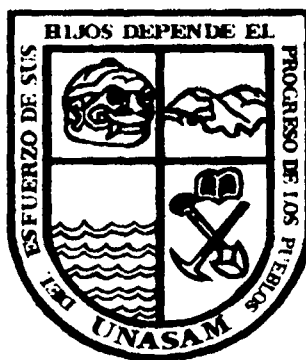


UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES DE LA
CESÁREA ITERATIVA Y DEL PARTO VAGINAL EN
CESAREADAS PREVIAS, HOSPITAL REGIONAL DE
HUACHO, 2011-2012”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Bach. GRANADOS ARANA Mariela Tait.

Bach. QUITO SANTOS Melva Marysabel.

HUARAZ – PERÚ

2013

DEDICATORIA

A Dios:

Por ser nuestro padre, amigo y confidente, el que nunca falla, por estar con nosotras en cada paso que damos, y regalarnos cada maravilloso día para cumplir cada una de nuestras metas, fortaleciendo nuestros corazones e iluminando nuestra mente.

A Nuestros Padres y Hermanos:

Quienes no solo nos brindaron amor sino también su apoyo, comprensión, sacrificio y confianza incondicional en todos estos años de estudio, porque nos enseñaron el camino correcto, porque sin ellos no seríamos lo que ahora somos, que Dios los bendiga, gracias por toda la eternidad.

A Nuestros Amigos:

Son muchas las personas especiales a las que nos gustaría agradecer su amistad, en las diferentes etapas de nuestra vida. Algunas están aún con nosotras y otras en nuestros recuerdos y en el corazón. Sin importar en dónde estén queremos darles las gracias por formar parte de nosotras dedicandoles estas líneas.

... tengan en cuenta que la Obstetricia trae mucha felicidad, pero también una gran responsabilidad; en sus manos están en juego dos vidas, recuerden que la Obstetricia es ciencia, amor, paciencia y arte.

(Cristina Corrales)

Mariela y Melva.

AGRADECIMIENTO

A todos las personas que han formado parte de nuestra vida profesional: docentes universitarios que compartieron sus conocimientos y sobre todo su amistad; amigos que confiaron en nosotras y que hicieron una etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidaremos; pacientes que nos enseñaron el amor a nuestra carrera y son la razón de nuestra vocación; maestros de inspiración a las que nos encantaría agradecerles su conocimiento, amistad, consejos, apoyo, ánimo, compañía y por haber hecho el papel de una familia verdadera en todo un año de práctica hospitalaria.

Especial reconocimiento merece el interés mostrado por nuestro trabajo y las sugerencias recibidas de nuestra asesora: **Dra. Yuliana De La Cruz Ramirez**, con la que nos encontramos en deuda por el ánimo infundido y la confianza depositada en nosotras. No cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado, además agradecemos la excelente labor de docente universitaria que desempeña.

Del mismo modo, a los miembros de nuestro jurado: **Mag. Rafael Norabuena Penadillo, Mag. Gilma Rojas Tello y Mag. Marcelo Arotoma Oré**; ilustres docentes universitarios, de inmensa sapiencia en el campo de la investigación científica en pro de la ciencia médica. También hacemos extensivo el agradecimiento por haber asumido la importante tarea de la corrección y perfeccionamiento de este Trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. HIPÓTESIS.....	11
3. BASES TEÓRICAS.....	14
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	48
5. RESULTADOS.....	56
6. DISCUSIÓN.....	81
7. CONCLUSIONES.....	92
8. RECOMENDACIONES.....	94
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
ANEXOS	

RESUMEN

Se planteó el siguiente problema: ¿cuál será la diferencia entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas del Hospital Regional de Huacho, durante el periodo 2011-2012?, con el objetivo general de evaluar la diferencia entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas, hipótesis: existe una diferencia significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas del Hospital Regional de Huacho. Investigación retrospectiva, transversal, observacional, comparativo - correlacional, con una muestra de 398 pacientes cesareadas previas, divididas en dos grupos de pacientes con cesárea iterativa (199) y con parto vaginal (199). Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos, la información se procesó mediante el programa SPSS V19.0, realizándose la contrastación de la hipótesis mediante la prueba de diferencia de proporciones y el Chi cuadrado. Resultados: las complicaciones obstétricas y perinatales más frecuentes de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas fueron la anemia (50,8% vs. 39,3%) y la depresión neonatal (61,9% vs. 44%). Se concluyó que existe una diferencia significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas del Hospital Regional de Huacho, evidenciándose un mayor número de complicaciones tanto obstétricas como perinatales en las pacientes cesareadas previas que fueron sometidas a una cesárea iterativa.

Palabras clave: Complicaciones obstétricas y perinatales, cesárea iterativa, parto vaginal, cesareadas previas.

ABSTRACT

The following problem was presented: what is the difference between the obstetric and perinatal complications of repeat cesarean and vaginal birth in previous cesarean of Huacho Regional Hospital during the period 2011-2012?, with the overall objective to evaluate the difference between obstetric and perinatal complications of repeat cesarean and vaginal birth in previous cesarean, hypothesis: there is a significant difference between the obstetric and perinatal complications of repeat cesarean and vaginal birth in previous cesarean of Huacho Regional Hospital. Research retrospective, cross-sectional, observational, comparative - correlational, with a sample of 398 patients with previous cesarean, divided into two groups of patients with repeat cesarean (199) and vaginal delivery (199). It was used as instrument a form of data collection, information was processed using SPSS V19.0, performing the testing of the hypothesis by testing the difference between proportions and Chi square. Results: obstetric and perinatal complications more frequent of repeat cesarean and vaginal birth in previous cesarean were anemia (50,8% vs. 39,3%) and neonatal depression (61,9% vs. 44%). It was concluded that there is a significant difference between the obstetric and perinatal complications of repeat cesarean and vaginal birth in previous cesarean of Huacho Regional Hospital, showing a greater number of both obstetric and perinatal complications in patients previous cesarean who underwent to a cesarean iteratively.

Keywords: Obstetric and perinatal complications, repeat cesarean, vaginal delivery, previous cesarean.

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada: “COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES DE LA CESAREA ITERATIVA Y DEL PARTO VAGINAL EN CESAREADAS PREVIAS, HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2011-2012”, tema relevante en el área de Gineco-Obstetricia; fue planteada observando el contexto local, regional, nacional e internacional.

Así, en la actualidad el parto por cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo, registrándose en las últimas décadas un incremento significativo y constante de la tasa de operaciones cesáreas, dado que más del 25% de infantes nacen por esta vía cada año.⁽¹⁾

Desde la primera operación de cesárea descrita en el año 1610, se ha ido perfeccionando la técnica y disminuyendo vertiginosamente las tasas de mortalidad materna.⁽²⁾ La sentencia que en 1916 hiciera Cragin “después de cesárea siempre cesárea”,⁽³⁾ actualmente permanece vigente sólo para un reducido grupo de gestantes, ya que la ciencia médica ha evolucionado rápidamente, apoyada por el adelanto tecnológico y los conocimientos actuales, haciéndonos ver con extrañeza actitudes pasadas. Este concepto ha sido ampliamente superado y hoy en día no es aplicable, más bien ha aparecido como contraparte otro concepto: una cesárea no siempre lleva a otra cesárea. Se debe insistir en la tendencia a disminuir la tasa de cesárea, pero sin sacrificar los criterios aceptados como seguros en la obstetricia moderna.

La tasa de cesárea se ha incrementado de 4 – 5% a 15 – 25% en promedio;^(1,4) sin embargo, algunos hospitales registran tasas de hasta el 40% para el total de partos.⁽⁴⁾

En nuestro país también se observa esta tendencia, y la tasa de cesárea varía entre 20,2 – 54,5%.^(5,6,7) En el Instituto Nacional Materno Perinatal, según la Oficina de Estadística e Informática, la tasa de cesárea entre los años 2006 y 2007, registró cifras del 39,5% y 37,2% del total de partos; respectivamente.⁽²⁾

Para lograr la posibilidad de un parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea, el Gineco-Obstetra tendrá que llevar a cabo un análisis individual de cada paciente. Esto debe incluir el tipo de cesárea efectuada, el diagnóstico que motivó la cesárea, la evolución postoperatoria, el periodo intergenésico, la poca o nula incidencia de rupturas uterinas en las cesareadas que tiene parto vaginal, y la posibilidad de uso de oxitocina durante el trabajo de parto, entre otros.⁽¹⁾

Durante la década de 1980 se efectuaron múltiples estudios que pretendían demostrar que el parto vaginal es posible después de una cesárea, y la conclusión fue que efectivamente el riesgo era mínimo y el parto después de la cesárea podía llevarse a cabo siempre y cuando la cicatriz uterina fuera transversa baja.⁽⁸⁾

En nuestro medio, en el caso de la elección de vía vaginal después de cesárea, este procedimiento resulta exitoso en 60 a 80%, favoreciendo además con hospitalizaciones maternas cortas, menor pérdida sanguínea, menos infecciones y eventos tromboembólicos, lo que habla a favor de seguir manteniendo esta conducta.^(9,10)

En los últimos años la mayoría de los investigadores en el área se han abocado a evaluar el parto vaginal en mujeres con cesárea previa y la cesárea iterativa, para determinar las posibles complicaciones obstétricas y perinatales del tipo de parto

más seguro.⁽¹¹⁾ Muchos estudios muestran que el riesgo más temido al someter a trabajo de parto a una paciente con antecedente de una cesárea es la rotura uterina. Siendo esta una de las complicaciones obstétricas que puede conllevar a la mortalidad materna y perinatal; sin embargo, la rotura uterina se presenta en menos del 1% de los casos;⁽¹²⁾ revelando así que este riesgo no es mayor a los beneficios que puedan obtenerse con un parto vaginal, lo cual sugiere ser una alternativa razonable que ayudaría a disminuir la tasa de cesáreas.⁽¹¹⁾

Es básico y necesario valorar las complicaciones materno-perinatales respecto al tipo de parto y poder discriminar el riesgo/beneficio del tipo de culminación de la gestación, razones fundamentales de la presente investigación.

Actualmente en nuestro medio no se cuenta con uniformidad de criterios que nos permitan dilucidar la vía de culminación de la gestación de pacientes con una cesárea previa; y sobre todo dar a conocer cuáles son las complicaciones que se puedan presentar según sea el tipo de parto, que más adelante pueda ocasionar problemas respecto a la seguridad de la madre y del neonato.

Por las consideraciones mencionadas anteriormente, y por limitantes de estudios similares a nivel local, se juzgó necesario realizar la presente tesis mediante la formulación del siguiente problema: ¿cuál será la diferencia entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas del Hospital Regional de Huacho, durante el periodo 2011-2012?; teniendo como objetivo general el evaluar la diferencia entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas. Los objetivos específicos fueron: identificar la prevalencia de la cesárea iterativa y del

parto vaginal en cesareadas previas, determinar las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa en cesareadas previas, conocer las complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en cesareadas previas, determinar los principales antecedentes maternos y su relación con las complicaciones obstétricas y perinatales, y establecer la relación entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas. En tal sentido, la hipótesis a demostrar fue como sigue: existe una diferencia significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas del Hospital Regional de Huacho.

De esta manera, se concluyó que existe una diferencia significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas del Hospital Regional de Huacho, evidenciándose un mayor número de complicaciones tanto obstétricas como perinatales en las pacientes cesareadas previas que fueron sometidas a una cesárea iterativa.

Finalmente, es pertinente indicar que la justificación de la presente investigación se fundamenta en la comparación de sus resultados con otros estudios nacionales e internacionales llevados a cabo en realidades diferentes a la nuestra, a la vez que enriquecerá y orientará los conocimientos del personal de salud a cargo de las pacientes gestantes, con la consiguiente mejora en la calidad de atención de los profesionales en Obstetricia, a través de conductas médicas apropiadas.

2. HIPÓTESIS.

Existe una diferencia significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas del Hospital Regional de Huacho.

2.1. VARIABLES.

Variable Independiente: Cesárea iterativa y parto vaginal en cesareadas previas.

Variable Dependiente: Complicaciones obstétricas y perinatales.

2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Variable Independiente: Cesárea iterativa y parto vaginal en cesareadas previas	Paciente con embarazo a término y antecedente de cesárea previa sometida a cesárea iterativa o parto vaginal.	Vía de terminación del embarazo	Tipo de parto	Cesárea Iterativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
				Parto Vaginal		
		Antecedentes maternos	Edad materna	12 a 17 años	Ordinal	
				18 a 34 años		
				≥ a 35 años		
			Paridad	Primípara	Ordinal	
				Múltipara		
				Gran múltipara		
		Atención Pre-natal(APN)	Menos a 6 APN	Ordinal		
			6 o más APN			
Periodo Intergenésico	Menor de 2 años	Ordinal				
	Mayor de 2 años					

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Variable Dependiente: Complicaciones obstétricas y perinatales	Efectos que ocasionan el deterioro del bienestar materno - fetal, producidos y/o asociados a la vía de terminación del parto.	Complicaciones Obstétricas	Endometritis Puerperal	Sí	Nominal	Ficha de recolección de datos
				No		
			Infeción de tracto urinario	Sí	Nominal	
				No		
			Infeción de herida operatoria o episiorrafia	Sí	Nominal	
				No		
			Trauma perineal	Sí	Nominal	
				No		
			Anemia	Sí	Nominal	
			No			
		Atonía uterina	Sí	Nominal		
			No			
		Hemorragia postparto	Sí	Nominal		
			No			
		Dehiscencia de histerorrafia	Sí	Nominal		
			No			
		Rotura uterina	Sí	Nominal		
			No			
Complicaciones Perinatales	Distocia de hombros	Sí	Nominal			
		No				
	Trauma obstétrico	Sí	Nominal			
		No				
	Taquipnea transitoria	Sí	Nominal			
		No				
Depresión neonatal	Sí	Nominal				
	No					
Asfixia perinatal	Sí	Nominal				
	No					
Muerte neonatal	Sí	Nominal				
	No					

