

¿Cuál es el tipo de parto y complicaciones materno perinatales en pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital II EsSalud Ayacucho, enero 2017 - julio 2019?

#### **PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

1. ¿Cuál es frecuencia de pacientes con cesárea previa?
2. ¿Cuál es el tipo de parto en pacientes con cesárea previa?

3. ¿Cuáles son las complicaciones maternas en pacientes con cesárea previa según el tipo de parto?
4. ¿Cuáles son las complicaciones perinatales en pacientes con cesárea previa según el tipo de parto?
5. ¿Cuáles son las indicaciones para la última cesárea?
6. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricos?.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer el tipo de parto y complicaciones materno perinatales en pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital II EsSalud Ayacucho, enero 2017 - julio 2019.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar la frecuencia de pacientes con cesárea previa.
2. Determinar el tipo de parto en pacientes con cesárea previa.
3. Determinar las complicaciones maternas en pacientes con cesárea previa según el tipo de parto.
4. Determinar las complicaciones perinatales en pacientes con cesárea previa según el tipo de parto.
5. Conocer las indicaciones para la última cesárea.
6. Conocer las características sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricos.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

**Sandeliz et al. (África-2008).** Parto fisiológico en pacientes con cesárea previa en la Maternidad del Hospital Central de Windhoek, Namibia, entre enero y diciembre de 2008. **Método.** Estudio descriptivo transversal. **Objetivo.** Reducir el número de cesáreas. **Procedimiento.** Se revisaron las historias clínicas para obtener información necesaria, se creó una base de datos que permitió el análisis estadístico. **Conclusión.** El 62.9% fue cesárea y el (37.1%) parto fisiológico. La mayoría de estas parturientas tenían 20 a 25 años <sup>(17)</sup>.

**Valdivieso Mozo, E. (Madrid, 2014).** Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa Madrid, 2014. **Método.** Investigación observacional, comparativo – correlacional, longitudinal. **Objetivos.** 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. **Resultado.** Del total (110) pacientes con cesárea previa, 42 optaron por cesárea iterativa como parto preferido y 68 parto natural; de éstas, el 55 (80.88 %) tuvieron parto vaginal exitoso y 13 fue parto por cesárea después de iniciar el trabajo de parto. **Conclusión.** En este estudio, se ha demostrado que el parto fisiológico es seguro y el riesgo de presentar complicaciones es mínimo <sup>(18)</sup>.

**Hernández Córdova, L. (Ecuador-2016).** Complicaciones obstétricas en gestantes con cesáreas previas en el Hospital León Becerra de la ciudad de Milagro. Período 2015 – 2016. **Método.** Estudio retrospectivo, cuantitativo, descriptivo, no experimental. **Objetivo.** Determinar las complicaciones obstétricas que se presentan en gestantes con cesárea previa. **Conclusión.** Del 100% de pacientes con cesárea previa, el 82% de pacientes culminaron su embarazo por cesárea y el 18% parto natural. Presentaron complicaciones maternas como;

dehiscencia 7%, el sufrimiento fetal 39%, la ruptura uterina el 3%. Encontramos que el periodo entre un embarazo y otro es de >1 a 3 años, el 38% entre 3 a 5 años, el 14 % mayor de 5 años. Clasificando a las gestantes según su edad podemos afirmar que el 52% tienen 31 – 35 años y el 3% tienen 41 – 45 años. **Resultados.** La principal complicación es el sufrimiento fetal en 39%, dehiscencia en el 7% y ruptura uterina en el 3%, poniendo en riesgo la vida materna y fetal <sup>(19)</sup>.

**Granados y Quito Santos. (Huacho, 2013).** Complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas, Hospital Regional de Huacho, 2011-2012. **Objetivo.** Evaluar la diferencia entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas. **Método.** Investigación retrospectiva, transversal, observacional, comparativo - correlacional. **Procedimientos.** Se utilizó como instrumento de análisis la distribución de frecuencias, cuadros de doble entrada, gráficos de frecuencia, así como la prueba del Chi cuadrado para evaluar su relación con los antecedentes maternos. **Resultados.** Reportó un aumento frecuente de partos en pacientes con cesárea anterior, la cual el 59.9% en el 2011 subió a 64.1% para el año 2012, con respecto a las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea versus parto vaginal; el (50.8% vs. 39.3%) presentaron anemia y el (61.9% vs 44%) depresión neonatal. De las pacientes que culminaron su parto por cesárea, el 44.6% tenían 18 a 34 años, el 63.1% son multíparas, el 31.6% tiene período intergenésico mayor de 2 años; situación contraria en el parto natural donde el 33.3% tienen 18 a 34 años, el 54.7% son primíparas, el 32.1% período intergenésico mayor de 2 años. **Conclusión.** Se evidencia alta incidencia de complicaciones obstétricas y perinatales en las pacientes sometidas a cesárea <sup>(2)</sup>.

**Gil Clares, D. (Ica, 2014).** Parto vaginal en gestantes con cesárea previa atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, durante el periodo de enero a diciembre del 2014. **Método.** Estudio Analítico, observacional, retrospectivo y transversal. **Objetivo.** Determinar los factores asociados a parto vaginal en gestantes con cesárea previa atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, durante el periodo de enero a diciembre del 2014. **Procedimiento.** El cálculo de asociación entre variables cualitativas se realizará a través de la prueba de Chi cuadrado, considerándose significativo si  $P < 0.05$ . **Resultado.** Las pacientes con cesárea anterior fueron sometidas a prueba de trabajo de parto vaginal con una tasa de éxito del 80% (125) y re intervención en el 19.9% (31). La principal causa de la

cesárea fue: trabajo de parto disfuncional 41.9% (13), sufrimiento fetal 12.9% (4), otras 32.3%. La mayoría de las pacientes tenían de 26 a 30 años con una tasa exitosa de parto fisiológico del 76.4% (42); en grupo etario de 31 a 35 años con 87.5% (35) y en el grupo de riesgo alto de 36 a más fue 78.78% (26). Del grupo de pacientes que falló la prueba del trabajo de parto vaginal tenían 26 a 30 años siendo el 41.9% (13) de este grupo. **Conclusión.** La frecuencia de parto natural en gestantes con cesárea anterior representa el 80.1%. Los factores maternos asociados a parto vaginal son: periodo intergenésico entre 2-4 años, antecedente de parto vaginal tras cesárea anterior y edad gestacional menor de 40 semanas. Los factores neonatales asociados a parto vaginal el peso menor a 4000g <sup>(20)</sup>.

**Pérez, Melissa. (Lima, 2014).** Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previo en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período comprendido entre 01 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2014. Lima-Perú. (21) **Método.** Observacional, analítico y retrospectivo. **Objetivo.** Determinar la asociación entre el tipo de parto y las complicaciones perinatales y obstétricas del parto vaginal en gestantes con cesárea previa. Muestra de 132 gestantes. **Resultados.** Reportó que el 2.6% (5) presentaron complicaciones y fue parto vaginal; mientras que el 0.8% (1) presentaron complicaciones maternas y fue cesárea. Sin embargo, el 2.1% (4) presentaron complicaciones perinatales durante el parto vaginal y el 0.8% (1) presentó alguna complicación perinatal durante la cesárea. **Conclusión.** No hubo asociación significativa entre el tipo de parto y las complicaciones maternas y perinatales <sup>(21)</sup>.

**Huaquipaco Ana. (Arequipa-2015).** Características clínico epidemiológicas y complicaciones de gestantes con cesárea previa que tuvieron parto en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, EsSalud Cusco, 2014. **Métodos.** Descriptivo, retrospectivo y transversal. **Procedimiento.** Se utilizó la prueba T de Student y Chi cuadrado. **Objetivo:** Determinar las características clínico epidemiológicas y complicaciones de las gestantes con antecedente de una cesárea. La muestra estuvo conformada por 180 pacientes. **Resultados.** El 33.33%(60) fue parto vaginal y el 66.67% (120) cesárea. Las complicaciones maternas reportadas en 31 pacientes (17.22%). Las complicaciones del parto vaginal: 2 (1.11%) presentaron atonía, desgarro perineal y 1 (0.56%) retención placentaria. Las complicaciones de las cesáreas iterativas fueron: 1 caso (0.56%) de desprendimiento placentario, acretismo ruptura uterina y dehiscencia parcial de la cicatriz uterina. La mayoría de neonatos (88%) tuvieron peso adecuado. **Conclusiones.** El 33.33% fue parto vaginal y el 66.67% cesáreas



iterativas. Evidenciando que las pacientes sometidas cesárea son las que presentan mayores complicaciones maternas y perinatales <sup>(22)</sup>.

