



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES DEL PARTO VAGINAL Y  
DEL PARTO POR CESÁREA EN PARTURIENTAS CON ANTECEDENTE DE  
CESÁREA PREVIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ – CALLAO  
EN EL 2018

PRESENTADA POR  
ROSA MIRELLA PELAEZ VALENCIA

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
OBSTETRICIA

ASESORA

DRA. OBSTA. NELLY IRENE MORENO GUTIÉRREZ

LIMA, PERÚ

2020



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual**  
**CC BY-NC-SA**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS**

**COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES DEL PARTO VAGINAL Y  
DEL PARTO POR CESÁREA EN PARTURIENTAS CON ANTECEDENTE DE  
CESÁREA PREVIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ – CALLAO EN  
EL 2018**

**PRESENTADA POR:**

**ROSA MIRELLA PELAEZ VALENCIA**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**ASESOR:**

**DRA. OBSTA. NELLY IRENE MORENO GUTIÉRREZ**

**LIMA, PERÚ**

**2020**

**COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES DEL PARTO VAGINAL Y  
DEL PARTO POR CESÁREA EN PARTURIENTAS CON ANTECEDENTE DE  
CESÁREA PREVIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ – CALLAO  
EN EL 2018**

## **ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO**

**Asesor (a): Dra. Obsta. Nelly Irene Moreno Gutiérrez**

### **Miembros del jurado**

Presidente: Dra.Obsta. Muñoz Hidrogo, Mirtha

Vocal: Dr. Matzumura Kasano, Juan

Secretaria: Mg. Obsta. Aliaga Bravo, Victoria

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la vida y permitir este sueño y todos los recursos para hacerlo realidad.

A mis padres por el gran apoyo incondicional en mis decisiones, por sembrar en mí el espíritu de lucha, fortaleza y deseos de superación.

A mis hermanos porque siempre estuvieron ahí, mostrándome su apoyo, por su confianza depositada y por el nunca dejarme sola.

A mis cuatro ángeles que siempre me cuidan y guían desde el cielo.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi casa de estudios, Facultad de Obstetricia y Enfermería- Universidad de San Martín de Porres por la formación como Obstetra y persona.

A mi asesora, Dra. Obsta. Nelly Moreno Gutiérrez y obstetras del Hospital San José – Callao, por la confianza depositada en mi persona y a su apoyo constante a lo largo de todo este tiempo.

A mi familia que me apoyaron en todo momento a lo largo de mi carrera.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>TITULO</b> .....	ii
<b>ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO</b> .....	iii
<b>DEDICATORIA</b> .....	iv
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	v
<b>ÍNDICE DE CONTENIDO</b> .....	vi
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	vii
<b>RESUMEN</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	x
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	6
2.1. Diseño metodológico .....	6
2.2. Población y muestra .....	6
2.3. Criterios de selección .....	7
2.4. Técnicas de recolección de datos .....	7
2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información .....	8
2.6. Aspectos éticos .....	9
<b>III. RESULTADOS</b> .....	10
<b>IV. DISCUSIÓN</b> .....	18
<b>V. CONCLUSIONES</b> .....	27
<b>VI. RECOMENDACIONES</b> .....	29
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b> .....	30
<b>VII. ANEXOS</b> .....	35

## ÍNDICE DE TABLAS

	Página
<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de las parturientas con antecedente de cesárea previa atendidas en el Hospital San José del Callao, 2018.....	10
<b>Tabla 2.</b> Características Gineco Obstétricas de las parturientas con antecedentes de cesárea previa atendidas en el Hospital del Callao, 2018.....	12
<b>Tabla 3.</b> Complicaciones maternas de las parturientas con antecedente de cesárea previa atendidas en el Hospital del Callo, 2018.....	14
<b>Tabla 4.</b> Complicaciones neonatales de las parturientas con antecedente de cesárea previa atendidas en el Hospital San José del Callao, 2018.....	16

## RESUMEN

**Objetivo:** Comparar las complicaciones maternas y neonatales del parto vaginal y del parto por cesárea en parturientas con antecedente de cesárea previa, atendidas en el Hospital San José – Callao del 2018. **Metodología:** Estudio descriptivo comparativo, transversal, retrospectivo. Conformada por historias clínicas de parturientas con antecedentes de cesárea previa que culminaron por vía vaginal o cesárea en el año 2018; muestra final 116 historias clínicas. Muestreo no probabilístico por conveniencia. **Resultados:** Características: en las sociodemográficas, la mayoría presentaron edades entre 29 a 34 años, 51.7% [p 0.093]; unidas 63.8% [p 0.7499], con instrucción básica 75% [p 0.5033]; en las obstétricas, controles prenatales completos 55.2% [p 0.0236]; sesiones completas de Psicoprofilaxis Obstétrica 54.3% [p 0.0025]; edad gestacional a término 94% [p 0.0112]; periodo intergenésico, mayor o igual a 18 meses 67.2% [p 0.0001]. Al comparar las complicaciones maternas la presencia de hemorragia post parto 5.2% [p 0.1109], las infecciones puerperales 8.6% [p 0.0712], la anemia post parto 48.3% [p 0.9151], ruptura uterina 3.4% [p 0.6351] no observaron diferencia significativa. Complicaciones neonatales la presencia de líquido amniótico meconial 15.5% [p 0.4182]; el Apgar al 1 minuto  $\leq$  a 6, 4.3% [0.4408], 5 minutos 0.9% [p 0.4493], no se observaron diferencias significativas. **Conclusiones:** En las características, diferencia estadísticamente significativa para ambos tipos de parto en la edad

materna y las obstétricas a excepción de la edad gestacional. Las complicaciones maternas y las neonatales resultaron estadísticamente no significativas, aceptándose la hipótesis nula planteada.