3. BASES TEÓRICAS.

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

❖ **Cuero OL, Clavijo CA. (2011), “Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali – Colombia, Estudio de Cohorte” entre 2007 a 2008.** El objetivo fue determinar la incidencia de parto vaginal después de una cesárea previa. El tipo de estudio fue de cohorte retrospectivo (histórico); la muestra estuvo conformada por 139 pacientes con antecedente de cesárea. Los resultados fueron: La incidencia de parto vaginal con cesárea previa fue de 20,3% y 79,7% las cuales fueron sometidas a una segunda cesárea. Las principales indicaciones para esta segunda cesárea fueron: 90,9% por antecedente de cesárea previa, 2,7% por sufrimiento fetal agudo, 2,7% por trabajo de parto estacionario y 3,7% por otras causas. La mediana de la edad materna fue de 24 años. La complicación que se presentó en pacientes de la segunda cesárea fue de un caso de dehiscencia del segmento uterino. Las pacientes que tuvieron parto vaginal no tuvieron complicaciones. El promedio de peso fetal en las mujeres cesareadas fue 3312 gramos, 5 de ellos presentaron asfixia perinatal leve y 1 taquipnea transitoria, y en las mujeres de parto vaginal el promedio de peso fetal fue 3225 gramos, 1 presentó taquipnea transitoria. En conclusión se encontró un alto porcentaje de cesárea en mujeres con cesárea previa y se presentaron más casos de

complicaciones perinatales en las pacientes que fueron sometidas a una segunda cesárea.⁽¹²⁾

❖ **Rodríguez G, León I, Segura A, Atienza AM. (2011), “Complicaciones materno-perinatales del parto vaginal y de la cesárea repetida en pacientes cesareadas anteriormente”, en el Hospital Militar Central Dr. Luis Díaz Soto de Cuba, enero a diciembre de 2008.** El objetivo fue determinar los resultados maternos y perinatales en mujeres con cesárea previa. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal; la muestra estuvo conformada por 129 pacientes con antecedente de cesárea que iniciaron trabajo de parto espontáneamente. Los resultados fueron: El 72,9% de las pacientes tuvieron un parto vaginal y al 27,1% se les realizó cesárea iterativa. Se encontró que la edad gestacional fue de 40 semanas, el periodo intergenésico fue mayor de 24 meses. De las pacientes a las que se realizó cesárea iterativa, el 20% fueron por posible desproporción cefalopélvica, el 31,4% presentó un estado fetal intranquilizante, el 34,3% trabajos de parto prolongados y un 14,3% por inminencia de rotura uterina. Las complicaciones perinatales que se presentaron fueron las muertes fetales y la depresión al nacer. Dentro de las complicaciones maternas hubo 2 roturas uterinas para un 16%, así como endometritis, peritonitis, infección de la herida quirúrgica y hemorragias posparto, con más frecuencia en pacientes sometidas a una cesárea iterativa. En conclusión el parto poscesárea es recomendable en pacientes

seleccionadas si se tienen en cuenta los riesgos y complicaciones que éste puede conllevar.⁽¹¹⁾

- ❖ **Leal M, Giacomib L, Moya RA. (2010), “Resultados obstétricos y neonatales de pacientes secundigestas con antecedente de cesárea, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2006 - 2007”, de Costa Rica.** El objetivo fue analizar los resultados obstétricos y neonatales de pacientes con antecedente de cesárea. El tipo de estudio fue observacional analítico de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 306 historias clínicas de pacientes gestantes atendidas en el servicio. Los resultados fueron: el 51,3% de las pacientes se les programó una cesárea electiva, con la indicación de cesárea anterior, el 48,7% de las pacientes restantes se sometió a prueba de parto, de este último grupo el 59,1% de las pacientes sometidas a trabajo de parto tuvieron un parto vaginal exitoso y el 40,9% se le realizó una cesárea intraparto con indicación de labor de parto estacionaria. Las complicaciones obstétricas fueron significativamente mayor en el grupo de pacientes a las que se practicó cesárea intraparto con un 9,2%, de este grupo el 53,6% fue sangrado transquirúrgico, seguido de un 21,4% de sangrado intraparto y 17,9% de sangrado postparto. La ruptura uterina se presentó en el 1,3% de pacientes sometidas a trabajo de parto. Dentro de las complicaciones neonatales el 3,3% presentó Apgar menor a 7 en 5 minutos, en pacientes sometidas a trabajo de parto y finalizaron su labor mediante cesárea, el 10,8% y 2,3% necesitaron reanimación neonatal, en

pacientes sometidas a cesárea electiva y parto vaginal respectivamente. En conclusión en base a los resultados, la atención de un parto vaginal posterior a una cesárea, así como los resultados maternos y neonatales son semejantes a los reportados en otros estudios.⁽¹³⁾

- ❖ **Núñez M, Orquiola L, Aparicio C. (2010), “Prevalencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa”, en el Hospital Materno infantil San Pablo de Paraguay, enero a diciembre de 2009.** El objetivo fue evaluar la prevalencia de partos vaginales posteriores a una cesárea e investigar las causas en casos de una cesárea iterativa. El tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo y de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 289 pacientes gestantes con cesárea previa que tuvieron sus partos en el Hospital Materno Infantil. Los resultados fueron: al 88,3% de las pacientes se les realizó cesárea iterativa y el 12% de pacientes tuvieron un parto vaginal. La principal complicación perinatal que se presentó para la indicación de cesárea iterativa fue la alteración del bienestar fetal con un 23% y la complicación materna fue dehiscencia uterina con un 11,7%. En conclusión la causa más frecuente de las cesáreas iterativas fue la alteración del bienestar fetal, y la prevalencia de parto vaginal en cesareadas previas fue menor a de las cesáreas iterativas.⁽¹⁴⁾

- ❖ **Sandeliz CE, Conde MJ, Castanedo GJ, Medina SM. (2009), “Parto fisiológico en pacientes con cesárea previa”, en la Maternidad del Hospital Central de Windhoek, Cuba, enero a diciembre de 2008.** El

objetivo fue evaluar el número de partos fisiológicos en pacientes con cesárea previa. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal; la muestra estuvo conformada por 528 pacientes con antecedente de cesárea. Los resultados fueron: Se encontró un 62,9% de pacientes que fueron sometidas a una segunda cesárea y 37,1% de pacientes con cesárea previa tuvieron parto fisiológico. Las complicaciones obstétricas que se presentaron en las pacientes de la segunda cesárea fue: 7% de íleo paralítico, 5,7% de sepsis urinaria, 3,2% de atonía uterina, 2,7% de endometritis, 2,3% dehiscencia de herida quirúrgica y 0,6% de rotura uterina. En las pacientes que tuvieron parto fisiológico las complicaciones fueron: 3,6% de endometritis, 2,6% de dehiscencia de episiorrafia y 1,5% de atonía uterina. En conclusión se encontró mayor predominio de pacientes con parto por cesárea y las complicaciones obstétricas fueron más frecuentes en las pacientes que se sometieron al parto por cesárea.⁽¹⁵⁾

- ❖ **Sáenz CN, Santana SR, Torres L. (2010), “Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones materno neonatales”, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Perú, entre enero de 2001 a diciembre de 2009.** El objetivo fue describir las complicaciones materno-neonatales en cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas. El tipo de estudio fue descriptivo de tipo serie de casos; la muestra estuvo conformada por 1591 pacientes con antecedente de cesárea. Los resultados fueron: La edad materna

promedio fue 28,3 y 28,2 en los grupos de parto vaginal y cesárea iterativa respectivamente. El 51,3% de mujeres con parto vaginal y 80,2% con cesárea iterativa tenían como antecedente sólo 1 parto previo; el 48,7% del grupo de parto vaginal y 19,8% de las cesáreas tenía por lo menos un parto vaginal previo. No tuvieron cuidado prenatal adecuado 61,9% y 59,4% gestantes que fueron a parto vaginal y a cesárea respectivamente. La edad gestacional promedio fue de 38,9 y 38,8 en los grupos de parto vaginal y cesárea iterativa. Dentro de las complicaciones maternas en el grupo de pacientes con cesárea iterativa se encontró 18 casos de endometritis, 3 casos de infección de herida operatoria, 4 pacientes con necesidad de transfusión sanguínea y 4 casos de endometritis en el grupo de parto vaginal. Las complicaciones perinatales que se presentaron fueron APGAR ≤ 3 a los 5 minutos, 1 caso en parto vaginal y 2 en cesárea iterativa. En conclusión ambas vías de parto fueron seguras y dependió de la evaluación individual de cada gestante, y la comunicación de los riesgos y beneficios para la toma de decisión conjunta del médico con la paciente.⁽⁹⁾

- ❖ **Santisteban JE, Sánchez MC, Leyva L. (2010), “Parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto de Supe. 2004 - 2008” de Barranca.** El objetivo fue determinar los factores obstétricos asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea. El tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo, longitudinal y de observación; la muestra estuvo

conformada por 89 pacientes con antecedente de cesárea. Los resultados fueron: El éxito de parto vaginal fue 86,5% de los cuales el 69,7% fueron por partos espontáneos y 14,6% partos estimulados con oxitocina. Destacan como factor obstétrico significativo el control prenatal que es 76,4%; así mismo fue un éxito el parto en aquellas madres cuyos neonatos pesaron entre 2,501 gramos y 4,000 gramos, con APGAR normal 68,5%. Se encontró una edad materna promedio de 27,3 años, cuya edad gestacional a término fue 84,2%. El fracaso del parto fue de 13,5%, los factores obstétricos asociados fueron: sufrimiento fetal agudo, distocia de la dinámica uterina e hipertensión inducida por la gestación. En conclusión el éxito del parto vaginal posterior a una cesárea depende del control prenatal que abarque más de 5 controles, el cual tendrá influencia en el peso y APGAR del neonato.⁽⁶⁾

- ❖ **Huertas E, Pocco DJ. (2010), “Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior” en la Unidad de Medicina Fetal, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero a diciembre de 2007.** El objetivo fue determinar los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa, a quienes se les indico prueba de trabajo de parto. El tipo de estudio fue de cohortes, retrospectivo y analítico; la muestra estuvo conformada por 266 gestantes con antecedente de cesárea previa. Los resultados fueron: Al 70,7% de las gestantes con indicación de cesárea electiva repetida y 29,3% con indicación de prueba de trabajo de parto. Ambos grupos de pacientes

tenían una distribución similar en cuanto a edad materna, paridad y peso del recién nacido. La diferencia fue el antecedente de parto vaginal previo y periodo intergenésico menor de 2 años. La totalidad de complicaciones estudiadas se presentaron en el grupo de cesárea electiva. Los resultados maternos muestran en el grupo de cesárea electiva 1 caso de rotura uterina, 1 caso de histerectomía y 2 casos de hemorragia postparto. No hubo muertes maternas en algún grupo. En cuando a los resultados perinatales, no hubo casos de muerte intrauterina, APGAR menor de 7 y ni muerte neonatal en ambos grupos. En conclusión los resultados maternos y perinatales muestran que la prueba de trabajo de parto en gestantes con antecedente de una cesárea previa se asocia con un menor riesgo de resultados adversos, comparado con la cesárea electiva repetida, ya que todas de las complicaciones se presentaron en este último grupo.⁽⁷⁾

- ❖ **Hinostroza DJ. (2010), “Parto vaginal en cesareada anterior una vez”, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero a diciembre de 2010.** El objetivo fue determinar los resultados maternos y perinatales de las pacientes con antecedente de cesárea anterior una vez, sometidas a trabajo de parto comparadas con las sometidas a cesárea iterativa. El tipo de estudio de cohorte y retrospectivo; la muestra estuvo conformada por 266 gestantes con antecedente de cesárea anterior una vez sin contraindicación en la gestación actual para parto vaginal. Los resultados fueron: La tasa de éxito de parto vaginal en la gestante con cesárea

anterior una vez fue de 65,4%. La mayor indicación de cesárea iterativa fue por periodo intergenésico menor de 24 meses y distocia funicular. No se encontró diferencia significativa en las complicaciones obstétricas cuando se comparó el grupo de gestantes sometidas a parto vaginal con el grupo de las gestantes sometidas a cesárea iterativa. No se encontró complicaciones perinatales. En conclusión los resultados maternos y perinatales, indican que no existe diferencia significativa entre las gestantes con antecedente de cesárea anterior una vez, sometidas a trabajo de parto comparadas con las sometidas a cesárea iterativa.⁽¹⁶⁾

❖ **Ramírez JM. (2009), “Complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa: Instituto Nacional Materno Perinatal - 2007”.** El objetivo fue determinar el riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa. El tipo de estudio fue observacional, analítico, retrospectivo, transversal, de tipo casos y controles; la muestra estuvo conformada por 278 gestantes donde se comparó mujeres con cesárea previa y parto vaginal (casos) con mujeres con cesárea previa y cesárea electiva (controles). Los resultados fueron: Existió diferencia estadística significativa entre la edad de las pacientes con cesárea previa y parto vaginal (29,3 +/- 6,4 años). La multiparidad y la gran multiparidad tuvieron asociación estadística significativa con la presencia de complicaciones obstétricas, mientras que la primiparidad con la presencia de complicaciones perinatales. El 12,6% (35) de las pacientes

estudiadas presentó complicaciones obstétricas y el 5,4% (15) complicaciones perinatales, siendo el trauma perineal la complicación obstétrica más frecuente; la asfixia perinatal y la muerte neonatal las principales complicaciones perinatales. El riesgo de complicaciones obstétricas aumentó significativamente con el parto vaginal. Las pacientes con cesárea previa y parto vaginal tuvieron 2,59 veces más asfixia perinatal y 3,12 veces más muerte perinatal que aquellas pacientes con cesárea previa y cesárea electiva a repetición. En conclusión el parto vaginal en pacientes con cesárea previa presentó mayor riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales.⁽²⁾

3.2 MARCO TEÓRICO.

3.2.1 PARTO.

El parto es el periodo del inicio de las contracciones uterinas regulares hasta la expulsión de la placenta, ya sea en forma espontánea o fisiológica, constituyendo la eutocia o en forma anormal o patológica, en cuyo caso constituye la distocia.^(4, 17)

3.2.2 CESÁREA.

1. Historia:

Existen dos teorías sobre el origen del término cesárea. La primera de ellas menciona que se deriva del latín “caedere”, que significa cortar. La segunda explica su origen en la época de Numa Pompilio (672 – 715 a.C.), legendario emperador romano quien

ordenó que todo niño fuera extraído del vientre de su madre si esta fallecía al final del embarazo. Este procedimiento fue denominado “Lex Regia (Ley Real)” y en la era de los cesáreas adquirió el nombre de “Lex caesarea”^(17,18,19)

2. Definición:

La cesárea se define como la terminología quirúrgica del embarazo o del parto por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la cara anterior de la pared uterina (histerotomía) ante una situación de peligro de la madre o el feto de la cavidad abdominal o ante la imposibilidad del feto de nacer normalmente, excluyendo la remoción del feto de la cavidad abdominal en el caso de rotura uterina o en el caso de embarazo abdominal.⁽⁴⁾

3. Incidencia:

La incidencia ha aumentado en las últimas décadas, de manera generalmente innecesaria, lo que debe obligar al Gineco-obstetra a revisar sus indicaciones, ya que la cesárea es una intervención no exenta de morbimortalidad materna fetal. La morbilidad materna puede aumentar de tres a cuatro veces y la morbimortalidad neonatal no ha disminuido apreciablemente, y más bien, pueda incrementar durante el acto quirúrgico en manos no expertas.⁽⁴⁾ Sin lugar a dudas, una explicación para el cambio de dirección de las

tasas de cesáreas en diferentes países es el incremento de la preocupación acerca de la seguridad fetal durante el trabajo de parto.