**Morales D. (Lima, 2015).** Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015. **Método.** Descriptivo comparativo y retrospectivo de corte transversal. **Objetivo.** Comparar las complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal. **Procedimiento.** Los datos obtenidos fueron registrados en la base de datos del Excel y el paquete estadístico SPSS. **Resultados.** Las complicaciones maternas más frecuentes de la cesárea fueron; hemorragia post-parto 2.9%, anemia leve 34.3%, anemia moderada 11.8%, inminencia de rotura uterina y síndrome adherencial 21.6%. Mientras que el 37.5% presentaron desgarro perineal 37.5%, el 52,1% anemia y el 4.2% otras complicaciones en el parto vaginal. Con respecto al neonato el 7.8% presentaron síndrome de dificultad respiratoria y el 5.9% taquipnea transitoria. **Conclusión.** El parto vaginal u cesárea son relativamente seguras <sup>(12)</sup>.

**Velazco G. (Tacna, 2018).** 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. **Método.** Investigación descriptiva, correlacional, retrospectiva y transversal. **Objetivo.** Determinar la asociación entre el número de complicaciones materno neonatales y la vía de culminación del parto. **Resultados.** Del total de pacientes; el 61.17% fue parto vaginal y el 38.83% cesárea. La causa fundamental de las cesáreas recurrentes fue el sufrimiento fetal agudo (31.25%), trabajo de parto disfuncional (22.50%) y macrosomía fetal (12.50%). La anemia y desgarro perineal fueron una de las principales complicaciones del parto vaginal; mientras que en el grupo de cesárea presentaron, infección de herida operatoria, endometritis, anemia y dehiscencia. Las complicaciones neonatales más relevantes se encuentran la morbilidad respiratoria siendo principal desventaja que el parto culmine en cesárea. **Conclusión.** Se encontró relación entre las complicaciones materno neonatales y la vía de culminación del parto <sup>(23)</sup>.

Aguilar y Curo (Ayacucho, 2018). **Frecuencia e indicaciones de cesárea electiva y de urgencia. Hospital II Carlos Tupppia Garcia Godos EsSalud de Ayacucho. Enero a marzo 2018. Método.** Estudio descriptivo, no experimental, retrospectiva y transversal. **Objetivo.** Conocer la tasa de frecuencia y las indicaciones de la cesárea electiva o de urgencia en el Hospital II Carlos Tupppia Garcia Godos EsSalud de Ayacucho. **Procedimiento.** se

aplico la prueba estadística de independencia de Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ) cuyo valor de  $p < 0.05$ .  
**Resultados.** Del total (132) cesareadas, la frecuencia de cesárea electiva es el 56.8% (75) y de urgencia fue el 43.2% (75). Las indicaciones más sobresalientes para una nueva intervención quirúrgica fue el antecedente de cesárea y distocia de presentación en 28.0%.  
**Conclusión.** Las indicaciones para la cesárea y la edad son factores relacionados al tipo de histerotomía con significancia estadística ( $p < 0,05$ ) <sup>(16)</sup>.

## **2.2. BASE TEÓRICA-CIENTÍFICA**

### **2.2.1. PARTO**

El parto es un proceso fisiológico a través del cual se finaliza la gestación, es de inicio espontáneo, generalmente evoluciona sin complicaciones y termina con el nacimiento del bebé, proceso en el cual se debe dar apoyo integral a la madre en donde influyen factores de diversa índole como físicos, psicológicos y socioculturales sin embargo existe el tipo de parto por cesárea o vaginal <sup>(1)</sup>.

### **TIPOS DE PARTO**

Proceso por el cual se expulsa del útero, el producto de la concepción, ya sea en forma espontánea y fisiológica constituyendo la eutocia (parto vaginal) o patológica en cuyo caso constituye la distocia (cesárea). <sup>(25)</sup>

### **2.2.2. CESÁREA**

La OMS (Organización Mundial de la Salud) sugiere una proporción de cesáreas necesarias de entre 10 y 15%, unos valores superiores a estas cifras, no demostraría la disminución de la mortalidad materno-fetal. Así mismo la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) también recomendó no sobrepasar la tasa del 15% de cesáreas <sup>(26)</sup>.

### **DEFINICIÓN**

“Es el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), ante una situación de peligro de la madre o del feto ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal” <sup>(29)</sup>.

### **TIPOS**

#### **A. Según los antecedentes obstétricos de la paciente**

**Cesárea previa:** Presencia de una cesárea anterior.

**Cesárea iterativa:** Indicación de cesárea por tener antecedente de 2 o más cesáreas (29).

## **B. Según indicaciones**

**Cesárea Electiva:** “Intervención quirúrgica programada determinada durante el control prenatal, permitiendo la preparación antes del parto” (29).

**Cesárea de Emergencia:** “Procedimiento quirúrgico empleada por la presencia de alguna complicación materna o fetal” (29).

**Cesárea en curso de parto:** “Realizada en el transcurso del parto por problemas tanto de la madre o el feto que justifique la cesárea, que no indiquen riesgo inminente para la gestante o el feto” (29).

## **C. Según técnica quirúrgica**

### **Segmentaria:**

- Transversal o arciforme (tipo Monrro Kerr):

La incisión se emplea transversalmente en el segmento uterino, en la zona pasiva del órgano con mínima pérdida de sangrado y mejor cicatrización, permite la fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos posteriores y así como pocas adherencias post operatorias. Es la técnica quirúrgica usualmente empleada por las diversas ventajas (30).

- Longitudinal (tipo Lee Beck):

“Se aplica la incisión vertical y se emplea sobre el segmento y parte del cuerpo uterino” (30).

### **Corporal clásica:**

“Secciona la matriz a nivel del cuerpo, es decir en la parte más activa del órgano, presenta mayor complicación de sangrado y dehiscencia de cicatriz en gestaciones posteriores, se indica cuando hay densas adherencias por la intervención quirúrgica anterior, ocasionando placenta previa de inserción anterior, inaccesibilidad al segmento uterino y feto en transverso” (30).

## **INDICACIONES**

- Cesárea iterativa
- Cesárea anterior
- Periodo inter genésico corto
- Distocia de presentación
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Incompatibilidad céfalo pélvica.
- Estrechez pélvica
- Prolapso de cordón umbilical
- Macrosomía fetal
- Sufrimiento fetal agudo
- Infección por Herpes activa
- Tumores obstructivos benignos y malignos
- Cirugía uterina previa
- Infección por VIH <sup>(30)</sup>.

Indicaciones relativas; son aquellas en que se elige la cesárea como mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también alguna otra opción. Son casos que por lo tanto tendrán que ser analizados detenidamente antes de adoptar una decisión <sup>(30)</sup>.

- Distocia del trabajo de parto
- Anomalías fetales
- Embarazo múltiple
- Asimetría pélvica
- Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia
- Preeclampsia severa, eclampsia, Síndrome de Hellp
- Insuficiencia cardio-respiratoria.
- Enfermedad oftalmológica.
- Papiloma virus humano.

## **RIESGOS DE LA CESÁREA**

Es toda desviación o evento adverso del proceso de recuperación que se espera después de una intervención quirúrgica, al realizar una nueva cesárea incrementa el riesgo hemorragia, necesidad de transfusión sanguínea, infecciones, daño de órganos vecinos principalmente vejiga e intestinos debido a la presencia de adherencias lo cual incrementa la dificultad para realizar la cirugía, además de dificultad de embarazos futuros, implantación anormal de la placenta (acretismo placentario,

placenta previa), ruptura uterina y problemas en los recién nacidos principalmente la taquipnea transitoria <sup>(31)</sup>.

### **2.2.3. CESÁREA PREVIA**

La Asociación peruana de ginecología y obstetricia (ACOG) manifestó:

Que una mujer con cesárea anterior debería ser orientada a intentar el parto natural, éstos cambios lograron que el éxito incrementara en partos naturales <sup>(32)</sup>.

La decisión de utilizar cualquiera de las dos vías de parto en gestantes con cesárea previa depende de múltiples factores como: número de cesáreas anteriores, tipo de incisión, progresión de trabajo de parto, dilatación; antecedentes Gineco-obstétricos como: periodo inter genésico, paridad, edad gestacional, peso del recién nacido, parto vaginal previo y características socio demográficos como: edad, grado de instrucción y estado civil en la posibilidad de presentar complicaciones <sup>(33)</sup>.

Elección del parto vaginal después de cesárea, presenta:

- Estancia hospitalaria corta
- Menor pérdida sanguínea
- Menos infecciones y eventos trombo embolicas.
- Menor del 1% de probabilidad de ruptura uterina
- Posibilidades de desgarro o episiotomía
- Dolor temporal y malestar alrededor de la vagina <sup>(33)</sup>.

Elección de cesárea iterativa, presenta:

- Estancia hospitalaria más larga que parto vaginal
- Mayor probabilidad de infección y eventos trombo embolicas.
- Lesión de órganos
- Dolor y malestar continuos alrededor de la incisión <sup>(33)</sup>.

### **2.2.4. PARTO VAGINAL EN CESÁREA PREVIA**

En la actualidad, se considera que el parto vaginal posterior a la cesárea es un procedimiento seguro, siempre que no existan contraindicaciones para optar ésta vía, ya que el antecedente de cesárea anterior no es una indicación para realizar una

intervención, por consiguiente, constituye una estrategia para disminuir la incidencia (33).