**Palabras Claves:** Parto normal, parto abdominal, complicaciones, enfermedades neonatales.

## ABSTRACT

**Objective:** To compare the maternal and neonatal complications of vaginal delivery and cesarean delivery in pregnant women with a history of previous cesarean section, attended at the San José Hospital - Callao in 2018. **Methodology:** Comparative, cross-sectional, retrospective descriptive study. Consisting of medical records of women in labor with a history of previous cesarean section that ended vaginally or cesarean section in 2018; final sample 116 medical records. Non-probability sampling for convenience. **Results:** Characteristics: in the sociodemographic ones, the majority had ages adult 29 and 34 years, 51.7% [p 0.093]; United 63.8% [p 0.7499], with basic instruction 75% [p 0.5033]; in obstetrics, complete prenatal controls 55.2% [p 0.0236]; complete sessions of Obstetric Psychoprophylaxis 54.3% [p 0.0025]; gestational age at term 94% [p 0.0112]; intergenetic period, greater than or equal to 18 months 67.2% [p 0.0001]. When comparing maternal complications, the presence of postpartum hemorrhage 5.2% [p 0.1109], puerperal infections 8.6% [p 0.0712], postpartum anemia 48.3% [p 0.9151], uterine rupture 3.4% [p 0.6351] did not observe any difference. significant. Neonatal complications the presence of meconium amniotic fluid 15.5% [p 0.4182]; Apgar at 1 minute  $\leq 6$ , 4.3% [0.4408], 5 minutes 0.9% [p 0.4493], no significant differences were observed. **Conclusions:** In the characteristics, statistically significant difference for both types of delivery in maternal and obstetric age, except for gestational age. Maternal and neonatal complications were not statistically significant, accepting the null hypothesis raised.

**Key Words:** Normal delivery, abdominal delivery, complications, neonatal diseases

## I. INTRODUCCIÓN

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas que habitualmente se realiza en el mundo, incrementándose sobre todo en países con economía baja y mediana. Aunque se salve vidas humanas, a menudo se practica sin que existan indicaciones clínicas, lo cual pone a las madres y a los niños en riesgo de sufrir problemas de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca lo importante que es centrarse en las necesidades de los pacientes <sup>1</sup>.

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesáreas se encuentra entre el 10% y el 15%; la cual debería estar justificada desde el punto de vista médico, para que sea eficaz y prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención afectando la salud de la mujer, y del neonato, así como también a embarazos futuros. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral. En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materno infantil <sup>2</sup>.

A nivel mundial en el 2010, la cesárea es realizada en un alto porcentaje de mujeres gestantes. En los Estados Unidos se reporta una tasa de cesáreas del 26%, en Australia del 23%. En Latino América, las cifras ascienden muy cercanas a las anteriores, como Puerto Rico (45%), Chile (40%), Brasil (27%), Argentina (25%) y México (24%)<sup>3</sup>.

En el estudio realizado por San Martín M, en España en el 2016, el 12.7 de las parturientas que terminaron en parto vaginal previamente habían tenido una cesárea anterior, la edad gestacional promedio fue de 39.1 semanas, el inicio del parto se dio de manera espontánea en el 48.8% y fue inducido en el 23.1% de las gestantes con cesárea previa, concluyendo que hubo éxito del 46.9% en las pacientes con cesárea previa<sup>4</sup>.

Ding X, Aimainilezi A, Jin Y, Abudula W, Yin C, publicaron en China en el 2014, realizaron un estudio en parturientas con antecedentes de cesárea, 119 mujeres intentaron tener su parto por vía vaginal, de los cuales 95% (113) lograron con éxito el parto vaginal, concluyendo que el parto vaginal después de una cesárea podría ser estimulado en gestantes<sup>5</sup>.

Cavero S. realizó un trabajo de investigación que tuvo como objetivo, determinar los factores obstétricos asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el 2015, El porcentaje de éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en este estudio fue de 48,9%, teniendo así mismo que el 51,1% fue un fracaso de parto vaginal después de un parto por cesárea, siendo sometidas nuevamente a una cesárea. La prueba de trabajo de parto se logró en el 77,2% de gestantes, en cuanto al manejo del trabajo de parto, el 56,5% tuvo un trabajo de parto espontáneo, el 14,1% tuvo un trabajo de parto conducido<sup>6</sup>.