El monitoreo de las tasas de cesárea es una fórmula de evaluar la práctica Obstétrica y un factor clave en cualquier forma de auditoría y de utilidad para comparaciones internacionales. Con este fin, el American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Cesarean Delivery Rates recomendó dos objetivos para el año 2010 en los Estados Unidos: primero, reducir la tasa de cesáreas al 15,5% en mujeres nulíparas de 37 semanas o más con embarazos únicos en presentación cefálica, y segundo; aumentar el parto vaginal hasta el 37% en mujeres con embarazos únicos de 37 semanas o más con presentación cefálica y una cesárea segmentaria previa.⁽¹⁰⁾ Durante muchos años, los obstetras de todas partes del mundo se ha guiado por la sentencia “Una vez cesárea, siempre cesárea”, dictada por el Dr. E.B. Cragin en 1916, conclusión a la que se llegó debido a que en esa época se aplicaba la técnica conocida hoy día como “cesárea clásica o corpórea”, la cual conlleva un elevado riesgo de rotura uterina y de una alta mortalidad materno-fetal.⁽²⁰⁾

La incisión transversal en el segmento uterino se introduce en 1926, con lo que se deshacen menos fibras musculares, contribuyendo a una mejor cicatrización de la incisión uterina y

disminuye el riesgo de la rotura uterina en los casos de pacientes con cesárea anterior que se someten al trabajo de parto.^(4,20)

4. Mortalidad Materna por Operación Cesárea:

La tasa actual ha disminuido enormemente llegando a cifras de 8 a 10 muertes maternas por 10,000 cesáreas.⁽²¹⁾ La tasa de mortalidad materna en el parto por cesárea repetida electiva es de 13,4 por 100,000 nacimientos; la mitad de estas muertes están relacionadas con la complicaciones intraoperatorias, mientras que otros están relacionados con la anestesia y complicaciones postoperatorias. En los últimos años, ha habido un cambio en la etiología de las muertes desde hemorragia y la infección a los eventos tromboembólicos.⁽²²⁾ Sin embargo, a pesar de estas cifras, el parto vaginal sigue siendo menos riesgoso para la madre que la operación cesárea.⁽²¹⁾

5. Indicaciones:

La operación cesárea está indicada ya sea cuando un parto vaginal no es posible o cuando la ocurrencia del parto vaginal implica grave daño a la salud de la madre o del neonato. Existen indicaciones claras y absolutas, como la placenta previa total. Sin embargo, la mayoría de las indicaciones son relativas, necesitándose de una evolución adecuada de cada caso. Las indicaciones son las siguientes.⁽¹⁷⁾

a) Indicaciones maternas:

- Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Diabetes mellitus complicado.
- Cardiopatía severa.
- Lupus eritematoso sistémico activo.
- Eritoblastosis fetal por incompatibilidad Factor RH.
- VIH-SIDA.
- Herpes Genital Reciente.
- Cáncer de cuello uterino.

b) Incisión uterina previa:

- Cesárea previa, o infección de cicatriz.
- Miomectomía.
- Dolor persistente a nivel de la cicatriz uterina.

c) Indicaciones fetales:

- Alteraciones del bienestar fetal (Sufrimiento Fetal Agudo).
- Distocia de presentación (Bregma, frente, cara y pelviana).
- Prematuridad.
- Macrosomía Fetal.
- Embarazo múltiple.
- Retardo de crecimiento intrauterino.
- Anomalías fetales.

d) Anomalías del parto:

- Desproporción céfalo-pélvica

- Inercia uterina.
- Dilatación estacionaria.
- Inducción fallida.
- Vacuum extractor fallido.

e) Alteraciones placentarias o de los anexos:

- Placenta previa total.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Rotura prematura de membranas.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Procúbito de cordón umbilical.
- Vasa previa.

6. Tipos de incisión uterina:

El tipo de cesárea se ha dado por el tipo de incisión uterina. Las incisiones más empleadas son la cesárea corporal o clásica y la cesárea segmentaria.⁽¹⁸⁾

- **Cesárea clásica:** La cesárea clásica o vertical consiste en la incisión uterina mediana que se realiza en la cara anterior del cuerpo uterino. Fue muy empleada antes de la década de los 70, pero la técnica presenta mayor sangrado, más riesgos de adherencias intestinales a la cicatriz uterina y predispone a una dehiscencia o ruptura de la cicatriz uterina en el siguiente

embarazo, por lo que sus indicaciones han sido limitadas cada vez más.

- **Cesárea segmentaria:** La incisión se realiza en una zona de menos actividad uterina. Es la técnica más recomendable, debido con esta incisión la probabilidad de rotura uterina es muy baja, la pérdida de sangre menor, la técnica de sutura más fácil y los riesgos de infección, de adherencias y de obstrucción intestinal menores.
- **Cesárea extraperitoneal:** Esta técnica se popularizó en los casos de corioamnionitis, para disminuir el riesgo de peritonitis poscesárea, antes de la era antibiótica. Con el empleo de antibióticos cada vez más eficaces y la técnica segmentaria, prácticamente ya no es utilizada.
- **Cesárea histerectomía:** En determinadas circunstancias está indicada la histerectomía a continuación de la cesárea. Algunos autores indican que existen indicaciones electivas de la cesárea histerectomía, las cuales permiten una preparación de la paciente durante el cuidado prenatal; tal es el caso de las gestantes múltipara con miomas uterinos grandes, cáncer in situ de cuello uterino.⁽²³⁾

7. Complicaciones de la cesárea:

Durante muchos siglos, la cesárea ha conllevado alta mortalidad materna. Actualmente 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 antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido notoriamente. Las complicaciones se clasifican en las siguientes:⁽²⁴⁾

a. Complicaciones Anestésicas:

- Hipotensión.
- Cefalea post punción dural.

b. Complicaciones Quirúrgicas:

- Desgarro de la histerotomía.
- Lesiones vasculares.
- Lesiones del tracto urinario.
- Lesión del intestino.
- Lesiones nerviosas.

c. Complicaciones Infecciosas:

- Endometritis.
- Infección del tracto urinario.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Tromboflebitis séptica pélvica.

d. Complicaciones Hemorrágicas postparto:

- Atonía uterina.
- Retención de restos placentarios.
- Desgarro en canal blando del parto o desgarro en cesárea.
- Rotura Uterina.
- Inversión uterina.

e. Complicaciones Tromboembólicas:

- Trombosis venosa profunda (TVP).
- Tromboembolismo pulmonar (TEP).

3.2.3 CESAREA ITERATIVA.

Es el procedimiento quirúrgico que se practica en gestantes con antecedentes de una o más cesáreas previas.^(10, 25, 26) La indicación de cesárea iterativa surge del antecedente de cesárea anterior, representando actualmente el mayor porcentaje de incidencia en casi todas las estadísticas.⁽¹⁹⁾

Hay indicación absoluta de repetir la intervención después de dos cesáreas anteriores, o después de la primera si esta fue realizada según la técnica clásica o corporal. En pacientes con una cesárea anterior, hay indicación de repetirla, si no han transcurrido dos años de la intervención anterior, si la evolución fue complicada con puerperio febril, mala consolidación de herida, infección,

formación de hematomas, y siempre que persista el causal operatorio de la primera intervención.⁽¹⁹⁾

3.2.4 CESAREA PREVIA.

Uno de los problemas de mayor controversia en la Obstetricia es el manejo de las pacientes con cesárea previa. Por el riesgo de rotura uterina a partir de la cicatriz previa, en la época en que se realizaba solamente la cesárea clásica se justificó la frase de “una cesárea, siempre cesárea”. Desde luego, en la mujer que ha tenido dos cesáreas previas no se permite el parto vaginal, salvo excepciones raras, como en los partos prematuros o a término, en fase activa o expulsivo, con la presentación encajada.⁽⁴⁾

Requisitos para la prueba del trabajo de parto en la paciente gestante con antecedente de cesárea previa:⁽⁴⁾

- Inicio espontáneo del parto.
- Presentación cefálica de vértice encajada.
- Cérvix adecuadamente maduro.
- No se repite la indicación de la cesárea anterior.

La paciente gestante con antecedente de cesárea previa con cicatriz buena y que no presenta las complicaciones anotadas, puede ser sometida a trabajo de parto, de preferencia sin inducción, con una vía abierta, sangre de reserva, análisis de laboratorios actualizados, monitorización permanente del estado materno fetal. Ante cualquier

alteración, practicar la cesárea. El periodo expulsivo puede ser acortado con Fórceps o Vacuum extractor por vacío y episiotomía.⁽⁴⁾

3.2.5 PARTO VAGINAL EN CESAREADAS PREVIAS.

Desde algunas décadas, en numerosos países se practica el parto vaginal en pacientes cesareadas previas. Existen numerosos trabajos que plantean que esta es una alternativa segura para las pacientes,^(2, 5, 6, 7, 9, 11,12) a pesar de lo cual se empleó no se ha generalizado y existen controversias en cuanto a su utilización.

El riesgo más temido al someter a trabajo a una paciente con cesárea previa es la rotura uterina, la que se define como un defecto que implica el grueso entero de la pared uterina, incluyendo el peritoneo sobrepuesto, con la salida del contenido intrauterino hacia la cavidad abdómino-pélvica, que requiere intervención operatoria; sin embargo, algunos hacen la diferencia con la rotura uterina incompleta, que se define como aquella en la que el peritoneo visceral permanece indemne.⁽⁸⁾

En el año 2000, se publicó un meta análisis comparativo entre prueba de trabajo de parto y cesárea electiva de 15 estudios, con 45,244 pacientes con antecedente de una cesárea.⁽²⁷⁾ El 72,3% de las sometidas a prueba de trabajo de parto, tuvo con éxito un parto vaginal. El número de rotura uterinas fue del 0,4% para las pacientes con prueba de trabajo de parto, y 0,2% en aquellas con cesárea

electiva. Respecto a muerte materna, ocurrieron 3 en prueba de trabajo de parto y 0 en cesáreas electivas. Respecto a la mortalidad fetal y neonatal, se encontró diferencia estadística significativa, puesto de que se produjeron 0,6% de muertes fetales en trabajo de parto y 0,3% en cesáreas electivas. Asimismo se reportó un meta análisis con más de 400,000 casos publicados en Junio de 2010,⁽¹⁾ donde comunica un riesgo de rotura uterina del 0,32% - 0,47% versus 0.03% para la cesárea electiva. Además la cesárea electiva en casos de cesárea previa aumenta el riesgo de complicaciones serias en futuros embarazos, a medida que aumenta el número de cesáreas aumenta los riesgos de acretismo placentario y de lesiones quirúrgicas.

El colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG),⁽¹⁰⁾ recomienda someter a todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal, salvo que exista alguna de las siguientes circunstancias: que persista la indicación anterior, que la cesárea fuese clásica o desconocida, que le feto pese 4,000 gramos o más, que haya alguna contraindicación para el parto vaginal, que no se pueda monitorizar el parto y, la falta de un anestesiólogo y neonatólogo. No es posible abordar el parto vaginal después de una cesárea (PVDC) contemporánea, cuestión sin considerar primero la razón de la cesárea inicial.

La tasa de parto por cesárea en Estados Unidos ha aumentado del 5% en 1970 al 32,9% en el 2009.⁽⁹⁾ Este dramático incremento en la cesárea no solo se ha observado en EE.UU sino también en otros países desarrollados y de Latinoamérica, donde Chile presenta una tasa actual de 40% y 50% de cesárea.⁽⁶⁾ En nuestro país los establecimientos del Ministerio de Salud en el 2010, registraron 482,550 partos: 21% de ellos fue por cesárea; en el sector privado, el número de nacimientos es menor, pero el porcentaje de cesáreas es mucho mayor: representa entre el 60% y 70%, sostiene Clodoaldo Barreda, médico y administrador de la Asociación de las Clínicas Privadas.⁽²⁸⁾ Si la tasa de cesárea continúa aumentando al mismo ritmo que en los últimos años, la tasa de cesáreas en general, proyecta ser el 56,2% en el 2020.⁽¹⁾ El problema se agudiza si tenemos en cuenta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que estas cifras no deban superar el 15%.⁽⁴⁾

3.2.6 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS:

1. ENDOMETRITIS PUERPERAL.

Es una infección del útero generalmente asociada tanto al parto vaginal como a cesárea. La infección del útero postparto es la causa más común de fiebre puerperal y se designa según su extensión de la enfermedad como endometritis, endometriometritis o endoparametritis. La cesárea es la situación más predecible de endometritis postparto, especialmente después de la ruptura de

membranas de cualquier duración. El rango de incidencia después del parto vaginal es de 0,9 a 3,9% y de cesárea de 10 a 50%.⁽¹⁹⁾

La endometritis postparto es una infección polimicrobiana causada por una gran variedad de microorganismos. Los aislados con mayor frecuencia son: *Streptococcus agalactiae*, *Enterococcus* sp., otros *Streptococcus* aerobios, *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Bacteroides* spp. y *Peptostreptococcus* spp. Los aislados en sangre con mayor frecuencia son *Streptococcus agalactiae* y *Gardnerella vaginalis*.

Chlamydia trachomatis se ha asociado con la forma latente de endometritis postparto, que se manifiesta entre 2 días a 6 semanas después del parto vaginal.⁽²²⁾

2. INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO.

Su frecuencia es de 2 a 16%. Se relaciona con la cateterización uretral y el sondaje vesical continuo durante el parto cesárea y las primeras horas en el postoperatorio. También guarda relación con los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación (hidronefrosis fisiológica con aumento de orina en la pelvis renal) que normalmente desaparecen a las 2 semanas del parto. El tratamiento debe iniciarse con antibióticos de amplio espectro, y la terapia antibiótica posterior se basa en cultivo de orina y resultados

de sensibilidad.⁽²⁴⁾ Se previene realizando la técnica con la máxima asepsia y manteniendo la sonda vesical el tiempo estrictamente necesario.⁽²⁰⁾

3. INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA O EPISIORRAFIA.

Los síntomas y signos de estas formas clínicas aparecen en los primeros días de puerperio a nivel de los desgarros del periné, vulva, vagina, episiorrafia o de la herida quirúrgica abdominal en los casos de operación cesárea.