## **FRECUENCIA**

La tasa de éxito del parto por vía vaginal después de una cesárea oscila entre 62-89% llegando al 87-90% si ha tenido un parto vaginal previo.

## **FACTORES A TOMAR EN CUENTA**

### **1. Antecedentes gineco-obstétricos:**

**Periodo intergenésico:** período de tiempo comprendido entre un embarazo u otro. El periodo intergenésico menor 2 años en cesárea previa se verá reflejado en las propiedades de extensibilidad y contractibilidad.

- Periodo intergenésico corto (PIC); periodo < 2 años.
- Periodo intergenésico adecuado (PIA); periodo de 2 a 4 años.
- Periodo intergenésico largo (PIL); periodo > 4 años<sup>(35)</sup>.

**Paridad:** Clasificación de una mujer según el número total de hijos nacidos vivos y muertos se distingue las siguientes categorías: primípara (1 hijo), multípara (2 a 4), gran multípara (> 4 hijos)<sup>(25)</sup>.

**Edad gestacional:** Tiempo transcurrido desde la fecha de última menstruación hasta la actualidad clasificándose en: Pre término menos de 37 semanas, a término De 37 - 40 semanas, Post término 41 semanas completas o más<sup>(25)</sup>.

**Peso del recién nacido:** Es el peso registrado del neonato al momento del parto. Se distingue las siguientes categorías: recién nacido de bajo peso (<2500 gr), peso adecuado (2500-3999 gr) y macrosómico (>4000 gr)<sup>(25)</sup>.

**Indicación de la cesárea previa:** Causa que originó la cesárea anterior<sup>(25)</sup>

## **VENTAJAS**

### **Para la madre:**

- Mejora el aporte de oxígeno a la placenta y al bebé.
- Menor morbilidad postparto
- Menor estadía hospitalaria, bajo costo<sup>(33)</sup>.

### **Para el neonato:**

- Facilita la expulsión del líquido pulmonar y mejora la oxigenación.
- Mejor contacto madre-hijo y estimulación del apego más temprana<sup>(33)</sup>.

Tomando en cuenta el aspecto neonatal, se favorece grandemente la opción del parto vaginal, lo cual se evidencia una menor incidencia de hospitalización al comparar la situación con los niños nacidos por cesárea electiva. No se evidencian beneficios de la cesárea que mejoren el riesgo de patologías fetales como la encefalopatía hipóxica isquémica, hemorragia intracraneal, patologías respiratorias y mortalidad neonatal en general. Adicionalmente y respecto a la madre, la cesárea electiva se relaciona con mayor frecuencia a complicaciones propias del acto quirúrgico como problemas en la cicatrización de la herida, hematomas, seroma, infecciones puerperales, algunas complicaciones derivadas de la anestesia y mayor probabilidad de histerectomía obstétrica, (33) Sin embargo existe mayor posibilidad de presentarse trauma perineal, desgarros, entre otras complicaciones. Las mujeres cuyo primer parto se resolvió con cesárea, en un embarazo siguiente presentan una mayor probabilidad de rotura uterina, placenta previa y acretismo placentario, en comparación con mujeres que tuvieron parto vaginal <sup>(18)</sup>.

#### **2.2.5. COMPLICACIONES MATERNAS EN CESÁREA PREVIA**

**Infección del tracto urinario:** “Frecuencia entre 2-16%. Relacionada con el cateterismo uretral y el sondaje vesical continuo durante la cesárea y en primeras horas del post operatorio” <sup>(36)</sup>.

**Infección de la herida operatoria:** “Infección de la pared abdominal debido a la diseminación de gérmenes en el contenidos de la cavidad amniótica” <sup>(36)</sup>.

**Anemia:** “Disminución de la concentración de hemoglobina por debajo de los límites considerados como normales” <sup>(37)</sup>.

**Atonía uterina:** “Incapacidad del útero para contraerse de manera apropiada después del parto o cesárea, que impide que se realice una hemostasia fisiológica, conllevando a un sangrado significativo por vía vaginal y disminución de la consistencia del útero” <sup>(29)</sup>.

**Inminencia de ruptura uterina:** “Separación incompleta de la cicatriz uterina en la cual, la serosa se mantiene intacta y no influye con resultados maternos o neonatales adversos” <sup>(34)</sup>.

**Rotura uterina:** “Pérdida de continuidad de la pared uterina, que tiende a suceder antes o durante el parto. Es más frecuente en mujer que han tenido cesáreas o intervenciones quirúrgicas” <sup>(34)</sup>.

**Retención de restos placentarios:** “Expulsión incompleta de la placenta que ocasiona hemorragia uterina persistente, a la inspección de la placenta tiene falta de estructura de su superficie o presencia desgarras en las membranas”<sup>(38)</sup>.

**Desgarro perineal:** “Lesión perineal que puede afectar la mucosa, piel y/o los músculos que se localizan en el introito vaginal y el orificio anal”<sup>(38)</sup>.

#### **2.2.6. COMPLICACIONES PERINATALES EN CESÁREA PREVIA**

**Sepsis neonatal:** “Síndrome clínico de etiología infecciosa caracterizado por enfermedad sistémica en los primeros 28 días de vida”<sup>(39)</sup>.

**Fractura de clavícula:** “La presentación de hombros conlleva a la lesión del plexo braquial, la complicación peligrosa del parto natural, es muy complejo el predecir, a pesar de identificar los factores de riesgo como la obesidad, diabetes materna y macrosomía fetal”<sup>(40)</sup>.

**Síndrome de dificultad respiratorio:** “Insuficiencia respiratoria pulmonar causada por diversos trastornos que provocan la acumulación de líquido en los alveolos y concentraciones de oxígeno sanguíneo demasiado bajas, generando daño cerebral y compromiso de múltiples órganos, frecuente en neonatos procedentes de cesárea”<sup>(39)</sup>.

**Taquipnea transitoria:** “Es la alteración transitoria en la adaptación respiratoria neonatal, ocasionada por la dificultad en la expulsión del líquido pulmonar, por falta de compresión torácica (cesárea), en comparación en el trabajo de parto se estimularía la reabsorción del líquido pulmonar”<sup>(39)</sup>.

**Depresión del recién nacido:** “Síndrome clínico característico por depresión cardiorrespiratoria secundaria a hipoxemia y /o isquemia tisular fetal ocasionando lesión cerebral y comprometiendo de diversos órganos”<sup>(39)</sup>.

**Asfixia perinatal:** “Es el síndrome caracterizado por la suspensión o disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o en los pulmones, que genera hipercapnia, hipoxemia e hipoxia tisular con acidosis metabólica”<sup>(36)</sup>.

### **2.3. HIPÓTESIS**

El tipo de parto en pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital II EsSalud. Ayacucho, enero 2017-julio 2019, en alto porcentaje es la cesárea y las complicaciones materno perinatales que presentaron son: atonía uterina, infección de herida operatoria, infección urinaria, síndrome de dificultad respiratoria y taquipnea transitoria.



## **2.4. VARIABLES**

### **Variable independiente:**

Cesárea previa

### **Variables dependientes:**

Tipo de parto

- Vaginal
- Cesárea

Complicaciones maternas:

- Anemia
- Atonía uterina
- Desgarro perineal
- Infección urinaria
- Infección de herida operatoria
- Retención de restos placentarios
- Inminencia de rotura uterina
- Ruptura uterina.

Complicaciones perinatales:

- Taquipnea transitoria
- Síndrome de dificultad respiratoria
- Asfixia neonatal
- Depresión neonatal
- Sepsis neonatal
- Fractura de clavícula

### **Variables intervinientes:**

Características sociodemográficas:

- Edad
- Grado de instrucción
- Estado civil

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Paridad
- Periodo intergenésico
- Peso del recién nacido

## **2.5. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS**

**Cesárea previa:** Nacimiento previo a través de una cesárea. **Tipo de parto:**

Expulsión del producto de la concepción y anexos ovulares (placenta, cordón umbilical y membranas), por parto vaginal o cesárea.

**Cesárea:** Es una intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y otra en la pared uterina (histerotomía); y extraer el feto.

**Parto vaginal:** Expulsión del feto y anexos ovulares a través del canal vaginal.

**Complicación materna:** Riesgo de morbilidad materna durante o después del parto.

**Rotura uterina:** Pérdida de continuidad de todas las estructuras de la pared uterina.

**Inminencia de ruptura uterina:** Separación incompleta de la cicatriz uterina donde la serosa se mantiene intacta.

**Infección del tracto urinario:** Ascenso de microorganismo patógenos a las vías urinarias.

**Infecciones de herida operatoria:** Invasión microbiana en sitio quirúrgico.

**Anemia:** Concentración de hemoglobina por debajo del valor establecido.

**Atonía uterina:** Pérdida del tono uterino, que conlleva a la ausencia de contracción.

**Retención de restos placentarios:** Alumbramiento incompleto que provoca sangrado uterino persistente.

**Desgarro perineal:** Son lesiones en las partes blandas del canal de parto.

**Complicación perinatal:** Riesgo de morbilidad neonatal durante o después del parto.

**Síndrome de dificultad respiratorio:** Aumento visible del esfuerzo respiratorio.

**Taquipnea transitoria:** Es la alteración momentánea en la adaptación respiratoria neonatal.

**Depresión del recién nacido:** Síndrome clínico caracterizado por depresión cardiorrespiratoria secundaria.

**Sepsis neonatal:** Síndrome clínico de etiología infecciosa caracterizado por enfermedad sistémica en los primeros 28 días de vida.