Huaquip A, en su tesis informa de 3118 partos registrados en el año 2014, 62.25% fueron vaginales y 37.75% fueron cesáreas. De éstos, 338 pacientes (10.84%) tenían el antecedente de una cesárea previa siendo la frecuencia de parto vaginal post cesárea (VBAC) de 33.33%, de las cuales las complicaciones presentadas en el parto vaginal fue que el 1.11% presentaron atonía - hipotonía uterina, desgarro perineal y 0.56% retención placentaria.<sup>7</sup>

Espinoza L. Romero R. en su tesis realizada en Perú 2019, obtuvo complicaciones maternas del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa, como las hemorragias (2.1% vs. 13.8%), anemia (33.4% vs. 80%), infección (0% vs. 12.3%) e histerectomía (0% vs. 1.5%); complicaciones neonatales líquido amniótico meconial (12.5% vs. 12.3%) y Apgar bajo (2.1% vs. 13.8%), concluyendo que el parto vaginal post cesárea presenta menos complicaciones en comparación con la cesárea iterativa, estadísticamente significativa solo con las complicaciones maternas, pero no con las complicaciones neonatales<sup>8</sup>.

Coaquira B. en su investigación realizada en Perú 2017, encontró que las pacientes con cesárea previa seleccionadas culminan su parto vaginal satisfactoriamente, cabe destacar que no hubo complicaciones maternas en este estudio, sin embargo dentro de las complicaciones perinatales se encontraron 2 casos de muerte neonatal (0,8%), el mismo número de asfixia neonatal (0,8%); sin embargo se tuvo 9 casos de bajo peso al nacer (3,5%) y 7 casos de óbitos fetales (2,7%); además las pacientes que terminaron otra vez con la indicación de cesárea en la mayoría fue por desproporción Feto Pélvica seguida de cesareada anterior y sufrimiento fetal<sup>9</sup>.

Espino E, en su tesis realizada en Perú 2016, obtuvo en relación con los factores sociodemográficos, pacientes con edades de 25-29 años con 31%, 75% que tenían secundaria, 94% eran amas de casa, 75% conviven con su pareja, 98% tenía cesárea previa como antecedente y 36% de estas pacientes fueron primíparas. Con relación a las complicaciones maternas: 59% no había tenido ninguna complicación materna, sin embargo 31% han tenido desgarro perineal siendo la complicación con más alto porcentaje, en las complicaciones neonatales no hubo diferencias entre parto vaginal y cesárea <sup>10</sup>.

En el Hospital San José – Callao, se ha presentado en el año 2018, un porcentaje 4.4% partos eutócicos posteriores a cesárea, lo cual viene a ser de un total de 1800 cesáreas solo 79 parturientas accedieron a parto vaginal. Se considera siguiendo las explicaciones de la OMS que este porcentaje podría ser incrementado siempre y cuando exista orientación adecuada a la gestante y compromiso de los profesionales que reconozcan el valor del parto eutócico post evento cesárea ante la percepción errónea de la necesidad de una cesárea sin factores de riesgo, de tal manera que apoyen el parto fisiológico vaginal.

Se formuló el siguiente problema de estudio: ¿Cuáles son las complicaciones maternas del parto vaginal y del parto por cesárea en parturientas con antecedente de cesárea previa, atendidas en el hospital San José – Callao en el 2018?, el objetivo: Comparar las complicaciones del parto vaginal y del parto por cesárea en parturientas con antecedente de cesárea previa, atendidas en el Hospital San José – Callao del 2018.

Se planteó las siguientes hipótesis:

**H<sub>a</sub>:** Las complicaciones maternas y neonatales entre el parto vaginal y el parto por cesárea en parturientas con antecedente de cesárea previa, presentan diferencias significativas

**H<sub>0</sub>:** Las complicaciones maternas y neonatales entre el parto vaginal y el parto por cesárea en parturientas con antecedente de cesárea previa, no presentan diferencias significativas

El presente estudio aportará en el campo del conocimiento de obstetricia nacional y regional, contribuyendo a la identificación temprana de los factores de riesgo en parturientas con antecedente de cesárea previa; previendo futuras complicaciones obstétricas y perinatales.

## **II. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.1. Diseño metodológico**

La presente investigación se realizó bajo los lineamientos del estudio de tipo no experimental, cuantitativo, observacional, descriptivo comparativo, de corte transversal y retrospectivo.

### **2.2. Población y muestra**

#### **2.2.1. Población**

La población lo constituyó las historias clínicas de parturientas con antecedentes a una cesárea previa que habían culminado su parto por vía vaginal o cesárea en el año 2018, datos obtenidos del Libro de Registro de partos del Centro Obstétrico, siendo 116 en total.

#### **2.2.2. Muestra**

Fueron el total de historias clínicas de parturientas con antecedentes a una cesárea previa y en el año 2018 que cumplieron los criterios de selección.

Se agruparon en:

Grupo 1: Fueron, las historias clínicas de las parturientas con antecedentes a una cesárea previa y que presentaron en esta segunda oportunidad parto vía vaginal; siendo en total 42 historias clínicas del total.