La frecuencia se reduce a un 2% si aplicamos profilaxis antibiótica perioperatoria. La infección de la pared abdominal tiene su origen en la contaminación de la flora cutánea o la diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea. Los microorganismos más frecuentes aislados son Estafilococo Aureus y Estreptococo de grupo A; menos frecuentes son los bacilos anaerobios que pueden causar celulitis de pared.^(24, 29)

4. TRAUMA PERINEAL.

Ocurrencia de sangrado debido al desgarro perineal de tercer y cuarto grado, durante el trabajo de parto, este se encuentra documentado en la historia clínica.⁽¹⁹⁾

5. ANEMIA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la anemia durante el embarazo, como la presencia de un nivel de hemoglobina menor a 11.0 g/dL en el primer y tercer trimestre, y menor a 10.5 en el segundo trimestre.⁽³⁰⁾

Se clasifica a la anemia ferropénica según el valor de hemoglobina en:

Anemia leve si el valor de hemoglobina está entre 10.1 -10.9 g/dl, Anemia moderada si el valor de hemoglobina está entre 7.1 a 10g/d, Anemia severa si el valor de hemoglobina es inferior a 7g/dl.⁽³¹⁾

6. ATONIA UTERINA.

La atonía uterina es definida como la hemorragia puerperal precoz, debido a la falta de contracción uterina, y sucede aproximadamente en el 5% de los parto. Normalmente el útero se contrae fuertemente inmediatamente después del alumbramiento, esta contracción tetánica constituye una ligadura fisiológica, en la zona de la implantación placentaria, esta contracción junto a un sistema de coagulación indemne previenen la hemorragia puerperal; una alteración en cualquiera de estos dos mecánicos causaran hemorragia post parto.

En el Perú la hemorragia materna es la principal causa de muerte materna en las zonas rurales y aún en los hospitales. Por lo que las investigaciones de causas de muerte y mortalidad materna en el Perú son prioritarias.⁽³⁰⁾

7. HEMORRAGIA POSTPARTO.

A nivel mundial, 35% de las muertes maternas es causada por hemorragias, que por lo general se producen inmediatamente después del parto. En el Perú, la tasa de mortalidad materna es 93/100000n nv, según ENDES 2011.⁽³²⁾ En esta encuesta, la hemorragia sigue siendo la primera causa de morbimortalidad materna, entre otros la anemia, que disminuye la calidad de vida de la mujer. Por lo tanto, el manejo de la tercera etapa del parto es fundamental para prevenir morbilidad y mortalidad materna.⁽³³⁾

Se define como la pérdida de más de 500ml. de sangre durante las 24 horas tras parto vaginal o pérdida de más de 1000ml. tras cesárea (Hemorragia postparto primaria) y hasta las 12 semanas postparto (hemorragia postparto secundaria).⁽²³⁾ También, cuando se constata la caída del hematocrito en 10 puntos luego del tercer estadio del parto o cuando existe la necesidad de transfusión sanguínea. La hemorragia postparto ocurre aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea.⁽³¹⁾

8. DEHICENCIA DE HISTERORRAFIA.

Es una complicación postoperatoria, donde la correcta sutura por planos minimiza esta complicación. No se han apreciado diferencias en el cierre de la aponeurosis con puntos sueltos o de forma continua respecto a la incidencia de evisceración o hernias.⁽¹⁸⁾

9. ROTURA UTERINA.

Es la complicación más temida por las pacientes que han tenido una cesárea en algún embarazo anterior, así, el personal de salud que las atiende. La mayoría de las roturas ocurren en pacientes que han tenido una cesárea previa, pero también puede ocurrir en otros tipos de incisiones uterinas, tales como miomectomias, polipectomias y cirugía sobre tabique uterino. La rotura uterina sintomática en general se refiere a aquella en la que la pared uterina completa (serosa, miometrio y decidua) está rota, que generalmente se acompaña de sangrado y a veces de extrusión de parte o totalidad del feto y placenta, en cuyos casos es que hay morbilidad y mortalidad tanto para madre como para feto.⁽⁴⁾

La incidencia en general es muy baja, pero examinando los diferentes estudios podríamos concluir:

- La rotura sintomática ocurre en el 0 al 7.8 por 1000 intentos de parto vaginal en cesareadas anteriores (TOLAC), con una media

de 3,6%. por tanto comparando TOLAC con cesárea electiva el incremento del riesgo medio es del 2,7%.

- La rotura uterina asintomática ocurre en el 0 a 19 por 1000 TOLAC, con una media de 12,6%. Riesgo que es similar al encontrado con mujeres que ha decidido hacerse una cesárea electiva.

Manifestaciones clínicas que se presenta: alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, dolor abdominal, sangrado, y después del parto: dolor persistente, sangrado vaginal y hematuria.⁽⁴⁾

3.2.7 COMPLICACIONES PERINATALES.

1. DISTOCIA DE HOMBROS(DH).

La DH se define como el fallo en la salida del tronco fetal, que precisa maniobras obstétricas adicionales para la extracción de los hombros fetales, durante el parto vaginal, una vez que la tracción moderada de la cabeza hacia abajo ha fallado.⁽¹⁹⁾

Se estima que ocurre en el 0,2-3% de todos los partos vaginales y representa una emergencia obstétrica. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda considerar una cesárea electiva para prevenir DH ante un peso fetal estimado de más de 5000 gramos en mujeres no diabéticas y mayor de 4500 gramos en mujeres diabéticas.⁽¹⁰⁾ Tanto la cesárea como el parto

vaginal son una vía adecuada para finalizar el parto de una mujer con un episodio previo de DH. La decisión ha de ser tomada por la madre y el ginecólogo.⁽³⁴⁾

2. TRAUMA OBSTÉTRICO.

Se define como traumatismo obstétrico a la injuria física ocasionada al feto durante el nacimiento.⁽³⁵⁾ No siempre se evita con la cesárea. Se producen lesiones fetales en un 0.4% de las mismas (lesiones esqueléticas, de tejidos blandos y neurológicas).⁽¹⁹⁾

3. TAQUIPNEA TRANSITORIA.

La taquipnea transitoria del recién nacido es una enfermedad no infecciosa, que ocurre generalmente en el niño pre término (<37 semanas de gestación) o cercanos al término. Se caracteriza por la presencia de taquipnea (frecuencia respiratoria > 60x'), y dificultad respiratoria después de las primeras seis horas de vida. Se debe a la retención de líquido pulmonar con atrapamiento secundario de aire. Es un proceso generalmente auto eliminado que se resuelve aproximadamente de 24 a 72h.⁽³⁶⁾

4. DEPRESIÓN NEONATAL.

Puntaje de Apgar \leq a 6 a los 5 minutos, con evolución neurológica neonatal normal.⁽³⁷⁾

5. ASFIXIA PERINATAL.

Significa etimológicamente falta de respiración o falta de aire. Clínicamente es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica. La asfixia va a menudo acompañada de isquemia, la cual agrava a su vez la hipoxia tisular, y de acumulación de productos del catabolismo celular. Hablamos de asfixia perinatal porque ésta puede ocurrir antes del nacimiento, durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, como también después del nacimiento. La asfixia afecta todos los órganos y sistemas en diverso grado según su intensidad y duración. Es en el sistema nervioso central donde se produce la injuria más relevante por sus consecuencias en cuanto a mortalidad y secuelas. El daño causado por la asfixia dependerá en último término de la medida en que se altera la entrega de oxígeno a los tejidos, la cual depende de.⁽⁴⁾

- La cantidad de oxígeno de la sangre arterial, que está determinada por la concentración de hemoglobina, tipo de hemoglobina y PaO₂.
- Circulación adecuada.

La incidencia de la asfixia, se puede estimar en alrededor de 0,2 a 0,4% de los recién nacidos.

6. MUERTE NEONATAL.

La OMS, define como muerte fetal a la que ocurre previa expulsión o extracción completa del producto de la concepción, entre la semana 22 de gestación o 500 gramos o más de peso hasta los siete días de nacido.⁽²⁰⁾

3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

- **Apgar:** Este sistema de puntuación es una herramienta clínica útil para identificar a los recién nacidos que requieren reanimación. Se asigna de 0-10 puntos, en el primer minuto y a los 5 minutos después del parto. Al primer minuto si es 7-10 puntos es normal, de 4-6 puntos (respiración deprimida, flacidez y color pálido o cianótico; sin embargo la frecuencia cardiaca y la irritabilidad refleja son buenas). De 0-3 puntos, gravemente deprimidos (bradicardia, respuesta refleja o ausente; debe procederse a la reanimación que incluye ventilación

artificial). A los 5 minutos tiene relación directa con la mortalidad y morbilidad del neonato.⁽⁴⁾

- **Atención prenatal:** Es la vigilancia y evaluación de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Considerar que todo embarazo es potencialmente en riesgo.⁽⁴¹⁾
- **Cesárea:** Es la intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal. Realizada cuando el parto vaginal no es posible o conlleva algún riesgo para la madre o el feto.⁽⁴⁾
- **Cesárea previa:** Es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.⁽⁴⁾
- **Cesárea iterativa:** Es la que se practica en una paciente con antecedente de cesárea.⁽⁴⁾
- **Complicaciones obstétricas:** Se refieren a alteraciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el periodo neonatal inicial.⁽³⁸⁾
- **Complicaciones perinatales:** Son aquellas complicaciones que amenazan la vida fetal intrauterina o neonatal, estas se pueden presentar durante el embarazo y en el transcurso del trabajo de parto.^(29,38)

- **Edad materna:** Según la OPS la edad materna recomendada es después de los 18 años y antes de los 35 años. El primer embarazo no debería producirse antes de los 18 años como mínimo, ya que una mujer comienza a estar físicamente preparada a partir de esta edad, de lo contrario tiene mayores probabilidades de nacer prematuro y/o con un bajo peso y el parto tiende a ser complicado. En las mujeres mayores de 35 años las enfermedades crónicas preexistentes, si ya han tenido 4 o más embarazos o su primer embarazo representan un grave riesgo para la gestación y el parto.⁽⁴²⁾
- **Muerte materna:** Muerte de una mujer resultado de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente, pero no por causas accidentales o incidentales.⁽³⁹⁾
- **Paridad:** Clasificación de la madre según el número de partos anteriores a la gestación actual: nulípara (0 hijos), multípara (2-5 hijos) y gran multípara (≥ 6 hijos).⁽⁴⁰⁾
- **Parto vaginal:** Comprende el nacimiento del feto y la expulsión de la placenta (alumbramiento), desde el útero y a través del cuello uterino y el canal del parto (vagina); llamado también parto eutócico o natural.⁽²⁰⁾

- **Periodo intergenésico:** Es el tiempo comprendido entre dos nacimientos consecutivos de la misma madre. Lo consideramos corto cuando es menor que 1 año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.⁽⁴⁾
- **Sufrimiento fetal agudo:** Es un proceso patológico que se origina a consecuencia de la insuficiencia de oxígeno en la sangre y órganos fetales, lo que origina trastornos del equilibrio ácido básico, por acumulación de productos insuficientes oxidados, y como consecuencia acidosis.⁽¹⁹⁾

4. MATERIALES Y MÉTODOS.

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

- Retrospectivo: por el período del cual se recopiló la información.
- Transversal: por la evolución del fenómeno investigado.
- Observacional: por la interferencia de las investigadoras en el fenómeno.
- Comparativo - Correlacional: por el propósito y alcance de las contribuciones que se pretendió hacer con la investigación. ^(43, 44)

4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño seleccionado a emplearse en el presente estudio, fue el diseño no experimental de tipo Transeccional o Transversal Correlacional, cuyo diagrama es el siguiente:

M	O	r	O
1	x		y

M	O	r	O
2	x		z

Donde:

M_{1,2}: Muestra (cesárea iterativa y parto vaginal)

O : Observaciones.

x, y, z: Subíndices que indican las observaciones obtenidas de cada una de las 2 variables:

x: Complicaciones obstétricas y perinatales.

y: Cesárea iterativa.

z: Parto vaginal.

r : Posible relación entre las variables estudiadas.

4.3 POBLACIÓN O UNIVERSO.

El estudio se realizó en el Hospital Regional de Huacho, establecimiento de salud de categoría II-2 de nivel de atención, centro de referencia de los establecimientos de las provincias de Huaura y Oyón. La población objetivo estuvo conformada por pacientes gestantes con antecedente de una cesárea previa que se controlaron el embarazo y tuvieron parto institucional en dicho nosocomio, entre el 01 de enero del 2011 y el 31 de diciembre del 2012, con un total (N) de 610 pacientes y sus recién nacidos en la misma proporción.

4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA.

4.4.1 Unidad de análisis:

Fue cada gestante cesareada anterior que tuvo parto vaginal o cesárea iterativa.

4.4.2 Muestra:

En concordancia con el tipo de investigación, los objetivos y el

alcance de las contribuciones que se pretendió hacer con el presente estudio, se usó el muestreo probabilístico, ^(43,45,46) para lo cual se determinó el tamaño de la muestra mediante la aplicación de las siguientes fórmulas:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Donde:

n = Pacientes necesarias en cada uno de los grupos.

$z_{1-\alpha/2}$ = Nivel de seguridad.

$z_{1-\beta}$ = Poder estadístico.

p_1 = Valor de la proporción en el grupo con cesárea iterativa.

p_2 = Valor de la proporción en el grupo con parto vaginal.

P = Media de las dos proporciones p_1 y p_2 .

Por anteriores investigaciones se sabe lo siguiente:

a) Proporción de cesareadas previas con cesárea iterativa (p_1):

90%

b) Proporción de cesareadas previas con parto vaginal (p_2): 80%

Además:

c) Nivel de seguridad ($z_{1-\alpha/2}$): 95% = 1,960

d) Poder estadístico ($z_{1-\beta}$): 80% = 0,842

Con esta información se procedió a calcular p (media de las dos proporciones p_1 y p_2):

$$p = 0,90 + 0,80 / 2 = 0,85$$

Aplicando este resultado en la primera fórmula, se obtuvo lo siguiente:

$$n = \frac{\left[1,960 \sqrt{(2 \times 0,85) \times (1 - 0,85)} + 0,842 \sqrt{0,90 \times (1 - 0,90) + 0,80 \times (1 - 0,80)} \right]^2}{(0,90 - 0,80)^2}$$

$$n = 199$$

Por lo tanto la muestra estuvo conformada por 398 pacientes cesareadas previas, divididas en dos grupos de pacientes con cesárea iterativa (199) y con parto vaginal (199).

Para la selección de los elementos muestrales se utilizó el registro de las gestantes cesareadas previas, cuyo cuidado pre-natal y atención de parto se llevó a cabo en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Huacho, durante el periodo 2011 - 2012;

siendo importante mencionar que se seleccionó a las unidades muestrales en forma aleatoria.