**Asfixia perinatal:** Suspensión o disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones.

**Fractura de clavícula:** Es una lesión ósea de la clavícula del recién nacido, frecuente durante el parto vaginal.

**Edad:** Tiempo cronológico transcurrido en años, entre el nacimiento hasta la actualidad.

**Causa de la cesárea actual:** Motivo que originó la cesárea para salvaguardar las situaciones de peligro de la madre y del producto.

**Paridad:** Es el número total de partos nacidos vivos o muertos.

**Periodo intergenésico:** Tiempo transcurrido del ultimo evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo, se considera la siguiente categoría: menor de 2 años, 2 a 4 años, mayor de 4 años

**Peso del recién nacido:** Peso registrado del neonato al momento del parto. Se considera las siguientes categorías: recién nacido de bajo peso (<2500 gr), peso adecuado (2500-3999 gr) y macrosómico (>4000 gr).

**Estado civil:** Es la situación o posición que posee toda persona dentro de un contexto familiar, conllevando a ejercer derechos y deberes.

**Grado de instrucción:** Nivel académico alcanzado a lo largo de nuestra vida.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Aplicada

#### **3.2. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

Cuantitativo

#### **3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Correlacional

#### **3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Observacional, retrospectivo y transversal

#### **3.5. POBLACIÓN**

La población en estudio estuvo conformada por 416 historias clínicas de las pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital II EsSalud. Ayacucho, enero 2017-julio 2019.

#### **3.6. MUESTRA**

La muestra estuvo conformada por 222 historias clínicas de las pacientes con cesárea previa atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II EsSalud. Ayacucho, enero 2017-julio 2019.

#### **3.7. MUESTREO**

No probabilístico

#### **3.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

**INCLUSIÓN:**

- Todas las Historias clínicas de pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital II EsSalud. Ayacucho durante el periodo enero 2017-julio 2019. accesible y con información completa.
- Historias clínicas de pacientes que presentaron complicaciones intra y posparto.

**EXCLUSIÓN:**

- Historia clínica de pacientes con más de 1 cesárea.
- Historia clínica de pacientes con embarazo gemelar.
- Historia clínica de pacientes con óbito fetal o malformaciones fetales.
- Historia clínica de pacientes que Presentaron complicaciones durante el embarazo.
- Historia clínica no disponibles y/o con información incompleta.

### **3.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

**Técnica:**

- Revisión de historia clínica

**Instrumentos:**

- Historia clínica
- Ficha de recolección de datos

### **3.10. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- A través de la decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, se tramito la autorización al Director del Hospital II EsSalud de Ayacucho
- Obtenida la autorización se procedió a revisar el libro de registro de partos, para identificar el número de historia clínica de cada paciente con cesárea previa.
- Se revisó minuciosamente cada historia clínica, identificando los criterios de inclusión.
- Se registró los datos obtenidos en una ficha de recolección de datos (Anexo 1)
- Cada ficha fue foliada.

### **3.11. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS E INFORMACIÓN**

- Los datos obtenidos fueron tabulados e ingresados en Excel.
- Procesamiento en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 25 y el análisis estadístico a través del cálculo de Chi Cuadrado con corrección de Yates y la significancia estadística, Con los cuales se presentan las respectivas tablas y graficos, en función a los objetivos.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**TABLA N° 1. FRECUENCIA DE PACIENTES CON CESÁREA PREVIA. HOSPITAL II ESSALUD AYACUCHO, ENERO 2017 - JULIO 2019.**

<b>PACIENTES</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Con 2 más cesáreas previas	194	47%
Cesárea previa	222	53%
<b>TOTAL</b>	<b>416</b>	<b>100%</b>

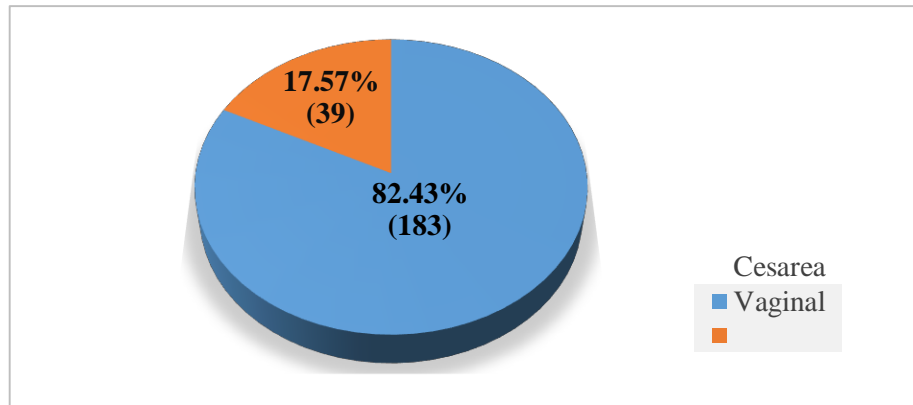
**FUENTE:** Elaboración propia.

La tabla N° 1, muestra la frecuencia de pacientes con cesárea previa, observándose que del 100% (416) historias clínicas revisadas de pacientes atendidas entre los años 2017 al 2019, el 53% (222) fueron pacientes con cesárea previa y 47% (194) con más de 2 cesáreas previas.

De los resultados obtenidos se deduce que el 53% (222) fueron pacientes con cesárea previa.

Huaquipaco Polanco Ana, en su investigación “Características clínico epidemiológicas y complicaciones de gestantes con cesárea previa que tuvieron parto en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, EsSalud Cusco, 2014”<sup>(22)</sup>. Reportó que del 100% (407) pacientes atendidas en el año 2014; el 83% (338) fueron pacientes con cesárea previa, el 17% (69) fueron pacientes con más de 2 cesáreas previas. Resultados que se asemejan a nuestra investigación.

Podemos afirmar que el incremento de cesáreas es alarmante, superando los parámetros establecidos por las organizaciones de salud, la cesárea previa no es una indicación automática para repetirlo. Estas indicaciones deben ser detenidamente analizadas antes de ejecutarlas, la frecuencia de pacientes con cesáreas previa es alta, incrementándose el riesgo de presentar complicaciones maternas. A medida que aumenta el número de cesáreas, aumenta el riesgo de morbilidad materna, placenta previa y acretismo placentario en futuros embarazos, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica e incluso la muerte, además de los riesgos quirúrgicos y anestésicos, es así que el parto vaginal es una estrategia para disminuir la incidencia de cesárea y riesgo en futuros embarazos.



**FUENTE:** Elaboración propia.

**GRÁFICO N° 1. TIPO DE PARTO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA. HOSPITAL II ESSALUD AYACUCHO, ENERO 2017 - JULIO 2019.**

El gráfico N° 1, nos muestra del 100% (222) pacientes, el 82.43% (183) fue parto por cesárea y en 17.57 % (39) fue parto vaginal.

De los resultados obtenidos se concluye que el tipo de parto en alto porcentaje es la cesárea con 82.43% (183).

Hernández Córdova Levding, en su investigación “Complicaciones obstétricas en gestantes con cesáreas previas en el Hospital León Becerra de la ciudad de Milagro. Período 2015 – 2016”. Reportó que de 100 pacientes con cesárea previa, el 82% culminaron su embarazo por cesárea, mientras que el 18% parto vaginal. Resultados que se asemejan a nuestra investigación.

Podemos afirmar que tener una cesárea previa es la principal indicación para una nueva cesárea, hallazgos en nuestra investigación, hecho que compromete el futuro obstétrico de muchas mujeres, valorar el riesgo y beneficio de la cesárea es importante, diseñada exclusivamente para situaciones donde peligran la vida de la madre o del producto, sin embargo el impacto negativa son: retardo del inicio de la lactancia, recuperación prolongada, aumento en la morbilidad del neonato, estancia hospitalaria prolongada, riesgo de alteraciones placentarias y la posibilidad de rotura uterina en los partos siguientes. Ante este incremento el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomendó que gran parte de mujeres con cesárea previa son candidatas adecuadas para un parto vaginal para reducir la incidencia de cesáreas y la morbilidad materno-perinatal.