Grupo 2: Fueron, las historias clínicas de las parturientas con antecedentes a una cesárea previa y que presentaron en esta segunda oportunidad parto vía abdominal; siendo en total 74 historias clínicas del total. (Anexo 3).

**Muestreo:** Probabilístico, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

### **Unidad de muestra**

Está representada por las historias clínicas de parturientas, cesareadas anteriores, con parto vaginal o parto abdominal, en el tiempo de estudio.

## **2.3. Criterios de selección**

### **Criterios de inclusión**

- Historias clínicas de parturientas en su segunda gestación, que previamente hayan cursado con cesárea; hayan presentado parto vía vaginal (Grupo1), o parto vía abdominal (Grupo 2), atendidas en la institución, feto vivo con ausencia de patología materna y/o fetal diagnosticada antes del inicio de trabajo de parto.

### **Criterios de exclusión**

- Historias clínicas incompletas, o con diagnóstico diferente al requerido, con indicación absoluta de cesárea, con cesárea previa de tipo corporal clásica, con antecedentes de cirugía uterina previa distinta a cesárea, óbito fetal, o feto con presentaciones o situaciones fetales anómalas actuales, con antecedentes de rotura uterina, con embarazo múltiple.

## **2.4. Técnicas de recolección de datos**

Se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades del hospital San José - Callao en estudio, a través de una carta de presentación, expedida

por la Sra. Decana de la Facultad de Obstetricia y Enfermería. Una vez aceptado, se realizó coordinaciones con las autoridades del Hospital San José - Callao, para que autorice la recopilación de información en el servicio de Emergencia de Gineco - Obstetricia desde enero del 2018 hasta diciembre del 2018. Se asistió al hospital de lunes a domingo de 7:00 a 13:00 horas, durante el mes de octubre.

La recolección de datos se realizó de las historias clínicas en parturientas con o sin parto vía vaginal, posterior a una cesárea, que fueron atendidas dentro del servicio de Gineco-Obstetricia y se tomaron los datos necesarios considerados, que forman parte de la investigación. Se registró en el instrumento que consiste en una encuesta elaborada por la investigadora para este fin.

El Instrumento consta de 2 partes: I. Características sociodemográficas y obstétricas, y II. Complicaciones maternas y neonatales.

## **2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información**

Luego de la recolección de datos, las encuestas fueron ordenadas, enumeradas y se procedió a su análisis. La información fue vaciada al programa SPSS 25.0 for Windows Spanish, donde se realizó el análisis de las variables en estudio a través de tablas bidimensionales. Para evaluar comparativamente las complicaciones maternas y neonatales, se utilizó el chi cuadrado y medidas de tendencia central. Así mismo, se elaboró las tablas la cual permitió brindar una visión panorámica de los resultados.

## **2.6. Aspectos éticos**

El proyecto lo aprobó el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Obstetricia y Enfermería-USMP, asimismo fue revisado y aprobado por el comité institucional de ética e investigación del Hospital San José – Callao.

Este estudio se encontró en concordancia con los principios de la ética médica que rige en toda la investigación: Principio de la justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia, corresponde a una investigación sin riesgo, pues no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales a las participantes, por tratarse de un tipo de investigación prospectiva, se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos y fueron guardados a buen recaudo. La información obtenida se utilizó sólo para la presente investigación.

No se consideró un consentimiento informado ya que la información fue extraída de las historias clínicas y no se tuvo en contacto directo con la paciente.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las parturientas con antecedente de cesárea previa atendidas en el Hospital San José del Callao, 2018.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	CESAREADAS PREVIAS				Total		Prueba chi <sup>2</sup> p < 0.05 gl 1
	Grupo 1 (Parto vía vaginal)		Grupo 2 (Parto vía abdominal)		N°	%	
	N°	%	N°	%			
<b>Edad</b>							
Jóvenes (20 – 28 años)	27	64.3	29	39.2	56	48.3	6.76 0.0093
Adultas (29 – 34 años)	15	35.7	45	60.8	60	51.7	
<b>Total</b>	42	100.0	74	100.0	116	100.0	
<b>Estado civil</b>							
No unida (solteras y separada)	16	38.1	26	35.1	42	36.2	0.10 0.7499
Unida (conviviente y casada)	26	61.9	48	64.9	74	63.8	
<b>Total</b>	42	100.0	74	100.0	116	100.0	
<b>Grado de instrucción</b>							
Básicos (primaria y secundaria)	33	78.6	54	73.0	87	75.0	0.45 0.5033
Superior (técnica y universitaria)	9	21.4	20	27.0	29	25.0	
<b>Total</b>	42	100.0	74	100.0	116	100.0	