Criterios de inclusión:

- Pacientes gestantes con embarazo a término (≥ 37 semanas).
- Gestante con cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja.
- Presentación de cefálica de vértice.
- Gestantes cuya atención pre-natal y atención de parto se llevó a cabo en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Huacho.
- Ausencia de patología materna y/o fetal diagnosticada antes del inicio del trabajo de parto.
- Historia clínica completa.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con indicaciones absolutas de cesárea.
- Embarazo pre término o prolongado.
- Pacientes gestante con antecedente de cesárea previa con incisión corporal o "T" invertida.
- Diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas.
- Presentación y situación fetal anómalas.
- Historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta.

4.5 INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS.

4.5.1 INSTRUMENTO.

La recolección de la información se realizó tomando como fuente de información secundaria las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Huacho.

Para ello se hizo uso de una ficha de recolección de datos (ANEXO N° 01) compuesta por cuatro partes, la cual fue elaborada de acuerdo al problema y los objetivos de investigación; según se detalla a continuación:

- Primera parte: Datos generales: contiene 02 ítems en total.
- Segunda parte: Antecedentes maternos: comprende 04 ítems.
- Tercera parte: Complicaciones obstétricas: abarca 09 ítems.
- Cuarta parte: Complicaciones perinatales: contiene 06 ítems.

El instrumento de recolección de datos fue sometido a la prueba de Juicio de Expertos para su validación (ANEXO N° 02), para lo cual se consultó a un Médico en la especialidad de Neonatología y/o Pediatría, un Médico Gineco – Obstetra, un Obstetra y un Estadístico. Asimismo, luego de la aplicación de una prueba piloto, se procedió al cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante el Coeficiente alfa de Crombach (ANEXO N° 03).

4.5.2 TÉCNICA.

Se utilizó el método retrospectivo de recolección, durante el período de estudio para recoger información de las fuentes secundarias. El instrumento de la investigación que fue empleado fue la ficha de recolección de datos (ANEXO N° 01). La información requerida se obtuvo de:

- Historia clínica materna y perinatal.
- Software del sistema informativo perinatal (SIP): para identificar las historias clínicas y determinar el tamaño de la población y muestra.

4.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Para el procesamiento de la información y de acuerdo a la naturaleza de las preguntas, se usó el programa estadístico SPSS V19.0.

Se utilizó como instrumento de análisis la distribución de frecuencias, cuadros de doble entrada y gráficos de frecuencia.

Se aplicó la prueba de diferencia de proporciones para evaluar la existencia de una diferencia significativa entre los resultados de los grupos de cesareadas previas con parto vaginal y cesáreas iterativas, así como la prueba del Chi cuadrado para evaluar su relación con los antecedentes maternos.

4.7 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

La recolección de datos, se realizó a través de una ficha, en la cual no se expuso la privacidad de las pacientes, respetando todos los acuerdos de ética internacional. Sólo se incluyeron datos maternos y datos del recién nacido, por lo que no se tomó en cuenta nombres, lugar de residencia, ni ningún dato que pueda perjudicar la integridad de las personas en estudio.

No se usó la declaración de consentimiento informado, debido a que no se trabajó directamente con las pacientes, sólo se extrajeron datos relevantes para el estudio de las historias clínicas (ANEXO N° 01).

5. RESULTADOS.

A continuación se describirán los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos específicos planteados en la presente investigación.

5.1 PREVALENCIA DE LA CESÁREA ITERATIVA Y DEL PARTO VAGINAL EN CESAREADAS PREVIAS.

Tabla 1. Prevalencia de la cesárea iterativa en cesareadas previas

DATOS	AÑO 2011	AÑO 2012
Nº de casos de cesárea iterativa en cesareadas previas	187	191
Total de gestantes cesareadas previas	312	298
PREVALENCIA	59,9%	64,1%

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

En la tabla 1: Se evidencia la prevalencia de la cesárea iterativa en cesareadas previas en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2011 y 2012, observándose que existe un aumento en dicha prevalencia, la cual de 59,9% en el 2011 subió a 64,1% para el año 2012, es decir que de cada 100 gestantes cesareadas previas atendidas en dicho nosocomio, 64 de ellas fueron sometidas a una cesárea iterativa.

5.1 PREVALENCIA DE LA CESÁREA ITERATIVA Y DEL PARTO VAGINAL EN CESAREADAS PREVIAS.

Tabla 2. Prevalencia del parto vaginal en cesareadas previas

DATOS	AÑO 2011	AÑO 2012
N° de casos de parto vaginal en cesareadas previas	125	107
Total de gestantes cesareadas previas	312	298
PREVALENCIA	40,1%	35,9%

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

La tabla 2: Guarda relación con los hallazgos de la tabla anterior, con la diferencia que en este caso se observa la prevalencia del parto vaginal en cesareadas previas, en cuyo caso se evidencia una disminución, ya que de 40,1% para el año 2011, descendió a 35,9% en el 2012, lo cual significa que de todos los casos de cesareadas previas atendidos, sólo la tercera parte de ellos logró un parto vía vaginal.

5.2 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES DE LA CESÁREA ITERATIVA EN CESAREADAS PREVIAS.

Tabla 3. Complicaciones obstétricas de la cesárea iterativa en cesareadas previas

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	Nº	%
Endometritis puerperal	4	3,1
Infección del tracto urinario	37	28,5
Infección de herida operatoria o episiorrafia	15	11,5
Trauma perineal	0	0
Anemia	66	50,8
Atonía uterina	2	1,5
Hemorragia postparto	3	2,3
Dehiscencia de histerorrafia	2	1,5
Rotura uterina	1	0,8
TOTAL	130	100

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

En la tabla 3: Se resume la frecuencia de las complicaciones obstétricas que se han presentado en las pacientes cesareadas previas como consecuencia de haber sido sometidas a una cesárea iterativa, donde la mitad de dichas pacientes presentaron anemia (50,8%), seguido de la infección del tracto urinario con el 28,5%.

5.2 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES DE LA CESÁREA ITERATIVA EN CESAREADAS PREVIAS.

Tabla 4. Complicaciones perinatales de la cesárea iterativa en cesareadas previas.

COMPLICACIONES PERINATALES	Nº	%
Distocia de hombros	0	0
Trauma obstétrico	1	2,4
Taquipnea transitoria	9	21,4
Depresión neonatal	26	61,9
Asfixia perinatal	6	14,3
Muerte neonatal	0	0
TOTAL	42	100

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

En la tabla 4: Se evidencia las principales complicaciones perinatales de la cesárea iterativa en cesareadas previas, donde casi las dos terceras de los recién nacidos presentaron depresión neonatal (61,9%), además de taquipnea transitoria (21,4%) y asfixia perinatal (14,3%). No se evidenció ningún caso de muerte neonatal.

5.3 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES DEL PARTO VAGINAL EN CESAREADAS PREVIAS.

Tabla 5. Complicaciones obstétricas del parto vaginal en cesareadas previas

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	Nº	%
Endometritis puerperal	1	1,2
Infección del tracto urinario	16	19
Infección de herida operatoria o episiorrafia	10	11,9
Trauma perineal	21	25
Anemia	33	39,3
Atonía uterina	0	0
Hemorragia postparto	3	3,6
Dehiscencia de histerorrafia	0	0
Rotura uterina	0	0
TOTAL	84	100

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

En la tabla 5: Con respecto a la frecuencia de las complicaciones obstétricas del parto vaginal en las pacientes cesareadas previas, se observa que al igual que la cesárea iterativa, la complicación más frecuente estuvo representada por los casos de anemia, sólo que en este caso con una menor proporción con el 39,3%, seguido del trauma perineal (25%), complicación que no existió en ninguna paciente sometida a cesárea iterativa.

5.3 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES DEL PARTO VAGINAL EN CESAREADAS PREVIAS.

Tabla 6. Complicaciones perinatales del parto vaginal en cesareadas previas

COMPLICACIONES PERINATALES	Nº	%
Distocia de hombros	0	0
Trauma obstétrico	9	36
Taquipnea transitoria	3	12
Depresión neonatal	11	44
Asfixia perinatal	2	8
Muerte neonatal	0	0
TOTAL	25	100

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

En la tabla 6: se dan a conocer las complicaciones perinatales del parto vaginal en cesareadas previas, donde la complicación más frecuente fue la depresión neonatal (44%), cifra claramente menor a los casos de depresión presentados en la cesárea iterativa (61,9%). Asimismo, el trauma obstétrico se presentó en más de la tercera parte de los recién nacidos con el 36%, no evidenciándose tampoco ningún caso de muerte neonatal.

5.4 PRINCIPALES ANTECEDENTES MATERNOS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES.

Tabla 7. Complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa según la edad materna

COMPLICACIONES DE LA CESÁREA ITERATIVA	EDAD MATERNA						TOTAL		Resultados análisis estadístico
	12 - 17 años		18 - 34 años		≥ a 35 años		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS									
Endometritis puerperal	0	0	3	2,3	1	0,8	4	3,1	$X^2_c = 10,694$ $p > 0,05$
Infección del tracto urinario	1	0,8	30	23,1	6	4,6	37	28,5	
Infección de herida operatoria o episiorrafia	1	0,8	12	9,2	2	1,5	15	11,5	
Trauma perineal	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anemia	1	0,8	58	44,6	7	5,4	66	50,8	
Atonía uterina	0	0	2	1,5	0	0	2	1,5	
Hemorragia postparto	0	0	3	2,3	0	0	3	2,3	
Dehiscencia de histerorrafia	0	0	2	1,5	0	0	2	1,5	
Rotura uterina	0	0	0	0	1	0,8	1	0,8	
TOTAL	3	2,4	110	84,5	17	13,1	130	100	
COMPLICACIONES PERINATALES									
Distocia de hombros	0	0	0	0	0	0	0	0	$X^2_c = 3,197$ $p > 0,05$
Trauma obstétrico	0	0	1	2,4	0	0	1	2,4	
Taquipnea transitoria	0	0	9	21,4	0	0	9	21,4	
Depresión neonatal	3	7,1	18	42,9	5	11,9	26	61,9	
Asfíxia perinatal	0	0	5	11,9	1	2,4	6	14,3	
Muerte neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	3	7,1	33	78,6	6	14,3	42	100	

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

En la tabla 7: Se evidencia las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa según la edad de las pacientes, donde el 44,6% de gestantes entre 18 a 34 años presentó anemia, mientras que el 42,9% de este mismo grupo etáreo tuvo recién nacidos con depresión neonatal.

Asimismo, el análisis estadístico no demostró una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa con la edad materna, con $p > 0,05$, lo cual significa que las complicaciones de la cesárea iterativa se pueden presentar en cualquier paciente independientemente de su edad.

5.4 PRINCIPALES ANTECEDENTES MATERNOS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES.

Tabla 8. Complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa según la paridad

COMPLICACIONES DE LA CESÁREA ITERATIVA	PARIDAD						TOTAL		Resultados análisis estadístico
	Primípara		Múltipara		Gran múltipara		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS									
Endometritis puerperal	0	0	4	3,1	0	0	4	3,1	$X^2_c = 41,703$ $p < 0,05$
Infección del tracto urinario	13	10	23	17,7	1	0,8	37	28,5	
Infección de herida operatoria o episiorrafia	2	1,5	13	10	0	0	15	11,5	
Trauma perineal	0	0	0	0	0	0	0	0	
Anemia	22	16,9	41	31,5	3	2,3	66	50,8	
Atonía uterina	2	1,5	0	0	0	0	2	1,5	
Hemorragia postparto	3	2,3	0	0	0	0	3	2,3	
Dehiscencia de histerorrafia	1	0,8	1	0,8	0	0	2	1,5	
Rotura uterina	0	0	0	0	1	0,8	1	0,8	
TOTAL	43	33	82	63,1	5	3,9	130	100	
COMPLICACIONES PERINATALES									
Distocia de hombros	0	0	0	0	0	0	0	0	$X^2_c = 21,833$ $p < 0,05$
Trauma obstétrico	0	0	1	2,4	0	0	1	2,4	
Taquipnea transitoria	3	7,1	6	14,3	0	0	9	21,4	
Depresión neonatal	9	21,4	17	40,5	0	0	26	61,9	
Asfixia perinatal	3	7,1	2	4,8	1	2,4	6	14,3	
Muerte neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	15	35,6	26	62	1	2,4	42	100	

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

En la tabla 8: Se evidencia que el grupo de las pacientes multíparas fue el que presentó el mayor número de complicaciones, tanto obstétricas (63,1%) como perinatales (62%), de las cuales la anemia y la depresión neonatal fueron las más frecuentes con el 31,5% y 40,5%, respectivamente.

Por otro lado, el análisis estadístico concluyó una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa con la paridad de las pacientes, ante lo cual se puede afirmar que la paridad sí se constituye en un factor de influencia para presentar complicaciones luego de una cesárea iterativa, con $p < 0,05$.

5.4 PRINCIPALES ANTECEDENTES MATERNOS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES.

Tabla 9. Complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa según la atención pre-natal

COMPLICACIONES DE LA CESÁREA ITERATIVA	ATENCIÓN PRE-NATAL (APN)				TOTAL		Resultados análisis estadístico
	< a 6 APN		6 o más APN				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS							
Endometritis puerperal	1	0,8	3	2,3	4	3,1	$X^2_c = 7,408$ $p > 0,05$
Infección del tracto urinario	9	6,9	28	21,5	37	28,5	
Infección de herida operatoria o episiorrafia	2	1,5	13	10	15	11,5	
Trauma perineal	0	0	0	0	0	0	
Anemia	22	16,9	44	33,8	66	50,8	
Atonía uterina	1	0,8	1	0,8	2	1,5	
Hemorragia postparto	0	0	3	2,3	3	2,3	
Dehiscencia de histerorrafia	1	0,8	1	0,8	2	1,5	
Rotura uterina	1	0,8	0	0	1	0,8	
TOTAL	37	28,5	93	71,5	130	100	
COMPLICACIONES PERINATALES							
Distocia de hombros	0	0	0	0	0	0	$X^2_c = 1,833$ $p > 0,05$
Trauma obstétrico	0	0	1	2,4	1	2,4	
Taquipnea transitoria	5	11,9	4	9,5	9	21,4	
Depresión neonatal	9	21,4	17	40,5	26	61,9	
Asfixia perinatal	2	4,8	4	9,5	6	14,3	
Muerte neonatal	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	16	38,1	26	61,9	42	100	

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

En la tabla 9: Se observa las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa según la atención pre-natal que tuvieron las pacientes durante su gestación, donde a pesar de tener 6 o más atenciones pre-natales, se presentó un gran número de complicaciones obstétricas (71,5%) y perinatales (61,9%), situación preocupante, ya que reflejaría que durante los controles pre-natales no se está realizando una adecuada evaluación de las gestantes, orientada a la prevención y detección oportuna de los factores que pudieran condicionar y aumentar la susceptibilidad de las pacientes a presentar complicaciones durante su parto.