**TABLA N° 2. COMPLICACIONES MATERNAS SEGÚN EL TIPO DE PARTO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA. HOSPITAL II ESSALUD AYACUCHO, ENERO 2017 - JULIO 2019.**

Complicaciones maternas	Parto				Total	
	Vaginal		Cesárea		n	%
	n	%	n	%		
Atonía uterina	1	0.5%	20	9%	<b>21</b>	<b>9.5%</b>
Desgarro perineal	18	8.1%	-	-	<b>18</b>	<b>8.1%</b>
Infección de herida operatoria	-	-	8	3.6%	<b>8</b>	<b>3.6%</b>
Anemia	3	1.4%	40	18%	<b>43</b>	<b>19.4%</b>
Infección del tracto urinario	1	0.5%	9	4.1%	<b>10</b>	<b>4.5%</b>
Retención de restos placentarios	1	0.5%	1	0.5%	<b>2</b>	<b>0.9%</b>
Inminencia de ruptura uterina	-	-	13	5.9%	<b>13</b>	<b>5.9%</b>
Rotura uterina	-	-	1	0.5%	<b>1</b>	<b>0.5%</b>
Desgarro de la arteria uterina	-	-	1	0.5%	<b>1</b>	<b>0.5%</b>
Sin complicaciones	15	6.8%	90	40.5%	<b>105</b>	<b>47.3%</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>17.6%</b>	<b>183</b>	<b>82.4%</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia.  $\chi^2_c = 8.147$       g.l = 9      p = 0.004 < 0.05

La tabla N° 2, muestra las complicaciones maternas según tipo de parto, observándose que del 100% (222), el mayor porcentaje 82.4% (183) fue parto por cesárea, de los cuales el 18% (40) Presentaron anemia, el 9% (20) atonía uterina, el 5.9% (13) inminencia de ruptura uterina. En tanto el 17.6% (39) fue parto vaginal, de los cuales el 8.1% (18) Presentaron desgarro perineal, el 1.4% (3) anemia.

Se concluye que el 18% (40) Presentaron anemia en el grupo de cesárea y 8.1% (18) presentaron desgarro perineal en el grupo de parto vaginal.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de Chi cuadrado con corrección de Yates, nos muestra que existe nivel de significancia estadística (P < 0.05).

**Granados et al (Huaraz, 2013).** En su investigación “Complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas, Hospital Regional de Huacho, 2011-2012”<sup>(2)</sup>, reportó que de 100% (398), el (50,8%) presentaron anemia en el grupo de cesárea y el (39,3%) presentaron anemia en el grupo de parto vaginal. Resultados que se asemejan a nuestra investigación.

Por otra parte, **Morales Máximo (Lima, 2015)**. En su investigación “Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015”<sup>(12)</sup>, reportó que de 100% (156) pacientes; en el grupo de cesárea, el 46.1% presentaron anemia, el 2.9% atonía uterina, el 21.6% otras complicaciones. Mientras que el 37.5% presentaron desgarro perineal y el 52,1% anemia en el grupo de parto vaginal. Resultados que se asemejan a nuestra investigación.

Podemos afirmar que la cesárea repetida conlleva a mayor riesgo de presentar complicaciones maternas como; anemia, atonía uterina, inminencia de ruptura uterina, infección de herida operatoria, acretismo placentario y placenta previa. El incremento de la tasa de cesáreas más allá del límite de sus beneficios agrega morbilidad, transformándose de solución en problema, siendo el parto vaginal una forma de disminuir su incidencia, presentándose un número muy reducido de complicaciones maternas excepto, el riesgo de rotura uterina y desgarro perineal. Llama la atención la presencia del desgarro perineal como una las complicaciones más frecuentes del parto vaginal, hecho que se repite en otros estudios y en el nuestro,

**TABLA N° 3. COMPLICACIONES PERINATALES SEGÚN TIPO DE PARTO EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA. HOSPITAL II ESSALUD. AYACUCHO, ENERO 2017 - JULIO 2019.**

Complicaciones perinatales	Tipo de parto				Total	
	Vaginal		Cesárea		n	%
	n	%	n	%		
Taquipnea transitoria	1	0.5%	18	8.1%	<b>19</b>	<b>8.6%</b>
Síndrome de dificultad respiratoria	1	0.5%	30	13.5%	<b>31</b>	<b>14%</b>
Sepsis neonatal	1	0.5%	6	2.7%	<b>7</b>	<b>3.2%</b>
Asfixia neonatal	1	0.5%	1	0.5%	<b>2</b>	<b>0.9%</b>
Depresión neonatal	-	-	2	0.9%	<b>2</b>	<b>0.9%</b>
Fractura de clavícula	1	0.5%	-	-	<b>1</b>	<b>0.5%</b>
Sin complicaciones	34	15.3%	126	56.8%	<b>160</b>	<b>72.1%</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>17.6%</b>	<b>183</b>	<b>82.4%</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Elaboración propia  $\chi^2_c = 9.055$  g.l = 6 P = 0.01 < 0.05

La tabla N° 3, muestra las complicaciones perinatales según tipo de parto en pacientes con cesárea previa, observándose que del 100% (222), el mayor porcentaje 82.4% (183) proceden del parto por cesárea, de los cuales el 13.5% (30) presentaron síndrome de dificultad respiratoria, 8.1% (18) taquipnea transitoria, 2.7% (6) sepsis neonatal. En tanto el 0.5% (1) taquipnea transitoria, síndrome dificultad respiratoria, sepsis neonatal respectivamente proceden del parto vaginal.

De los resultados hallados, se concluye que el 13.5% (30) presentaron síndrome de dificultad respiratoria en el grupo de cesárea y el 0.5% (1) taquipnea transitoria en el grupo de parto vaginal.

Sometidos los resultados al análisis estadístico de Chi cuadrado con corrección de Yates, nos muestra que existe nivel de significancia estadística (P < 0.05).

Morales Máximo (Lima, 2015). En su investigación “Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015”. Con respecto a las complicaciones neonatales en el grupo de cesárea presentaron como principales complicaciones neonatales síndrome de

dificultad respiratoria con 7,8%, taquipnea transitoria del recién nacido con 5,9% y aspiración de líquido meconial 9,8%, otras con 14,7% y 1 caso de muerte neonatal. Para el grupo de parto vaginal se observó que el 39,6% sufrió de trauma obstétrico <sup>(12)</sup>. Resultados que guardan cierta similitud a nuestra investigación.

Contrastando los hallazgos en la presente investigación con otros estudios podemos afirmar que los recién nacidos procedentes del parto por cesárea presentan mayores complicaciones perinatales como; síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria, sepsis neonatal y asfixia neonatal, debido a que los mecanismos implicados en la primera respiración pueden no presentarse en estos productos. Mientras que el parto vaginal favorece la compresión torácica, facilitando la salida del líquido pulmonar y la respiración, situación que explica los hallazgos en la presente investigación.

**TABLA N° 4. INDICACIONES PARA LA ÚLTIMA CESÁREA EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA. HOSPITAL II ESSALUD. AYACUCHO, ENERO 2017 - JULIO 2019.**

INDICACIONES PARA LA ÚLTIMA CESÁREA		n	%
Cesárea	Cesárea anterior	76	34.2%
	Distocia de presentación	18	8.1%
	Sufrimiento fetal agudo	17	7.7%
	Trabajo de parto disfuncional	13	5.9%
	Macrosomía	12	5.4%
	Distocia funicular	12	5.4%
	Preeclampsia	9	4.1%
	Oligohidramnios	9	4.1%
	Placenta previa	4	1.8%
	Periodo intergenésico corto	6	2.7%
	Acretismo placentario	3	1.4%
	Embarazo prolongado	2	0.9%
	Retraso de crecimiento intrauterino	1	0.5%
	Polihidramnios	1	0.5%
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>82.4%</b>	
Parto vaginal	<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>17.6%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>222</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Elaboración propia.

La tabla N° 4, muestra las indicaciones para la última cesárea en pacientes con cesárea previa, observándose que del 82.4% (183), el 34.2% (76) fueron por cesárea anterior, el 8.1% (18) distocia de presentación, el 7.7% (17) sufrimiento fetal agudo, 5.9% (13) trabajo de parto disfuncional y en menor porcentaje el 0.5% (1) crecimiento intrauterino y polihidramnios respectivamente.

De los resultados obtenidos se deduce que las indicaciones para la última cesárea con mayor frecuencia en 34.2% (76) fue la cesárea previa.

Velazco Gómez Paola Liliana, en su investigación “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” <sup>(23)</sup>. Reportó que el 19,9% fueron intervenidas por sufrimiento fetal agudo, el 18,5% trabajo de parto disfuncional y de 12,5% macrosomía fetal. Resultados que son similares a nuestra investigación.

Por otra parte Gil Clares Dayana en su investigación “parto vaginal en gestantes con cesárea previa en el Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, periodo de enero a diciembre del 2014” <sup>(20)</sup>. Reportó que el 41,9% (13) fueron intervenidas por trabajo de parto disfuncional, el 12,9% (4) sufrimiento fetal, el 32.3% otras. Resultados que son similares a nuestra investigación.