Fuente: Elaboración propia

**En la tabla 1.** Se observa sobre:

- **Edad:** del total la mayoría fueron adultas (29 – 34 años) con 51.7%, en el grupo parto vaginal fueron 64,3% mientras en el parto vía abdominal fueron 60.8%. Al análisis estadístico con  $\chi^2$  se observa que existe diferencia significativa entre la edad y el parto vaginal en una cesareada anterior [ $\chi^2$  6.73 p 0.093].
- **Estado civil:** del total fueron mayormente unidas (convivientes y casadas) con 63.8%, en el grupo parto vaginal fueron 61.9% mientras en el parto vía abdominal fueron 64.9%. Al análisis estadístico con  $\chi^2$  no se observa una diferencia significativa entre el estado civil y el parto vaginal en una cesareada anterior.
- **Grado de instrucción:** del total presentaron nivel de educación básica (primaria y secundaria) con 75%, en el grupo parto vaginal fueron 78.6% mientras en el parto vía abdominal fueron 73%. Al análisis estadístico con  $\chi^2$  no existe diferencia significativa entre el grado de instrucción y el parto vaginal en una cesareada anterior.

**Tabla 2.** Características obstétricas de las parturientas con antecedentes de cesárea previa atendidas en el Hospital San José del Callao, 2018.

CARACTERÍSTICAS GINECO OBSTÉTRICAS	CESAREADAS PREVIAS				Total		Prueba chi <sup>2</sup> p < 0.05 gl 1
	Grupo 1 (Parto vía vaginal)		Grupo 2 (Parto vía abdominal)		N°=116	%	
	N°=42	%	N°=74	%			
<b>Control prenatal</b>							
Incompleto (<6)	13	31.0	39	52.7	52	44.8	5.12
Completo (>=6)	29	69.0	35	47.3	64	55.2	0.0236
<b>Sesiones de psicoprofilaxis obstétrica</b>							
Completo	15	35.7	48	64.9	63	54.3	9.18
Incompleto	27	64.3	26	35.1	53	45.7	0.0025
<b>Edad gestacional</b>							
A termino (37 a 41 semanas)	40	95.2	69	93.2	109	94.0	0.24
Post termino (42 a más)	2	4.8	5	6.8	7	6.0	0.6229
<b>Periodo intergenésico</b>							
Corto (< 18 meses)	4	9.5	34	45.9	38	32.8	16.14
Largo (>= 18 meses)	38	90.5	40	54.1	78	67.2	0.0001

Fuente: Elaboración propia.

**En la tabla 2.** Con relación a las características obstétricas se observó:

- **Controles prenatales**, en la mayoría fueron completas con 55.2%. En el grupo con parto vaginal fueron 69% y por parto vía abdominal fue de 47.3%. Al análisis se evidencia que existe diferencia estadística entre los controles prenatales y el tipo de parto [ $\chi^2$  5.12 p 0.0236].
- **Sesiones de psicoprofilaxis**, en la mayoría fueron sesiones completas con 54.3%. En el grupo con parto vaginal fueron 35.7% y parto vía abdominal fue 64.9%. Al análisis se evidencia que existe diferencia estadística entre las sesiones de psicoprofilaxis y el tipo de parto [ $\chi^2$  9.18 p 0.0025].
- **Edad gestacional**, el mayor porcentaje del total fueron gestaciones a termino (37 a 41 semanas) con 94%; en el grupo con parto vaginal fueron 95.2% y por parto vía abdominal fue de 93.2%: Al análisis no se observa una diferencia estadísticamente significativa [ $\chi^2$  8.98 p 0.0112].
- **Periodo intergenésico**, el mayor porcentaje del total presentó mayor o igual a 18 meses, es decir fue largo con 67.2%; en el grupo de parto vaginal fueron 90.5% y por parto vía abdominal fue de 54.1%. Al análisis estadístico se evidencia diferencia entre el periodo intergenésico y el tipo de parto [ $\chi^2$  16.14 p 0.0001].

**Tabla 3.** Complicaciones maternas de las parturientas con antecedentes de cesárea previa atendidas en el Hospital San José del Callao, 2018.

COMPLICACIONES	CESAREADAS PREVIAS				Total		Prueba chi <sup>2</sup> p < 0.05 gl 1
	Grupo 1 (Parto vía vaginal)		Grupo 2 (Parto vía abdominal)		N°=116	%	
	N°=42	%	N°=74	%			
<b>Hemorragia post parto</b>							
Presenta	4	9.5	2	2.7	6	5.2	2.54
No presenta	38	90.5	72	97.3	110	94.8	0.1109
<b>Infecciones puerperales</b>							
Presenta	1	2.4	9	12.2	10	8.6	3.25
No presenta	41	97.6	65	87.8	106	91.4	0.0712
<b>Anemia post procedimiento</b>							
Presenta	20	47.6	36	48.6	56	48.3	0.01
No presenta	22	52.4	38	51.4	60	51.7	0.9151
<b>Ruptura Uterina</b>							
Presenta	1	2.4	3	4.1	4	3.4	0.23
No presenta	41	97.6	71	95.9	112	96.6	0.6351