Asimismo, el análisis de los resultados estadísticos no permite demostrar una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa con la atención pre-natal, con $p > 0,05$, lo que nos permite concluir que la presencia de complicaciones en la madre y su recién nacido después de una cesárea iterativa, es independiente del número de atenciones pre-natales que se haya tenido durante el embarazo.

5.4 PRINCIPALES ANTECEDENTES MATERNOS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES.

Tabla 10. Complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa según el período intergenésico

COMPLICACIONES DE LA CESÁREA ITERATIVA	PERÍODO INTERGENÉSICO				TOTAL		Resultados análisis estadístico
	Menor de 2 años		Mayor de 2 años		N°	%	
	N°	%	N°	%			
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS							
Endometritis puerperal	2	1,5	2	1,5	4	3,1	$X^2_c = 19,007$ $p < 0,05$
Infección del tracto urinario	17	13,1	20	15,4	37	28,5	
Infección de herida operatoria o episiorrafia	9	6,9	6	4,6	15	11,5	
Trauma perineal	0	0	0	0	0	0	
Anemia	25	19,2	41	31,6	66	50,8	
Atonía uterina	1	0,8	1	0,8	2	1,5	
Hemorragia postparto	2	1,5	1	0,8	3	2,3	
Dehiscencia de histerorrafia	2	1,5	0	0	2	1,5	
Rotura uterina	1	0,8	0	0	1	0,8	
TOTAL	59	45,3	71	54,7	130	100	
COMPLICACIONES PERINATALES							
Distocia de hombros	0	0	0	0	0	0	$X^2_c = 12,932$ $p < 0,05$
Trauma obstétrico	0	0	1	2,4	1	2,4	
Taquipnea transitoria	5	11,9	4	9,5	9	21,4	
Depresión neonatal	14	33,3	12	28,6	26	61,9	
Asfixia perinatal	2	4,8	4	9,5	6	14,3	
Muerte neonatal	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	21	50	21	50	42	100	

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

En la tabla 10: Se muestra que el grupo de las pacientes con un período intergenésico mayor de 2 años, fueron las que presentaron en mayor número anemia con el 31,6%, seguido de las mujeres con período intergenésico menor de 2 años (19,2%). Tendencia contraria se evidenció con respecto a las complicaciones perinatales donde el intervalo menor de 2 años fue el que mostró mayores casos de depresión neonatal (33,3%) versus las pacientes que tuvieron su parto después de este período de tiempo.

Por otro lado, el análisis estadístico concluyó una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa con el período intergenésico, situación que reflejaría que el intervalo intergenésico menor de 2 años influye para la presencia de complicaciones luego de una cesárea iterativa en cesareadas anteriores, con $p < 0,05$.

5.4 PRINCIPALES ANTECEDENTES MATERNOS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES.

Tabla 11. Complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal según la edad materna

COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL	EDAD MATERNA						TOTAL		Resultados análisis estadístico
	12 - 17 años		18 - 34 años		≥ a 35 años		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS									
Endometritis puerperal	0	0	1	1,2	0	0	1	1,2	$X^2_c = 4,558$ $p > 0,05$
Infección del tracto urinario	1	1,2	14	16,6	1	1,2	16	19	
Infección de herida operatoria o episiorrafia	0	0	10	11,9	0	0	10	11,9	
Trauma perineal	1	1,2	18	21,4	2	2,4	21	25	
Anemia	1	1,2	28	33,3	4	4,8	33	39,3	
Atonía uterina	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hemorragia postparto	0	0	2	2,4	1	1,2	3	3,6	
Dehiscencia de histerorrafia	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rotura uterina	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	3	3,6	73	86,8	8	9,6	84	100	
COMPLICACIONES PERINATALES									
Distocia de hombros	0	0	0	0	0	0	0	0	$X^2_c = 12,937$ $p > 0,05$
Trauma obstétrico	0	0	8	32	1	4	9	36	
Taquipnea transitoria	0	0	2	8	1	4	3	12	
Depresión neonatal	0	0	9	36	2	8	11	44	
Asfixia perinatal	1	4	1	4	0	0	2	8	
Muerte neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	1	4	20	80	4	16	25	100	

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

En la tabla 11: Se observa las complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal de acuerdo a la edad de las pacientes, donde el 33,3% de gestantes entre 18 a 34 años presentó anemia, mientras que el 36% de este mismo grupo etáreo tuvo recién nacidos con depresión neonatal; situación similar a lo ocurrido en los casos de cesárea iterativa.

Por su parte, el análisis estadístico no demostró una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal con la edad materna, con $p > 0,05$, lo cual significa que las complicaciones del parto vaginal se pueden presentar en pacientes de cualquier edad.

5.4 PRINCIPALES ANTECEDENTES MATERNOS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES.

Tabla 12. Complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal según la paridad

COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL	PARIDAD						TOTAL		Resultados análisis estadístico
	Primípara		Múltipara		Gran múltipara		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS									
Endometritis puerperal	1	1,2	0	0	0	0	1	1,2	
Infección del tracto urinario	11	13,1	5	5,9	0	0	16	19	
Infección de herida operatoria o episiorrafia	6	7,1	4	4,8	0	0	10	11,9	$X^2_c = 29,728$ $p < 0,05$
Trauma perineal	8	9,5	13	15,5	0	0	21	25	
Anemia	18	21,4	15	17,9	0	0	33	39,3	
Atonía uterina	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hemorragia postparto	2	2,4	1	1,2	0	0	3	3,6	
Dehiscencia de histerorrafia	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rotura uterina	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	46	54,7	38	45,3	0	0	84	100	
COMPLICACIONES PERINATALES									
Distocia de hombros	0	0	0	0	0	0	0	0	
Trauma obstétrico	1	4	8	32	0	0	9	36	$X^2_c = 24,155$ $p < 0,05$
Taquipnea transitoria	1	4	2	8	0	0	3	12	
Depresión neonatal	6	24	5	20	0	0	11	44	
Asfixia perinatal	2	8	0	0	0	0	2	8	
Muerte neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	10	40	15	60	0	0	25	100	

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

En la tabla 12: Se evidencia que el grupo de las pacientes primíparas fue el que presentó el mayor número de complicaciones obstétricas (54,7%), mientras que las multíparas presentaron mayores complicaciones perinatales (60%), de las cuales la anemia y la depresión neonatal fueron las más frecuentes con el 21,4% y 24%, respectivamente.

Por otro lado, el análisis estadístico concluyó una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal con la paridad de las pacientes, ante lo cual se puede concluir que la paridad es un factor de influencia para presentar complicaciones luego de un parto vaginal en cesareadas previas, con $p < 0,05$.

5.4 PRINCIPALES ANTECEDENTES MATERNOS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES.

Tabla 13. Complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal según la atención pre-natal

COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL	ATENCIÓN PRE- NATAL (APN)				TOTAL		Resultados análisis estadístico
	< a 6 APN		6 o más APN		N°	%	
	N°	%	N°	%			
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS							
Endometritis puerperal	0	0	1	1,2	1	1,2	
Infección del tracto urinario	5	5,9	11	13,1	16	19	
Infección de herida operatoria o episiorrafia	4	4,8	6	7,1	10	11,9	$X^2_c = 9,305$ $p > 0,05$
Trauma perineal	2	2,4	19	22,6	21	25	
Anemia	3	3,6	30	35,7	33	39,3	
Atonía uterina	0	0	0	0	0	0	
Hemorragia postparto	0	0	3	3,6	3	3,6	
Dehiscencia de histerorrafia	0	0	0	0	0	0	
Rotura uterina	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	14	16,7	70	83,3	84	100	
COMPLICACIONES PERINATALES							
Distocia de hombros	0	0	0	0	0	0	
Trauma obstétrico	2	8	7	28	9	36	$X^2_c = 0,884$ $p > 0,05$
Taquipnea transitoria	1	4	2	8	3	12	
Depresión neonatal	2	8	9	36	11	44	
Asfixia perinatal	0	0	2	8	2	8	
Muerte neonatal	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	5	20	20	80	25	100	

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

En la tabla 13: Se observa las complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal según la atención pre-natal que tuvieron las pacientes durante su embarazo, donde aunque tuvieron 6 o más atenciones pre-natales, se presentó un gran número de complicaciones obstétricas (83,3%) y perinatales (80%), situación realmente alarmante, pues significaría deficiencias durante la realización de los controles pre-natales, los cuales no se estarían llevando a cabo con una adecuado nivel de calidad.

Asimismo, el análisis de los resultados estadísticos no permite demostrar una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal con la atención pre-natal, con $p > 0,05$, lo que nos permite concluir que la presencia de dichas complicaciones en pacientes cesareadas anteriores luego de un parto vaginal, es independiente del número de atenciones pre-natales que se haya tenido durante la gestación.

5.4 PRINCIPALES ANTECEDENTES MATERNOS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES.

Tabla 14. Complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal según el período intergenésico

COMPLICACIONES DEL PARTO VAGINAL	PERÍODO INTERGENÉSICO				TOTAL		Resultados análisis estadístico
	Menor de 2 años		Mayor de 2 años		N°	%	
	N°	%	N°	%			
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS							
Endometritis puerperal	0	0	1	1,2	1	1,2	$X^2_c = 16,707$ $p < 0,05$
Infección del tracto urinario	1	1,2	15	17,9	16	19	
Infección de herida operatoria o episiotomía	2	2,4	8	9,5	10	11,9	
Trauma perineal	4	4,8	17	20,2	21	25	
Anemia	6	7,1	27	32,1	33	39,3	
Atonía uterina	0	0	0	0	0	0	
Hemorragia postparto	3	3,6	0	0	3	3,6	
Dehiscencia de histerotomía	0	0	0	0	0	0	
Rotura uterina	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	16	19,1	68	80,9	84	100	
COMPLICACIONES PERINATALES							
Distocia de hombros	0	0	0	0	0	0	$X^2_c = 12,777$ $p < 0,05$
Trauma obstétrico	3	12	6	24	9	36	
Taquipnea transitoria	0	0	3	12	3	12	
Depresión neonatal	3	12	8	32	11	44	
Asfixia perinatal	1	4	1	4	2	8	
Muerte neonatal	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	7	28	18	72	25	100	

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

En la tabla 14: Se muestra que el grupo de las pacientes con un período intergenésico mayor de 2 años, fueron las que presentaron en mayor número anemia con el 32,1%, seguido trauma perineal con el 20,2%. Similar tendencia se evidenció con respecto a las complicaciones perinatales, donde la depresión neonatal se presentó mayormente en las mujeres con período intergenésico mayor de 2 años (32%).

Por su parte, el análisis estadístico concluyó una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal con el período intergenésico, situación que reflejaría que el intervalo intergenésico es un factor de influencia para la presencia de complicaciones luego de un parto vaginal en cesareadas anteriores, con $p < 0,05$.

5.5 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES DE LA CESÁREA ITERATIVA Y DEL PARTO VAGINAL EN CESAREADAS PREVIAS.

Tabla 15. Diferencia entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas

COMPLICACIONES DE LA CESÁREA ITERATIVA Y DEL PARTO VAGINAL	TIPO DE PARTO				TOTAL		Resultados análisis estadístico
	Cesárea Iterativa		Parto Vaginal		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS							
Endometritis puerperal	4	1,9	1	0,5	5	2,4	
Infección del tracto urinario	37	17,3	16	7,5	53	24,8	
Infección de herida operatoria o episiorrafia	15	7	10	4,7	25	11,7	$X^2_c = 40,085$
Trauma perineal	0	0	21	9,8	21	9,8	$Z_c = 5,592$
Anemia	66	30,8	33	15,4	99	46,2	$p < 0,05$
Atonía uterina	2	0,9	0	0	2	0,9	
Hemorragia postparto	3	1,4	3	1,4	6	2,8	
Dehiscencia de histerorrafia	2	0,9	0	0	2	0,9	
Rotura uterina	1	0,5	0	0	1	0,5	
TOTAL	130	60,7	84	39,3	214	100	
COMPLICACIONES PERINATALES							
Distocia de hombros	0	0	0	0	0	0	
Trauma obstétrico	1	1,5	9	13,4	10	14,9	$X^2_c = 14,074$
Taquipnea transitoria	9	13,4	3	4,5	12	17,9	$Z_c = 3,401$
Depresión neonatal	26	38,8	11	16,4	37	55,2	
Asfixia perinatal	6	9	2	3	8	12	$p < 0,05$
Muerte neonatal	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	42	62,7	25	37,3	67	100	

FUENTE: Unidad de estadística, SIP y diseño propio mediante revisión de Historias Clínicas del Hospital Regional de Huacho.

En la tabla 15: Se da a conocer la diferencia entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas, pudiendo observarse no sólo que el mayor número de complicaciones se dio en las pacientes con cesárea iterativa, cuyos valores superaron el 60%; sino también que a diferencia del trauma perineal y del trauma obstétrico, todas las complicaciones fueron mayores en este grupo, en especial la anemia (30,8%) y la depresión neonatal (38,8%).

Por otro lado, el análisis estadístico demostró no sólo una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales y el tipo de parto, sino también se concluyó una diferencia significativa entre los resultados de las complicaciones tanto obstétricas como perinatales entre las pacientes con cesárea iterativa y parto vaginal, con $p < 0,05$; con lo cual queda comprobada la hipótesis de la presente tesis.

6 DISCUSIÓN.

En las tablas 1 y 2 se evidencia la prevalencia de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas en el Hospital Regional de Huacho durante los años 2011 y 2012, observándose que existe un aumento en el número de casos de la cesárea iterativa, la cual de 59,9% en el 2011 subió a 64,1% para el año 2012, mientras que la prevalencia del parto vaginal en cesareadas previas mostró una disminución, ya que de 40,1% para el año 2011, descendió a 35,9% en el 2012, lo cual significa que de todos los casos de cesareadas previas atendidas, sólo la tercera parte de ellas logró un parto vía vaginal.