A pesar de los continuos esfuerzos encaminados a reducir la tasa de cesárea es notorio su incremento progresivo en las últimas décadas cuya principal indicación es la cesárea previa. El antecedente de cesárea no es una indicación para repetir dicho procedimiento, por tanto, se hace necesario una reevaluación del caso, ya que los riesgos de una cesárea previa predispone a una alta incidencia de morbilidad materna- perinatal en una gestación futura. Los hallazgos en el presente estudio concuerdan con otros estudios, donde la principal indicación es la cesárea anterior.

**TABLA N° 5. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA. HOSPITAL II ESSALUD AYACUCHO, ENERO 2017 - JULIO 2019.**

<b>Características sociodemográficas</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad (años)</b>	<19 años (adolescente)	-	-
	20-34 años (adulta)	124	55.9%
	>35 años (añosa)	98	44.1%
	<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>
<b>Grado de instrucción</b>	Primaria	-	-
	Secundaria	4	1.8%
	Superior	218	98.2%
	<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>
<b>Estado civil</b>	Soltera	41	18%
	Casada	55	25%
	Conviviente	126	57%
	<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Elaboración propia.

La tabla N° 5, muestra las características sociodemográficas de las pacientes con cesárea previa, observándose que del 100% (222), el mayor porcentaje 55.9% (124) tenían de 20 a 34 años, el 98.2% (218) tenían grado de instrucción superior y el 57% (126) conviviente.

**Granados et al (Huaraz, 2013).** En su investigación “Complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas, Hospital Regional de Huacho, 2011-2012” <sup>(2)</sup>. Reveló que, el 44,6% tienen 18 a 34 años y proceden del parto por cesárea, el 33,3% tienen 18 a 34 años procedentes del parto vaginal. Resultados que se asemeja a nuestra investigación.

Por otra parte **Sandeliz et al (África-2008)** en su investigación “Parto fisiológico en pacientes con cesárea previa en la Maternidad del Hospital Central de Windhoek, Namibia, entre enero y diciembre de 2008” <sup>(17)</sup>. Reportó que la mayoría de pacientes tenían 20 a 25 años. Resultados que difieren a nuestra investigación.

Es comprensible no encontrar adolescentes con cesárea previa, debido a que estas pacientes cursan su segundo embarazo. De los resultados obtenidos podemos afirmar que el nivel de escolaridad influye en la decisión de postergar la maternidad y sobre todo de elegir la vía de parto, pese a conocer los riesgos que esta conlleva.

**TABLA N° 6. ANTECEDENTES GINECO- OBSTÉTRICAS EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA. HOSPITAL II ESSALUD AYACUCHO, ENERO 2017 - JULIO 2019.**

<b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Paridad</b>	Primípara	167	75.2%
	Múltipara	53	23.9%
	Gran múltipara	2	0.9%
	<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>
<b>Periodo intergenesico (años)</b>	<2 años	26	11.7%
	2-4 años	89	40.1%
	>4años	107	48.2%
	<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>
<b>Peso del recién nacido (gramos)</b>	Bajo peso (<2500gr)	9	4.1%
	Adecuado (2500-3999gr)	199	89.6%
	Macrosómico (>4000gr)	14	6.3%
	<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Elaboración propia.

La tabla N° 6, muestra los antecedentes Gineco-obstétricos en pacientes con cesárea previa, observándose que del 100% (222), el mayor porcentaje 75.2% (167) fueron primíparas, el 48.2% (107) periodo intergenésico mayor de 5 años y el 89.6% (199) peso adecuado del recién nacido.

Velazco Gómez Paola en su investigación “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”<sup>(23)</sup>, reportó que el 60,19% tienen periodo intergenésico mayor de 5 años.

Por otra parte Ana del Rosario Huaquipaco en su investigación “Características clínico epidemiológicas y complicaciones de gestantes con cesárea previa que tuvieron parto en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, EsSalud Cusco, 2014”<sup>(22)</sup>, reportó que el 88% de recién nacidos tuvieron peso adecuado. Estos resultados guardan relación con los hallazgos en la presente investigación.



Podemos afirmar que el número de partos incrementa el riesgo de una rotura uterina en pacientes con cesárea previa, siendo mucho mayor en las gran multíparas, en nuestro estudio se encontró 2 casos, 1 paciente presentó complicación materna, a su vez el período intergenésico extremos ( $\leq 2$  o  $\geq 4$  años) tiene impacto directo sobre la morbimortalidad materno-perinatal, reflejado directamente en las propiedades de extensibilidad y contractilidad uterina, lo que hace necesario educar a la población acerca de la importancia de una adecuada planificación en pacientes con antecedente de cesárea previa, haciendo énfasis los períodos extremos.

## CONCLUSIONES

1. La frecuencia de pacientes con cesárea previa es el 53% (222).
2. De 222 pacientes con cesárea previa, el 82.43% (183) fue cesárea y el 17.57 % (39) parto vaginal.
3. Las complicaciones maternas fueron; el 18% (40) Presentaron anemia en el grupo de cesárea y 8.1% (18) presentaron desgarró perineal en el grupo de parto vaginal.
4. Las complicaciones perinatales fueron; el 13.5% (30) neonatos presentaron síndrome de dificultad respiratoria en el grupo de cesárea y 0.5% (1) taquipnea transitoria en el grupo de parto vaginal.
5. Las indicaciones para la última cesárea fueron con mayor frecuencia en 34.2% (76) es la cesárea previa.
6. Las pacientes con cesárea previa se caracterizaron por tener 20 a 34 años en 55.9% (124), grado de instrucción superior en 98.2% (218) y estado civil conviviente en 57% (126).
7. Los antecedentes gineco-obstétricos en pacientes con cesárea previa muestran que en 75.2% (167) fueron primíparas, 48.2% (107) tenían periodo intergenésico > 4 años y en 89.6% (199) peso adecuado del recién nacido.

## **RECOMENDACIONES**

1. Al Hospital II EsSalud-Ayacucho, evaluar las indicaciones médicas que conlleven a una cesárea de rutina.
2. El Gineco-obstetra debe valorar el riesgo-beneficio de la cesárea o parto vaginal.
3. Fortalecer la detección temprana de anemia durante el control prenatal, para mejorar el manejo y vigilancia con suplementos de hierro y poner mayor énfasis en la consejería nutricional, pues se ve que la anemia es la principal complicación materna.
4. Implementar un sistema de registro exclusivo de pacientes con cesárea previa y mejorar los datos consignados en la historia clínica.
5. Realizar investigaciones prospectivos en establecimientos de salud con mayor capacidad resolutive.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vásquez Parra JC. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia: Revista Latinoamericana de Bioética; 2016.
2. Granados Arana MT, Quito Santos MM. Complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas. [Tesis de pre grado]. Lima: Hospital Regional de Huacho; 2013.
3. Edwin BC. Conservatinm in obstetrics. 1916; 1(104).
4. Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín estadístico. Oficina de estadística e informática. 2013.
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo de ginecología y obstetricia. [Online]. [cited 2018 diciembre 20. Available from: <http://www.prosego.com>.
6. Campos J, García P, Rojas M, Nemer C, y Estiu M. parto vaginal despues de una cesárea. recista del Hospital Materno Infantil Ramon Sardá. 2007; 26(I)(15-20).
7. Rodriguez Iglesias G, León Cid I, Segura Fernández A, Atienza Barzaga AM. Complicaciones materno perinatales del parto vaginal y la cesareas anteriormente. Revista Cubana. 2013 10 de Enero; 40(3-4).
8. Ministerio de Salud pública del Ecuador. Atención del trabajo de parto y post parto inmediato. Guia de práctica clínica. 2015.
9. Erasmo T, Diana H. Prueba de trabajo de parto en cesarea anterior. Ginecologia y obstetricia. 2010; 56(IV)(284-288).
10. Claudia NS, Sara RS, Luis T. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones maternas neonatales. Revista peruana de ginecología y obstetrica. 2010;(232.237).
11. Julio Miguel BN, Oscar Eduardo VR, U JLPyJP. Frecuencia e indicación de cesarea en el Hospital Provincial Docente Belen Lambayeque. Revista del cuerpo médico-Dialnet. 2010-2011; 7(1)(6-12): p. 7(1):6-12.
12. Morales Máximo DK. Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015. [Tesis de pre grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.