Fuente: Elaboración propia

**En la tabla 3:** con relación a Complicaciones maternas se observó:

- **Hemorragia post parto**, del total de parturientas con parto vaginal presentaron hemorragia post parto con un 9.5%. En el grupo de parto vía abdominal presentaron hemorragia post parto un 2.7% de la muestra total. Al análisis estadístico se encontró  $\chi^2$  2.54 p 0.1109
- **Infecciones puerperales**, del total de parturientas con parto vaginal presentaron infecciones puerperales con un 2.4%. En el grupo de parto vía abdominal presentaron infecciones puerperales un 12.2% de la muestra total. Al análisis estadístico se encontró  $\chi^2$  3.25 p 0.0712
- **Anemia post procedimiento**, del total de parturientas con parto vaginal presentaron anemia post procedimiento con un 47.6%. En el grupo de parto vía abdominal presentaron anemia post procedimiento un 48.6% de la muestra total. Al análisis estadístico se encontró  $\chi^2$  0.01 p 0.9151
- **Ruptura Uterina**, del total de parturientas con parto vaginal presentaron ruptura uterina con un 2.4%. En el grupo de parto vía abdominal presentaron ruptura uterina un 4.1% de la muestra total. Al análisis estadístico se encontró  $\chi^2$  0.23 p 0.6351

Observándose que tanto la hemorragia post parto, las infecciones puerperales, la anemia post procedimiento y la ruptura uterina, al análisis estadístico no representan diferencia significativa.

**Tabla 4.** Complicaciones neonatales de las parturientas con antecedente de cesárea previa atendidas en el Hospital San José del Callao, 2018.

COMPLICACIONES	CESAREADAS PREVIAS				Total		prueba chi <sup>2</sup> p < 0.05 gl 1
	Grupo 1 (Parto vía vaginal) N°=42		Grupo 2 (Parto vía abdominal) N°=74		N°=116	%	
<b>Líquido amniótico meconial</b>							
Presenta	5	11.9	13	17.6	18	15.5	0.66
No presenta	37	88.1	61	82.4	98	84.5	0.4182
<b>Apgar al minuto de nacido</b>							
Hubo depresión (apgar ≤ a 6)	1	2.4	4	5.4	5	4.3	0.59
No hubo depresión (apgar ≥ a 7)	41	97.6	70	94.6	111	95.7	0.4408
<b>Apgar a los cinco minutos de nacido</b>							
Hubo asfixia (apgar ≤ a 6)	0	0.0	1	1.4	1	0.9	0.57
No Hubo asfixia (apgar ≥ a 7)	42	100.0	73	98.6	115	99.1	0.4493

Fuente: Elaboración propia

**En la tabla 4:** con relación a Complicaciones neonatales se observó:

- **Respecto al líquido amniótico meconial**, del total de parturientas con parto vaginal, los neonatos presentaron líquido amniótico meconial con un 11.9%. En el grupo de parto vía abdominal, los neonatos presentaron líquido amniótico meconial con un 17.6% de la muestra total. Al análisis estadístico se encontró  $\chi^2$  0.66 p 0.4182
- **En cuanto al Apgar al 1 minuto**, del total de parturientas con parto vaginal, los neonatos presentaron depresión con apgar  $\leq$  a 6 con un 2.4%. En el grupo de parto vía abdominal, los neonatos presentaron depresión con apgar  $\leq$  a 6 con un 5.4%. Al análisis estadístico se encontró  $\chi^2$  0.59 p 0.4408
- **Así mismo con relación al Apgar a los 5 minutos**, del total de parturientas con parto vaginal, ningún neonato registró asfixia. En el grupo de parto vía abdominal, los neonatos presentaron asfixia apgar  $\leq$  a 6 con un 1.4%. Al análisis estadístico se encontró  $\chi^2$  0.57 p 0.4493

Observándose que tanto la presencia de líquido amniótico meconial, el Apgar al minuto y a los cinco minutos de nacido, al análisis estadístico no representan diferencia significativa.

## IV. DISCUSIÓN

**Tabla 1.** Características sociodemográficas, de las parturientas con antecedente de cesárea previa.

Sobre la **edad**, se ha revisado en el estudio que, del total de participantes, el 51.7% fueron adultas; siendo en el grupo que culminaron con parto vía vaginal el 64.3% y las que culminaron en parto vía abdominal el 60.8%. Al análisis se encontró diferencia estadísticamente significativa [[chi<sup>2</sup> 6.75 p 0.0093].

En el estudio de Castillo L<sup>10</sup> sobre Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa, realizado en Perú (2017), informa como resultado la edad promedio en las pacientes que tuvieron parto vaginal y parto abdominal fue 30.85 años y 30.42 años (p = 0.2796) a diferencia de nuestro estudio; asimismo, Silva M<sup>11</sup> en estudio sobre Antecedente de cesárea previa asociado a complicaciones materno-neonatales en gestantes atendidas en el Hospital de Vitarte realizado en Perú (2019) reporta entre las gestantes con antecedentes de cesárea anterior edad materna ≤35 años, es decir adulta siendo para actual parto vaginal 52.4% y parto por cesárea 77.4% con resultado estadístico significativo (p=0.000). En cambio, Barrena y Quispesaravia<sup>12</sup> en estudio sobre Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital público de Lima en el período enero 2013 - diciembre

2017 (Perú 2018) encontró que las edades de las gestantes entre los dos grupos de jóvenes y mayores resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.01$ ), siendo en mayoría jóvenes, igualmente Ybaseta G y colaboradores<sup>13</sup>, en estudio sobre parto vaginal en gestantes con cesárea previa en un Hospital General de Perú. (2020), refiere edad joven 80% para parto vaginal y 53% para parto por cesárea, obteniendo  $\chi^2 36,59$  siendo estadísticamente significativo  $p < 0,05$ , en semejanza a nuestro estudio.