Resultados similares se evidenciaron en el estudio de Cuero y Clavijo, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de parto vaginal después de una cesárea previa, obteniéndose como resultado que la incidencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa fue de 20,3%, mientras que el 79,7% fue sometida a una segunda cesárea. Las principales indicaciones para esta segunda cesárea fueron: 90,9% por antecedente de cesárea previa, 2,7% por sufrimiento fetal agudo, 2,7% por trabajo de parto estacionario y 3,7% por otras causas.⁽¹²⁾

Por su parte, Leal et al. analizaron los resultados obstétricos y neonatales de pacientes con antecedente de cesárea, donde al 51,3% de las pacientes se les programó una cesárea electiva, con la indicación de cesárea anterior, el 48,7% de las pacientes restantes se sometió a prueba de parto, de este último grupo el 59,1% de las pacientes sometidas a trabajo de parto tuvieron un parto vaginal exitoso y el 40,9% se le realizó una cesárea intraparto con indicación de labor de parto estacionaria.⁽¹³⁾

Resultados mucho mayores se encontraron en el estudio de Núñez et al. donde se evaluó la prevalencia de partos vaginales posteriores a una cesárea. Así, al 88,3% de las pacientes se les realizó cesárea iterativa y el 12% de pacientes tuvieron un parto vaginal, concluyéndose como causa más frecuente de las cesáreas iterativas a la alteración del bienestar fetal, mientras que la prevalencia de parto vaginal en cesareadas previas fue menor a de las cesáreas iterativas.⁽¹⁴⁾

Sandeliz et al. Llevaron a cabo una investigación para evaluar el número de partos fisiológicos en pacientes con cesárea previa, observándose que un 62,9% de pacientes fueron sometidas a una segunda cesárea y 37,1% de pacientes con cesárea previa tuvieron parto fisiológico, encontrándose mayor predominio de pacientes con parto por cesárea.⁽¹⁵⁾

Resultados contrarios se mostraron en el estudio de Rodríguez et al. quienes determinaron los resultados maternos y perinatales en mujeres con cesárea previa. Se encontró que el 72,9% del total de pacientes tuvieron un parto vaginal y al 27,1% de se les realizó cesárea iterativa. De las pacientes a las que se realizó cesárea iterativa, el 20% fueron por posible desproporción cefalopélvica, el 31,4% presentó un estado fetal intranquilizante, el 34,3% trabajos de parto prolongados y un 14,3% por inminencia de rotura uterina.⁽¹¹⁾

Santisteban et al. determinaron los factores obstétricos asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea, donde la prevalencia del parto vaginal fue de 86,5% de los cuales el 69,7% fueron por partos espontáneos y 14,6% partos estimulados con oxitocina,⁽⁶⁾ con lo cual es evidente que si se toman las

precauciones y se realizan las medidas adecuadas, se puede lograr un parto por vía vaginal en cesareadas anteriores.

De igual manera, Hinostroza se propuso determinar los resultados maternos y perinatales de las pacientes con antecedente de cesárea anterior una vez, sometidas a trabajo de parto comparadas con las sometidas a cesárea iterativa. La tasa de éxito de parto vaginal en la gestante con cesárea anterior una vez fue de 65,4%, mientras que la mayor indicación de cesárea iterativa fue por periodo intergenésico menor de 24 meses y distocia funicular.⁽¹⁶⁾

En tabla 3 se resume la frecuencia de las complicaciones obstétricas que se han presentado en las pacientes cesareadas previas como consecuencia de haber sido sometidas a una cesárea iterativa, donde la mitad de dichas pacientes presentaron anemia (50,8%), seguido de la infección del tracto urinario con el 28,5%. Por su parte, en la tabla 4 se evidencia las principales complicaciones perinatales de la cesárea iterativa en cesareadas previas, donde casi las dos terceras de los recién nacidos presentaron depresión neonatal (61,9%), además de taquipnea transitoria (21,4%) y asfixia perinatal (14,3%). No se evidenció ningún caso de muerte neonatal.

Con respecto a la frecuencia de las complicaciones obstétricas del parto vaginal en las pacientes cesareadas previas (tabla 5), se observa que al igual que la cesárea iterativa, la complicación más frecuente estuvo representada por los casos de anemia, sólo que en este caso con una menor proporción con el 39,3%, seguido del trauma perineal (25%), complicación que no existió en ninguna paciente sometida a cesárea iterativa. Al respecto, en la tabla 6 se dan a conocer

las complicaciones perinatales del parto vaginal en cesareadas previas, donde la complicación más frecuente fue la depresión neonatal (44%), cifra claramente menor a los casos de depresión presentados en la cesárea iterativa (61,9%). Asimismo, el trauma obstétrico se presentó en más de la tercera parte de los recién nacidos con el 36%, no evidenciándose tampoco ningún caso de muerte neonatal.

Resultados opuestos, fueron los obtenidos por Cuero y Clavijo, para quienes la única complicación obstétrica que se presentó en pacientes de la segunda cesárea fue el de solamente un caso de dehiscencia del segmento uterino, mientras que las pacientes que tuvieron parto vaginal no tuvieron complicaciones. El promedio de peso fetal en las mujeres cesareadas fue 3312 gramos, 5 de ellos presentaron asfixia perinatal leve y 1 taquipnea transitoria, y en las mujeres de parto vaginal el promedio de peso fetal fue 3225 gramos, 1 presentó taquipnea transitoria.⁽¹²⁾

Por su parte Rodríguez et al. determinaron que las complicaciones perinatales que se presentaron con mayor frecuencia fueron las muertes fetales y la depresión al nacer. Dentro de las complicaciones maternas hubo 2 roturas uterinas para un 16%, así como endometritis, peritonitis, infección de la herida quirúrgica y hemorragias posparto, con más frecuencia en pacientes sometidas a una cesárea iterativa.⁽¹¹⁾ Para Leal et al. las complicaciones obstétricas fueron significativamente mayor en el grupo de pacientes a las que se practicó cesárea intraparto con un 9,2%, de este grupo el 53,6% fue sangrado transquirúrgico, seguido de un 21,4% de sangrado intraparto y 17,9% de sangrado posparto. La

ruptura uterina se presentó en el 1,3% de pacientes sometidas a trabajo de parto. Dentro de las complicaciones neonatales el 3,3% presentó Apgar menor a 7 en 5 minutos, en pacientes sometidas a trabajo de parto y finalizaron su labor mediante cesárea, el 10,8% y 2,3% necesitaron reanimación neonatal, en pacientes sometidas a cesárea electiva y parto vaginal respectivamente.⁽¹³⁾

Núñez et al. a su vez concluyeron que la principal complicación perinatal que se presentó para la indicación de cesárea iterativa fue la alteración del bienestar fetal con un 23% y la complicación materna fue dehiscencia uterina con un 11,7%.⁽¹⁴⁾ Para Sandeliz et al., las complicaciones obstétricas que se presentaron en las pacientes de la segunda cesárea fue: 7% de íleo paralítico, 5,7% de sepsis urinaria, 3,2% de atonía uterina, 2,7% de endometritis, 2,3% dehiscencia de herida quirúrgica y 0,6% de rotura uterina. En las pacientes que tuvieron parto fisiológico las complicaciones fueron: 3,6% de endometritis, 2,6% de dehiscencia de episiorrafia y 1,5% de atonía uterina.⁽¹⁵⁾

Sáenz et al. obtuvieron como resultados que las complicaciones perinatales que se presentaron fueron APGAR ≤ 3 a los 5 minutos, 1 caso en parto vaginal y 2 en cesárea iterativa.⁽⁹⁾ Huertas y Pocco encontraron que la totalidad de complicaciones estudiadas se presentaron en el grupo de cesárea electiva. Los resultados maternos mostraron en el grupo de cesárea electiva 1 caso de rotura uterina, 1 caso de histerectomía y 2 casos de hemorragia postparto. No hubo muertes maternas en algún grupo. En cuando a los resultados perinatales, no hubo casos de muerte intrauterina, APGAR menor de 7 y ni muerte neonatal en ambos grupos.⁽⁷⁾

Ramírez concluyó que el 12,6% de las pacientes estudiadas presentó complicaciones obstétricas y el 5,4% complicaciones perinatales, siendo el trauma perineal la complicación obstétrica más frecuente y la asfixia perinatal y la muerte neonatal las principales complicaciones perinatales. El riesgo de complicaciones obstétricas aumentó significativamente con el parto vaginal. Las pacientes con cesárea previa y parto vaginal tuvieron 2,59 veces más asfixia perinatal y 3,12 veces más muerte perinatal que aquellas pacientes con cesárea previa y cesárea electiva a repetición.⁽²⁾

A continuación, se analiza la relación entre los antecedentes maternos y las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal. Así, en tabla 7 y 11 se evidencia las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y parto vaginal respectivamente, según la edad de las pacientes, donde el 44,6% y 33,3% de gestantes entre 18 a 34 años presentó anemia respectivamente, mientras que el 42,9% y 36% de este mismo grupo etáreo tuvo recién nacidos con depresión neonatal respectivamente. Asimismo, el análisis estadístico no demostró una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal con la edad materna, con $p > 0,05$, lo cual significa que las complicaciones de la cesárea iterativa y del parto vaginal se pueden presentar en cualquier paciente independientemente de su edad.

Con respecto a la paridad, en la tabla 8 se evidencia que el grupo de las pacientes multíparas con cesárea iterativa fue el que presentó el mayor número de complicaciones, tanto obstétricas (63,1%) como perinatales (62%), de las cuales

la anemia y la depresión neonatal fueron las más frecuentes con el 31,5% y 40,5%, respectivamente. Situación contraria se observó en los resultados de la tabla 12, donde el grupo de las pacientes primíparas con parto vaginal en cesareadas previas fue el que presentó el mayor número de complicaciones obstétricas (54,7%), mientras que las multíparas presentaron mayores complicaciones perinatales (60%). De igual forma, el análisis estadístico concluyó una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal con la paridad de las pacientes, ante lo cual se puede afirmar que la paridad sí se constituye en un factor de influencia con $p < 0,05$, para presentar complicaciones luego de una cesárea iterativa o de un parto vaginal, con menor incidencia en este último.

En relación a la atención pre-natal, en la tabla 9 y 13 se observa las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal según la atención pre-natal que tuvieron las pacientes durante su gestación, donde a pesar de tener 6 o más atenciones pre-natales, se presentó un gran número de complicaciones obstétricas (71,5% vs. 83,3%) y perinatales (61,9% vs. 80%), situación preocupante, ya que reflejaría que durante los controles pre-natales no se está realizando una adecuada evaluación de las gestantes, orientada a la prevención y detección oportuna de los factores que pudieran condicionar y aumentar la susceptibilidad de las pacientes a presentar complicaciones durante su parto. Asimismo, el análisis de los resultados estadísticos no permite demostrar una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto

vaginal con la atención pre-natal, con $p > 0,05$, lo que nos permite concluir que la presencia de complicaciones en la madre y su recién nacido después de una cesárea iterativa o de un parto vaginal, es independiente del número de atenciones pre-natales que se haya tenido durante el embarazo.

En esta tabla 10 se muestra que el grupo de las pacientes con cesárea iterativa y con un período intergenésico mayor de 2 años, fueron las que presentaron en mayor número anemia con el 31,6%, seguido de las mujeres con período intergenésico menor de 2 años (19,2%). Tendencia contraria se evidenció con respecto a las complicaciones perinatales donde el intervalo menor de 2 años fue el que mostró mayores casos de depresión neonatal (33,3%) versus las pacientes que tuvieron su parto después de este período de tiempo. Por su parte en tabla 14 se muestra que el grupo de las pacientes con parto vaginal y un período intergenésico mayor de 2 años, fueron las que presentaron en mayor número anemia con el 32,1%, seguido trauma perineal con el 20,2%. Similar tendencia se evidenció con respecto a las complicaciones perinatales, donde la depresión neonatal se presentó mayormente en las mujeres con periodo intergenésico mayor de 2 años (32%). Asimismo, el análisis estadístico concluyó una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal con el período intergenésico, situación que reflejaría que el intervalo intergenésico es un factor de influencia para la presencia de complicaciones luego de un parto vaginal en cesareadas anteriores, con $p < 0,05$.

Al respecto, Rodríguez et al. encontraron que entre los casos de pacientes cesareadas anteriores que no presentaron complicaciones obstétricas y

perinatales, el 72,9% de las pacientes fueron primíparas, mientras que la edad gestacional promedio fue de 40 semanas, con el periodo intergenésico mayor de 24 meses,⁽¹¹⁾ para Sáenz et al, la edad materna promedio fue de 28,3 y 28,2 en los grupos de parto vaginal y cesárea iterativa respectivamente. El 51,3% de mujeres con parto vaginal y 80,2% con cesárea iterativa tenían como antecedente solo un parto previo; el 48,6% del grupo del parto vaginal y 19,8% de la cesárea tenían por lo menos un parto vaginal previo. No tuvieron cuidado prenatal adecuado 61,9% y 59,4% gestantes que fueron a parto vaginal y a cesárea respectivamente.⁽⁹⁾ Santisteban et al. llegaron a la conclusión que el factor obstétrico más significativo fue control prenatal con un 76,4%, concluyendo que el éxito del parto vaginal posterior a una cesárea depende del control prenatal, el cual debe de abarcar más de 5 controles para un buen peso y APGAR en el neonato,⁽⁶⁾ conclusión claramente contraria a la arribada en la presente tesis.

Huertas y Pocco encontraron que cuando los grupos de pacientes tienen una distribución similar en cuanto a edad materna, paridad y peso del recién nacido, es crucial el antecedente de un parto vaginal previo y periodo intergenésico menor de 2 años,⁽⁷⁾ relacionadas con la aparición de complicaciones. Ramírez concluyó la existencia de una diferencia estadística significativa entre la edad de las pacientes con cesárea previa y parto vaginal (29,3 +/- 6,4 años), asimismo la multiparidad y la gran multiparidad tuvieron asociación estadística significativa con la presencia de complicaciones obstétricas, mientras que la primiparidad con la presencia de complicaciones perinatales.⁽²⁾

Finalmente, en la tabla 15 se da a conocer la diferencia entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas, pudiendo observarse no sólo que el mayor número de complicaciones se dio en las pacientes con cesárea iterativa, cuyos valores superaron el 60%; sino también que a diferencia del trauma perineal y del trauma obstétrico, todas las complicaciones fueron mayores en este grupo, en especial la anemia (30,8%) y la depresión neonatal (38,8%). Por otro lado, el análisis estadístico demostró no sólo una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales y el tipo de parto, sino también se concluyó una diferencia significativa entre los resultados de las complicaciones tanto obstétricas como perinatales entre las pacientes con cesárea iterativa y parto vaginal, con $p < 0,05$; con lo cual queda comprobada la hipótesis de la presente tesis.