13. Oficina estadística, informática y telecomunicaciones. Analisis de la Situación de Salud-DIRESA. Ayacucho. 2011.
14. Dirección Regional de Salud Ayacucho. Vigilancia epidemiologica de infecciones asociadas a endometritis puerperal e infección de herida operatoria post cesarea.Ayacucho 2018. Boletín epidemiologico. 2019 Enero-febrero; 1(1-3).
15. Dodd J, Growth C, Huertas E, Guise J, Horey D. Cesárea repetida electiva planificada versus parto vaginal planificado en mujeres con un parto por cesárea previo. Biblioteca Cochrane Plus. 2008;(4).
16. Aguilar Porras C, Curo Ramos EG. Frecuencia e indicaciones de casarea electiva y de urgencia. Hospital II Carlos Tupia Garcia Godos EsSalud de Ayacucho.Enero a marzo 2018. [tesis de pregrado]. Ayacucho;, Universidad Nacional San Cristobal de Huamanga; 2019.
17. Sandeliz Cardenas E, Conde Marquez J, Castañedo Granda JF, Medina Suarez M. Parto fisiológico en pacientes con cesárea previa. [Tesis de pregrado]. Namibia-Africa: Maternidad del Hospital Central de Windhoek; 2008.
18. Mozo Valdivieso E. Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. [Tesis de pre grado]. Madrid. España; 2014.
19. Hernandez Cordova LY. complicaciones obstétricas en gestantes con cesáreas previas. [Tesis de pre grado]. Milagro- Ecuador: Hospital León Becerra; 2015 – 2016.
20. Gil Clares DC. Parto vaginal en gestantes con cesárea previa; hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, periodo de enero a diciembre del 2014. [Tesis de Pregrado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna; 2015.
21. Pérez Olazo M. Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima-Perú, durante el periodo comprendido entre 01 de enero a diciembre del 2014. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2015.
22. Huaquipaco Polanco A. Características clínico epidemiológicas y complicaciones de gestantes con cesárea previa que tuvieron parto en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, EsSalud Cusco, 2014. [Tesis de pregrado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustin de Arequipa; 2015.
23. Velazco Gomez PL. 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 de pregrado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2018.
24. Carbajal J, Martinovic C, Fernández C. Parto Natural ¿Qué nos dice la evidencia? *Revista de Ciencias Médicas*. 2017; 1(42).
  25. Mongrut Steanf A. Tratado de Obstetricia normal y patológica. Perú. Cuarta ed.: Ateneo; 2000.
  26. Ruiz SJ, Espino Sosa S, Vallejos Pares A, Durán Arenas L. Cesárea: tendencias y resultados. *Perinatol Reprod Hum*. 2014; 28(1)(3340).
  27. Bobadilla Ubillus L, León Jiménez F. En torno a las cesárea en el Perú: ¿solo un problema de cifras. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2017; 63(4)(659).
  28. Piloto Padrón M, Nápoles Méndez D. Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. 2014; 40(1)(35-47).
  29. Dirección Regional de Ayacucho. Guía de práctica clínica para la atención inmediata de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. *DIRESA*. 2013; I(171).
  30. Schwarcz R, Fesina R, Duverges C. *Obstetricia*. Sexta ed. Lima: El Ateneo; 2010.
  31. Ortiz Gómez JR. Factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidas a cesárea atendidas en el Hospital Isidro Ayora durante el periodo julio 2013 – julio 2014. [Tesis de pregrado]. Loja-Ecuador; 2014.
  32. Vargas Juscamaita A, Levano Castro J, Lazo Porras M. Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un Hospital. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2013; 59(261-266).
  33. Hospital María Auxiliadora. Guías de Práctica Clínica Para la Atención de Emergencias Obstétricas. Lima. 2012.
  34. Mascaró Sánchez P, "et al". Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2010;(385).
  35. Enrique OE. A propósito de intervalo genésico. *Revista chilena de obstetricia ginecología*. 2018; 83(1).
  36. Gary Gunningham F, "et al". *Williams Obstetricia*. 23rd ed. Distrito Federal-México: McGraw-Hill Interamericana; 2011.
  37. Rodríguez E. Atonía uterina: estudio descriptivo y factores asociados. [Tesis de especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.

38. Curahua Sanchez LV. 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 de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
39. Lucio Adrián RC. Factores asociados de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el Hospital Antonio Lorena,2016-2019. [Tesis de pregrado]. Cusco: Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco; 2019.
40. Bajo Arenas J, Melchor Marcos JyML. Fundamentos de obstetricia (SEGO). Madrid. [Online].; 2011 [cited 2019 Enero 11. Available from: <https://es.slideshare.net/ORION0107/fundamentos-de-obstetricia-sego>.

# **ANEXOS**





## ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



### “TIPO DE PARTO Y COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA: HOSPITAL II ESSALUD AYACUCHO, ENERO 2017 - JULIO 2019”

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ H.C. N°..... Ficha N°.....

#### I. DATOS GENERALES:

##### 1. Edad

- a)  $\leq 19$  años
- b) 20 a 34 años
- c)  $\geq 35$  años

##### 2. Grado de instrucción

- a) Sin estudios
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

##### 3. Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente

#### II. DATOS GINECO-OBSTETRICOS

##### 1. Paridad:

- a) Primípara
- b) Multípara
- c) Gran multípara

##### 2. Edad gestacional:

- a) < de 37 semanas (pre término)
- b) 37 a 40 semanas (a término)
- c) > 41 semanas (pos término)

##### 3. Periodo intergenésico:

- a) <2 años
- b) 2-4 años
- c)  $\geq 5$  años

##### 4. Tipo de parto:

- a) Parto Vaginal
- b) Cesárea

Si la respuesta es cesárea, ¿Cuál fue el motivo?: \_\_\_\_\_

**5. Complicaciones maternas:**

- a) Atonía uterina ( )
- b) Desgarro perineal ( )
- c) Inminencia de rotura uterina ( )
- d) Infección de herida operatoria ( )
- e) Anemia ( )
- f) Infección del tracto urinario ( )
- i) Retención de restos placentarios ( )
- j) Otro (Especificar):.....
- k) Sin complicaciones ( )

**6. Complicaciones perinatales:**

- a. Taquipnea transitoria ( )
- b. Síndrome de dificultad respiratoria ( )
- c. Sepsis neonatal ( )
- d. Asfixia neonatal ( )
- e. Depresión neonatal ( )
- f. Fractura de clavícula ( )
- g. Otro (Especificar):
- h. Sin complicaciones ( )

**7. Ponderado Fetal:**

- a) <2500 gr. (Bajo peso) ( )
- b) 2500-3999 gr. (Adecuado) ( )
- c) > 4000 gr. (Macrosómico) ( )

**OBSERVACIONES:**

.....

.....

.....

## ANEXO N° 2

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

**“TIPO DE PARTO Y COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA: HOSPITAL II ESSALUD AYACUCHO, ENERO 2017 – JULIO 2019”. Responsables: QUISPE FERNANDEZ, Noemí Jeanet. SANCHEZ LOPEZ, Mayumi Jhakelyn.**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADOR	METODOLOGIA
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuál es el tipo de parto y complicaciones materno perinatales en pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital II EsSalud. Ayacucho, enero 2017 - julio 2019?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál es frecuencia de partos por periodo en pacientes con cesárea previa?</li> <li>- ¿Cuál es el tipo de parto en pacientes con cesárea previa?</li> <li>- ¿Cuáles son las complicaciones maternas en pacientes con cesárea previa según el tipo de parto?</li> <li>- ¿Cuáles son las complicaciones perinatales en pacientes con cesárea previa según el tipo de parto?</li> <li>- ¿Cuáles son las indicaciones de la cesárea actual?</li> <li>- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y antecedentes</li> </ul>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Conocer el tipo de parto y complicaciones materno perinatales en pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital II EsSalud. Ayacucho, enero 2017 - julio 2019.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la frecuencia de partos por periodo en pacientes con cesárea previa.</li> <li>- Determinar el tipo de parto en pacientes con cesárea previa.</li> <li>- Determinar las complicaciones maternas en pacientes con cesárea previa según el tipo de parto.</li> <li>- Determinar las complicaciones perinatales en pacientes con cesárea previa según el tipo de parto.</li> <li>- Conocer las indicaciones de la cesárea actual</li> <li>- Conocer las características sociodemográficas y</li> </ul>	<p>El tipo de parto en pacientes con cesárea previa en alto porcentaje es la cesárea y las complicaciones maternas son: atonía uterina, infección de herida operatoria y perinatales son: síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria, asfisia neonatal, depresión neonatal, sepsis en pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital II EsSalud. Ayacucho, durante el periodo enero 2017 a julio 2019.</p>	<p><b>Independiente:</b></p> <p>Paciente con cesárea previa</p> <p><b>Dependiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de parto:</li> <li>- Complicaciones materno perinatales</li> </ul>	<p>cesárea previa</p> <p><b>Tipo de parto:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cesárea</li> <li>- Parto vaginal</li> </ul> <p><b>Complicaciones maternas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anemia</li> <li>- Atonía uterina</li> <li>- Desgarro perineal</li> <li>- Infección del tracto urinario</li> <li>- Infección de herida operatoria</li> <li>- Retención de restos placentarios</li> <li>- Ruptura uterina</li> <li>- Inminencia de ruptura uterina.</li> </ul> <p><b>Complicaciones perinatales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de dificultad respiratoria</li> <li>- Taquipnea transitoria</li> <li>- Asfisia neonatal</li> <li>- Depresión neonatal</li> <li>- Sepsis neonatal</li> <li>- Fractura de clavícula</li> </ul>	<p><b>Tipo de investigación:</b> Aplicada</p> <p><b>Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Método de investigación:</b> Descriptiva, transversal y retrospectivo.</p> <p><b>Población:</b> La población en estudio estuvo conformada por 416 historias clínicas de las pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital II EsSalud. Ayacucho, enero 2017-julio 2019.</p> <p><b>Muestra:</b> 222 Historias clínicas.</p> <p><b>Muestreo:</b> No probabilístico.</p> <p><b>Técnica:</b> Revisión de historia clínica</p> <p><b>Instrumento:</b> Historia clínica, Ficha de recolección de datos.</p> <p><b>Procedimiento de recolección de datos y procesamiento:</b></p>