Sobre **estado civil**, se ha revisado en el estudio que, del total de participantes, el 63.8% fueron no unidas es decir conviviente y casada, siendo en el grupo que culminaron con parto vía vaginal el 38.1% y las que culminaron en parto vía abdominal el 35.1%. Al análisis no se encontró diferencia estadísticamente significativa [ $\chi^2 0.10$   $p 0.7499$ ].

Marca D<sup>14</sup>, en estudio realizado sobre Factores asociados con el éxito de prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Perú (2019), no estableció relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el éxito del parto vaginal vs cesárea ( $\chi^2 3,54$   $p 0,315$ ) en semejanza a nuestros resultados. Igualmente, en el estudio de Ybaseta G y colaboradores<sup>13</sup>, (Perú-2020), prevaleció entre las parturientas con cesárea anterior el estado civil solteras 41% y 29% tanto para el parto vaginal como para la cesárea, no siendo significativo ( $\chi^2 0,03$   $p > 0,05$ )

En cuanto al **grado de instrucción**, 75% de las participantes presentaron educación básica referido a primaria y secundaria siendo en el grupo que culminaron con parto vía vaginal el 78.6% y las que culminaron en parto vía

abdominal el 73%. Al análisis no se encontró diferencia estadísticamente significativa [ $\chi^2$  1.45 p 0.5033].

Ybaseta G y colaboradores<sup>13</sup>, (Perú-2020), informan en su estudio con respecto al grado de instrucción secundario 62% para parto vía vaginal y 26% para parto vía cesárea, obteniendo significancia estadística ( $\chi^2$  4,79 p <0,05) a diferencia de nuestro estudio. De igual manera Marca D<sup>14</sup>, (Perú-2019), con respecto al grado de instrucción de gestantes con cesárea previa y parto vaginal, que en mayoría fue la secundaria, estableció comparación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el éxito del parto vaginal vs cesárea ( $\chi^2$  6,97 p< 0,072).

**Tabla 2.** Características Gineco Obstétricas de las parturientas con antecedentes de cesárea previas:

Referidas al **control prenatal**, en el total de la muestra, el 55.2% presentaron control prenatal completo, siendo en el grupo que culminó en parto vaginal el 69% y el de parto abdominal 47.3%, encontrando diferencia estadísticamente significativa [ $\chi^2$  5.12 p 0.0236].

Contrario a nuestro resultado, Castillo L (Perú-2017) <sup>10</sup>, tuvo como resultado una media para control prenatal de 6.37 en los de parto vaginal y de 6.58 en los de cesárea, no encontrando significancia estadística (p=0.1950). Sin embargo, Silva M (Perú 2019) <sup>11</sup>, indica en sus resultados sobre el control prenatal incompletos entre las parturientas con cesárea anterior, culminaron en parto vaginal 31.5% y parto abdominal 54.8% con diferencia estadística, (p=0.000); igualmente Rojas L <sup>15</sup>, en estudio sobre Factores asociados de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el Hospital Antonio Lorena,

(Perú 2019), informa sobre controles prenatales y parto vaginal exitoso en cesárea previa 88.1% de los casos que al análisis con  $\chi^2$  arroja un valor 1.49 con un  $p = 0.005$ . Apreciamos estadística significativa semejante a nuestros resultados.

En cuanto a sesiones de **psicoprofilaxis obstétrica**, en la mayoría de las parturientas asistieron a sesiones completas con 54.3%. En el grupo que culminaron con parto vaginal fueron 35.7% y parto vía abdominal fue 64.9%. Al análisis se evidenció existe asociación estadística entre las sesiones de psicoprofilaxis y el tipo de parto [ $\chi^2$  9.18  $p$  0.0025].

Rojas L <sup>15</sup>, (Perú 2019), en estudio sobre la psicoprofilaxis y parto vaginal exitoso en cesárea previa, reporta 54.5% de los casos y al análisis  $\chi^2$  2.39  $p$ 0.001 condiciones con las que afirma significancia estadística de diferencias, en semejanza a nuestros resultados. Castillo L (Perú-2017) <sup>10</sup>, reporta diferencia estadística entre el parto vaginal y cesárea previa  $p < 0.001$ , en pacientes con el antecedente de psicoprofilaxis comparando con las que no recibieron.