Resultados similares se evidenciaron el estudio de Cuero y Clavijo, quienes encontraron un alto porcentaje de cesárea en mujeres con cesárea previa y se presentaron más casos de complicaciones perinatales en las pacientes que fueron sometidas a una segunda cesárea.⁽¹²⁾ Rodríguez et al. llegó a una conclusión similar, al considerar que el parto post cesárea es recomendable en pacientes seleccionadas si se tienen en cuenta los riesgos y complicaciones que éste puede conllevar.⁽¹¹⁾

Asimismo, Núñez et al. también concluyeron que la prevalencia de parto vaginal en cesareadas previas fue menor a de las cesáreas iterativas.⁽¹⁴⁾ Sandeliz et al. encontraron también un mayor predominio de pacientes con parto por cesárea,

mientras que las complicaciones obstétricas fueron más frecuentes en las pacientes que se sometieron a cesárea iterativa.⁽¹⁵⁾

Para Sáenz et al., ambas vías de parto son seguras y dependen de la evaluación individual de cada gestante, y la comunicación de los riesgos y beneficios para la toma de decisión conjunta del médico con la paciente.⁽⁹⁾ Huertas y Pocco también opinan lo mismo, y agregan además que los resultados maternos y perinatales hallados por ellos, muestran que la prueba de trabajo de parto en gestantes con antecedente de una cesárea previa se asocia con un menor riesgo de resultados adversos, comparado con la cesárea electiva repetida, ya que todas de las complicaciones observadas presentaron en este último grupo.⁽⁷⁾

Resultados contrarios, se encuentran en la investigación de Hinostroza, quien no encontró diferencia significativa en las complicaciones obstétricas cuando se comparó el grupo de gestantes sometidas a parto vaginal con el grupo de las gestantes sometidas a cesárea iterativa. Asimismo, no se encontró complicaciones perinatales, concluyendo que los resultados maternos y perinatales, indican que no existe diferencia significativa entre las gestantes con antecedente de cesárea anterior una vez, sometidas a trabajo de parto comparadas con las sometidas a cesárea iterativa.⁽¹⁶⁾

Ramírez va todavía más allá en su conclusión al considerar que el riesgo de complicaciones obstétricas aumenta significativamente con el parto vaginal, con lo cual este investigador concluye que el parto vaginal en pacientes con cesárea previa incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales.⁽²⁾

7 CONCLUSIONES.

1. Existe una diferencia significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas del Hospital Regional de Huacho, evidenciándose un mayor número de complicaciones tanto obstétricas como perinatales en las pacientes cesareadas previas que fueron sometidas a una cesárea iterativa.
2. La prevalencia de la cesárea iterativa es mayor a la prevalencia de partos vaginales en cesareadas previas con el 59,9% y 40,1% en el año 2011, respectivamente; prevalencia que aumentó para la cesárea iterativa en el año 2012 con el 64,1%, mientras que en el caso de los partos vaginales se evidenció un descenso con el 35,9%.
3. Las complicaciones obstétricas y perinatales más frecuentes de la cesárea iterativa en cesareadas previas son la anemia (50,8%), la infección del tracto urinario (28,5%), la depresión neonatal (61,9%) y la taquipnea transitoria (21,4%).
4. Las complicaciones obstétricas y perinatales más importantes del parto vaginal en cesareadas previas son la anemia (39,3%), el trauma perineal (25%), la depresión neonatal (44%) y el trauma obstétrico (36%).
5. Existe una relación significativa entre los antecedentes maternos paridad y período intergenésico con las complicaciones obstétricas y perinatales tanto de la cesárea iterativa como del parto vaginal en cesareadas previas, no sucediendo lo mismo con la edad materna y la atención pre-natal.

6. Existe una relación significativa entre las complicaciones obstétricas y perinatales y el tipo de parto que tienen las pacientes cesareadas previas, evidenciándose una diferencia mayor del 20% en la proporción de complicaciones en las pacientes con cesárea iterativa versus las de parto vaginal.

8 RECOMENDACIONES.

1. Se sugiere a los profesionales de la salud relacionados con la atención de las gestantes y sus recién nacidos, la realización de una evaluación integral que tome en cuenta los riesgos y complicaciones de una cesárea iterativa o de un parto vaginal en cada paciente cesareada anterior, siempre a través de la comunicación oportuna de los riesgos y beneficios que asegure la toma de decisión conjunta del médico con la paciente.
2. Las autoridades del Ministerio de Salud deben promover la elaboración e implementación de protocolos donde se establezcan claramente las indicaciones, contraindicaciones y la conducta a seguir con respecto a la vía de terminación del embarazo en casos especiales como los de las cesareadas anteriores.
3. Los profesionales de la salud deben mejorar las características del ejercicio de su práctica asistencial en los establecimientos de salud, mediante su capacitación continua en temas de especialidad, así como en la atención de emergencias en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, donde las complicaciones obstétricas y perinatales de la cesárea iterativa y del parto vaginal en cesareadas previas, pudiera ser causa de muertes materno-perinatales.
4. Se sugiere a los profesionales en Obstetricia y otras personas dedicadas al trabajo asistencial, continuar con estudios relacionados con el tema de la presente investigación, a fin de proponer conductas correctas de actuar que

ayuden a prevenir muertes materno-perinatales por desconocimiento o negligencia.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Scott JR. Vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2011; 118:342 – 350.
2. Ramírez JM. Complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa: Instituto Nacional Materno Perinatal - 2007. [Tesis de Grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
3. Rozenberg P. El asesoramiento de pacientes con cesárea previa. *Gynecol Obstet Fertil.* 2005; 33(12):1003 – 1008. [Consultado el 02 de Enero de 2013], Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16321558>.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong AY et al. *Williams Obstetricia.* 23ª ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana Ed; 2011. p.1404.
5. Campodónico DG. Factores de pronóstico favorable para parto vaginal en gestantes con una cesárea previa. [Tesis de Grado]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2011.
6. Santisteban JE, Sánchez MC, Leyva L. Parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto de Supe. 2004 – 2008. *Rev Aporte Santiaguino.* 2010; 3(2):222 – 230.
7. Huertas E, Pocco DJ. Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010; 56:284 – 288.

8. Ricci P, Perucca E, Altamirano R. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea, prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. Rotura uterina, una complicación posible. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003; 68(6): 523 – 528.
9. Sáenz CN, Santana SR, Torres L. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones maternoneonatales. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010; 56:232 – 237.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Cesarean Delivery Rates: Evaluation of cesarean delivery. June, 2000.
11. Rodríguez G, León I, Segura A, Atienza AM. Complicaciones materno-perinatales del parto vaginal y de la cesárea repetida en pacientes cesareadas anteriormente. *Rev Cub Med Mil.* [online]. 2011, vol.40, n.3-4 [Consultado el 10 de Enero de 2013], pp. 218-226. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-6557201100030003.
12. Cuero OL, Clavijo CA. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali – Colombia, Estudio de Cohorte. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2011; 62:148 – 154.
13. Leal M, Giacomib L, Moya RA. Resultados obstétricos y neonatales de pacientes secundigestas con antecedente de cesárea, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2006 – 2007. *Revista Materno Perinatal.* 2010; 12(2): 12-26.

14. Núñez M, Orquiola L, Aparicio C. Prevalencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa, Hospital Materno infantil San Pablo - Paraguay. Rev Nac Itauguá. 2010; 2: 201 – 208.
15. Sandeliz CE, Conde MJ, Castanedo GJ, Medina SM. Parto fisiológico en pacientes con cesárea previa. Rev Cub Med. [online]. 2009, vol. 24, n.3-4 [Consultado el 27 de Marzo de 2013], pp. 212-217. Disponible en: http://scielo.scc.cu/scielo.php_script=sci_arttext&pid=S0138-65572011023300233.
16. Hinostroza DJ. Parto vaginal en cesareada anterior una vez: Instituto Nacional Materno Perinatal - 2010. [Tesis de Grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
17. Pacheco J. Ginecología Obstetricia y Reproducción. 2^{ra} Ed. Lima: Editorial REP SAC; 2007. p.1477.
18. Mongrut A. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. 4^{ta} Ed. Lima: Editorial Monpress; 2000. p. 60-61.
19. Schwarcz RL, Fescina RH, Duverges CA. Obstetricia. 6^a ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005. p. 240-241.
20. Uzcátegui O. Estado actual de la cesárea. Gac Med Caracas. 2008; 116(4): 280 – 286.
21. Norabuena R. Cirugía menor en obstetricia: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Huaraz: UNASAM; 2008. p. 203-215.

22. Instituto Nacional de Estadística e Informática 2011. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011:175. [Consultado el 1 de Mayo de 2013], Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/ endes/2011>.
23. Peñaranda A, Cerna J, Cochachin R, et al. Guías Clínicas y procedimientos para atención Obstétrica del Hospital Víctor Ramos Guardia. Huaraz: HVRG; 2011. p. 53-58.
24. Manrique FG. Complicaciones de la cesárea: Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada; 2009. p.3-21.
25. EsSalud. Protocolo de la Operación Cesárea. Lima: EsSalud; 2001. p. 7.
26. Ouédraogo I. Aspects épidémiologiques des complications obstétricales directes dans le district sanitaire de Gouré. Damagaran Santé Infos, 2008; 2.
27. Rodríguez CL. Morbilidad del parto vaginal posterior a cesárea en gestantes a término en el periodo comprendido de enero 2007 hasta diciembre del 2009 en el Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Arguello Escolán”. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2010.
28. Amancio AL. Cada año se practican 13 mil cesáreas no justificadas. El Comercio, [online]. [Consultado el 15 de Enero de 2013], pp. 10-22. Disponible en: http://elcomercio.pe/lima/757693/noticia-cada-ano-se-practican-13-mil-cesareas-no-justificadas_1
29. Janser RM, Ochoa AR. Manejo de la paciente con una cesárea anterior, Hospital Escuela Materno Infantil - Honduras. Rev Med Post UNAH.

2000;4 :153-156.

30. Rodríguez E. Atonía uterina: estudio descriptivo y factores asociados. [Tesis de Especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
31. MINSA. Guías de Práctica clínica para la atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Lima: MINSA; 2007. p.75-80.
32. ENDES 2004. Encuesta demográfica y de salud familiar: ENDES continua 2004- 2006. Informe principal. Lima: INEI/USAID; 2007:359.
33. OMS/FNUAP/UNICEF/BM. Integrated Mangement. Of Pregnancy And Chidbirth –IMPAC, 2000. (Traducción al Español: Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para Obstetrices y médicos. 2002). [Consultado el 12 de Mayo de 2013], Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/MPS/IMPAC.pdf>.
34. Celedonio M, Rivera J, Romero G, Clavo J, Villegas M. Parto vaginal en cesareada anterior en el IMP – año 2001. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Julio – 2002, Lima – Perú.
35. Paucarhuanca L, Hernández A, Carrillo E, García A, Zamora J, Gonzales C. Incidencia, principales indicaciones y complicaciones de cesárea. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología; 2002.
36. Pérez M, Carlos D, Ramírez J, Quiles M. Taquipnea transitoria del recién nacido, factores de riesgo obstétricos y neonatales. Gynecol Obstet Mex

2006;74:95-103.

37. Jasso L. Neonatología práctica. 7ª ed. México DF: Manual Moderno; 2008: 523pp.
38. Ishikawa S, Raine A. Complicaciones obstétricas y agresión. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [en línea]. 2009; 15: 1-6. [Consultado el 15 de abril de 2013], Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/Ishikawa-RaineESPx.pdf>
39. Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. Obstetricia y Medicina Materno- Fetal. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A; 2007.p. 981.
40. Coacalla A. Perlas de Ginecología y Obstetricia. Lima: Editorial Talleres Gráficos de Ediciones del Sur; 2005. p. 57.
41. Registro y codificación de la atención en la consulta externa. Sistema de información HIS. Atención Materno Perinatal. [en línea]. 2012. [Consultado el 22 de mayo de 2013], Disponible en: http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/informatica/2012/ESN_SSR_MP_2012.pdf
42. Organización Panamericana de la Salud. Ayudando a Crecer: Maternidad. Organización Panamericana de la Salud. [En línea] 2001. [Consultado el 20 de Mayo de 2013], Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/crecermaternidad.pdf>
43. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª

ed. México DF: McGraw-Hill, Interamericana editores S.A de C.C; 2010.

44. Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la investigación. Washington D. C.: OPS; 1994.
45. Freund J. Estadística elemental. México DF: Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana; 2002.
46. Hopkins B. Estadística básica para las ciencias sociales y del comportamiento. México DF: Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana; 2005.

ANEXOS

ANEXO N° 01



UNIVERSIDAD NACIONAL "SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**"COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES DE LA CESÁREA
ITERATIVA Y DEL PARTO VAGINAL EN CESAREADAS PREVIAS,
HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2011-2012"**

I. DATOS GENERALES:

1. N° DE HISTORIA CLÍNICA:

2. TIPO DE PARTO:

- Cesárea iterativa
 Parto vaginal

II. ANTECEDENTES MATERNOS:

1. EDAD MATERNA:

- 12 a 17 años 18 a 34 años ≥ a 35 años

2. PARIDAD:

- Primípara Multípara Gran multípara

3. ATENCIÓN PRE-NATAL (APN):

- < a 6 APN 6 o más APN

4. PERIODO INTERGENÉSICO:

- Menor de 2 años Mayor de 2 años

III. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS:

1. ENDOMETRITIS PUERPERAL:

- Sí No

2. INFECCION DE TRACTO URINARIO:

- Sí No

3. INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA O EPISIORRAFIA:

- Sí No

4. TRAUMA PERINEAL:

Sí No

5. ANEMIA:

Sí No

6. ATONIA UTERINA:

Sí No

7. HEMORRAGIA POSTPARTO:

Sí No

8. DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA:

Sí No

9. ROTURA UTERINA:

Sí No

IV. COMPLICACIONES PERINATALES:

1. DISTOCIA DE HOMBROS:

Sí No

2. TRAUMA OBSTÉTRICO:

Sí No

3. TAQUIPNEA TRANSITORIA:

Sí No

4. DEPRESIÓN NEONATAL:

Sí No

5. ASFIXIA PERINAT

Sí No

6. MUERTE NEONATAL:

Sí No

ANEXO N° 02

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

A continuación le presentamos ocho aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificará con la puntuación 1 ó 0 de acuerdo a su criterio:

1. El instrumento persigue los fines del objetivo general (...)
2. El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos (...)
3. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados (...)
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto (...)
5. Los ítems están redactados correctamente (...)
6. Los ítems despiertan ambigüedades en el instrumento de recolección (...)
7. El instrumento a aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis (...)
8. La hipótesis está formulada correctamente (...)

LEYENDA

DA: De Acuerdo

ED: En Desacuerdo

PUNTUACIÓN

1

0

RESULTADOS:

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	TOTAL
I	1	1	1	1	1	0	1	1	7
II	1	1	1	1	1	0	1	1	7
III	1	0	1	1	1	0	1	1	6
IV	1	1	1	1	1	0	1	1	7
TOTAL	4	3	4	4	4	0	4	4	27

ANEXO N° 03

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Realizado el cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante el Coeficiente alfa de Cronbach, se obtuvo como resultado un instrumento de investigación confiable, según se detalla a continuación:

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
,867	,748	20