<p>Gineco- obstétricos como: edad, grado de instrucción, estado civil, paridad, edad gestacional, periodo intergenésico, peso del recién nacido en pacientes con cesárea previa.</p>	<p>antecedentes Gineco- obstétricos como: edad, grado de instrucción, estado civil, paridad, edad gestacional, periodo intergenésico, peso del recién nacido en pacientes con cesárea previa.</p>		<p><b>Intervinientes:</b></p> <p>Características sociodemográficas y antecedentes Gineco- obstétricos</p>	<p><b>Características sociodemográficas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Grado de instrucción</li> <li>- Estado civil</li> </ul> <p><b>Antecedentes Gineco-obstétricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paridad</li> <li>- Periodo intergenésico</li> <li>- Peso del recién nacido</li> </ul>	<p>-A través de la decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, se tramito la autorización al Director del Hospital II EsSalud de Ayacucho.</p> <p>-Obtenida la autorización se procedió a revisar el libro de parto, libro de hospitalización, libro de eventos adversos, para identificar el número de historia clínica de cada paciente con cesárea previa.</p> <p>-Se revisó minuciosamente cada historia clínica.</p> <p>-Se registró los datos obtenidos en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).</p> <p>- Cada ficha fue foliada para guardar un orden.</p> <p>-Los datos obtenidos fueron: Tabulados, Graficados y análisis estadístico.</p>
--	---	--	---	---	---

### ANEXO N° 3

#### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL U OPERATIVA	INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
<b>INDEPENDIENTE</b>  cesárea previa	Gestación inmediatamente anterior a la actual culminó a través de vía abdominal o cesárea	cesárea previa	Revisión documental	- Historia clínica - Ficha de recolección de datos.
<b>DEPENDIENTE</b>  Tipo de parto y complicaciones materno perinatales	<p><b>Tipo de parto:</b> Se refiere al canal del parto por la cual se produce el nacimiento, por vía vaginal o cesárea.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cesárea:</b> 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.</li> <li>- <b>Vaginal:</b> Paciente con parto eutócico y antecedentes de cesárea anterior.</li> </ul> <p><b>Complicaciones maternas:</b> Es una situación de riesgo durante o después del parto que puede conllevar un aumento en la morbimortalidad materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Atonía uterina:</b> Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae.</li> <li>- <b>Desgarro perineal:</b> Pueden ser desde pequeños cortes y/o abrasiones hasta laceraciones profundas, que pueden afectar diferentes músculos del suelo pélvico.</li> <li>- <b>Infecciones de la herida operatoria:</b> Es una Infección de sitio quirúrgico que ocurre a cualquier nivel de la incisión para la cesárea, incluyendo la cavidad abdominal.</li> <li>- <b>Anemia:</b> 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.</li> <li>- <b>Infección del tracto urinario:</b> Se relaciona con el sondaje vesical, caracterizado por infección en las vías urinarias.</li> <li>- <b>Ruptura uterina:</b> Pérdida de la solución de continuidad de la pared del útero localizada con mayor frecuencia en el segmento inferior.</li> </ul>	<p><b>Tipo de parto:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cesárea</li> <li>2. Parto vaginal</li> </ol> <p><b>Complicaciones maternas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia</li> <li>2. Atonía uterina</li> <li>3. Desgarro perineal</li> <li>4. Infección del tracto urinario</li> <li>5. Infección de herida operatoria</li> <li>6. Retención de restos placentarios</li> <li>7. Inminencia de ruptura uterina</li> <li>8. Ruptura uterina.</li> </ol>	Revisión documental	- Historia clínica - Ficha de recolección de datos.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Inminencia de ruptura uterina:</b> Separación incompleta de la cicatriz uterina donde la serosa se mantiene intacta y no se asocia con resultados maternos o perinatales adversos.</li> <li>- <b>Retención de restos placentarios:</b> Alumbramiento incompleto que provoca sangrado uterino persistente.</li> </ul>			
	<p><b>Complicaciones perinatales:</b> Es una situación de riesgo durante o después del parto que puede conllevar un aumento en la morbilidad perinatal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Taquipnea transitoria:</b> Es una alteración transitoria en la adaptación respiratoria neonatal caracterizado por taquipnea (frecuencia respiratoria &gt; de 60 por minuto), que se inicia luego del nacimiento y generalmente se resuelve antes del tercer día de vida.</li> <li>- <b>Síndrome de dificultad respiratoria:</b> Incremento visible del esfuerzo respiratorio caracterizado por taquipnea y/o tiraje.</li> <li>- <b>Aspiración de líquido meconial:</b> Presencia de líquido amniótico meconial debajo de las cuerdas vocales (árbol traqueo bronquial) debido a la aspiración de líquido amniótico conteniendo meconio en el momento de la primera respiración o intraútero.</li> <li>- <b>Sepsis neonatal:</b> Síndrome clínico de etiología infecciosa caracterizado por enfermedad sistémica en los primeros 28 días de vida.</li> <li>- <b>Depresión del recién nacido:</b> Síndrome clínico caracterizado por depresión cardiorespiratorio secundario a hipoxemia y/o isquemia tisular fetal.</li> <li>- <b>Fractura de clavícula:</b> Lesión del plexo braquial a consecuencia de fuerzas mecánicas (compresión, tracción) durante el trabajo de parto.</li> <li>- <b>Anemia:</b> Cantidad de glóbulos rojos (eritrocitos) demasiado bajo.</li> <li>- <b>Displasia de cadera:</b> Es una dislocación de la articulación de la cadera entre la cabeza del fémur y el acetábulo.</li> <li>- <b>Ictericia:</b> Se caracteriza por el tono amarillento de la piel y la esclerótica producido por exceso de la bilirubina.</li> <li>- <b>Muerte neonatal:</b> Muerte que ocurre durante los siete primeros días de vida.</li> </ul>	<p><b>Complicaciones perinatales:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Taquipnea transitoria</li> <li>2. Síndrome de dificultad respiratoria</li> <li>3. Asfixia neonatal</li> <li>4. Depresión neonatal</li> <li>5. Sepsis neonatal</li> <li>6. Fractura de clavícula</li> </ol>	<p>Revisión documental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica</li> <li>- Ficha de recolección de datos.</li> </ul>

<p><b>Intervinientes</b> Características demográficas y gineco- obstétricas</p>	<p><b>Característica demográficas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Edad:</b> Tiempo cronológico transcurrido entre el nacimiento hasta la actualidad.</li> <li>- <b>Estado civil:</b> Condición particular que caracteriza por crear vínculos personales con individuo del otro sexo, con quien crea lazos que serán reconocidos jurídicamente.</li> <li>- <b>Grado de instrucción:</b> Es el grado más elevado de estudios realizados.</li> </ul> <p><b>Características Gineco- obstétricas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Paridad:</b> Clasificación de la madre según el número de partos anteriores a la gestación actual.</li> <li>- <b>Periodo intergenésico:</b> El tiempo establecido en años entre el embarazo previo al actual.</li> <li>- <b>Peso del recién nacido:</b> Es el peso registrado del neonato al momento del parto.</li> </ul>	<p><b>Edad:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≤ 19 años (adolescente)</li> <li>2. 20 a 34 años (adulta)</li> <li>3. ≥ 35 años (añosa)</li> </ol> <p><b>Estado civil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soltera</li> <li>2. Casada</li> <li>3. Conviviente</li> </ol> <p><b>Grado de instrucción:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primaria</li> <li>2. Secundaria</li> <li>3. Superior.</li> </ol> <p><b>Paridad:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primípara</li> <li>2. Multípara</li> <li>3. Gran multípara</li> </ol> <p><b>Periodo intergenésico :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt;2 años (Periodo intergenésico corto)</li> <li>2. 2-4 años (Periodo intergenésico adecuado)</li> <li>3. &gt;4 años (Periodo intergenésico largo)</li> </ol> <p><b>Peso del recién nacido:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bajo peso: &lt;2500 gr</li> <li>2. Peso adecuado: 2500-3999 gr.</li> <li>3. Macrosómico: &gt;4000 gr.</li> </ol>	<p>Revisión documental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica</li> <li>- Ficha de recolección de datos.</li> </ul>
---	--	--	----------------------------	--