Sobre la **edad gestacional** observamos mayor porcentaje del total fueron gestaciones a término (37 a 41 semanas) con 94%; en el grupo que culminó con parto vaginal fueron 95.2% y por parto vía abdominal fue de 93.2%. Al análisis no se observa una asociación estadísticamente significativa [ $\chi^2$  8.98  $p$  0.0112].

Barrena y Quispesaravia <sup>12</sup> (Perú 2018) en su estudio encontró que la edad gestacional más frecuente se halla en el rango de 37 a 41 semanas de gestación, es decir gestaciones a término no siendo significativo en su estudio, semejante a nuestros resultados; a diferencia de Castillo L <sup>10</sup> (Perú-2017),

sobre la edad gestacional entre sus hallazgos indica que la mayoría de las parturientas tenían edad gestacional con parto vaginal 38.88 semanas y cesárea 39.14 semanas ( $p = 0.003$ ) siendo significativa la diferencia entre parto vaginal y parto abdominal. Sin embargo, Ybaseta G y colaboradores <sup>13</sup> (Perú-2020), informan en su estudio predominó la edad gestacional menor de 40 semanas en ambos grupos  $\chi^2 6,56 p < 0,05$ , con significancia estadística, aunque no especificaron el mínimo.

En cuanto al **periodo intergenésico**, el mayor porcentaje del total presentó tiempos mayor o igual a 18 meses, es decir fue largo con 67.2%; en el grupo de parto vaginal fueron 90.5% y por parto vía abdominal fue de 54.1%; evidenciándose diferencia estadística entre el periodo intergenésico y el tipo de parto [ $\chi^2 16.14 p 0.0001$ ].

Pérez M.<sup>16</sup> en su estudio sobre Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa (Perú 2015), reporta haber encontrado periodo intergenésico entre 1 y 19 años, con una media de 5,49, y hallando que hubo diferencia significativa con el período intergenésico largo (> 2 años) bajo análisis estadístico donde  $p = 0,019$  ( $p < 0,05$ ). De igual manera Rojas L <sup>15</sup>, (Perú 2019), en su estudio afirma que el periodo intergenésico largo y parto vaginal posterior a cesárea previa, se puede apreciar en 57.4% de los casos exitosos, obteniendo  $\chi^2 3.77 p = 0.001$ , significativo. También, Marca D <sup>14</sup> (Perú-2019), con respecto al período intergenésico en gestantes con cesárea previa y parto vaginal se encontró que las gestantes con periodo intergenésico de 2 a 4 años más posibilidad de éxito de parto vaginal con un nivel de significancia de  $p < 0,01$ , a semejanza de nuestros hallazgos.

**Tabla 3.** Complicaciones maternas de las parturientas con antecedentes de cesárea previa:

Sobre la **hemorragia post parto**, el 9.5% de las parturientas con parto vaginal presentaron esta complicación y 2.7% de las parturientas con parto vía abdominal presentaron esta complicación; no significativo al análisis.

Ybasetta G y colaboradores <sup>13</sup> (Perú-2020), informan en su estudio si hubo complicaciones como las hemorragias post parto del tipo de atonía uterina, ruptura uterina, Infección de herida operada, que al análisis detectó  $\chi^2$  5,31  $p < 0.05$  estableciendo diferencia estadística. Igualmente, Silva M <sup>11</sup> (Perú 2019), indica en sus resultados la presencia de hemorragia postparto en las parturientas con parto vía vaginal 33.3% y en las parturientas con parto abdominal 67.9%, y analizando reporta  $p$  0.031, es decir estableció diferencia estadística, a diferencia de nuestros hallazgos.

A diferencia, Castillo L <sup>10</sup> (Perú-2017), informa en su estudio en el caso de parto vaginal versus cesárea previa, en parturientas con cesárea previa, no haber encontrado diferencias con respecto a las hemorragias (clave roja) a pesar del  $p$  significativo (0.037).

En cuanto a las **Infecciones puerperales**, el 2.4% de las parturientas con parto vaginal presentaron esta complicación y 12.2% de las parturientas con parto vía abdominal presentaron esta complicación; no significativo al análisis.

Silva M <sup>11</sup> (Perú 2019), indica en sus resultados la presencia de infección del tracto uterino en gestantes con el antecedente de cesárea previa que terminaron en parto vaginal 30.8% y parto vía abdominal 68.6% con diferencia estadística  $p$  0.0005, estadísticamente significativa.

Sobre la **anemia post procedimiento**, el 47.6% de las parturientas con parto vaginal presentaron esta complicación y 48.6% de las parturientas con parto vía abdominal presentaron esta complicación; no significativo al análisis.

Silva M <sup>11</sup> (Perú 2019), indica en sus resultados la presencia de anemia en gestantes con el antecedente de cesárea previa que terminaron en parto vaginal 28.6% y parto vía abdominal 66.1%, estableciendo al análisis diferencia estadística  $p < 0.0000$ , estadísticamente significativa.

Al revisar la **ruptura uterina**, el 2.4% de las parturientas con parto vaginal presentaron esta complicación y 4.1% de las parturientas con parto vía abdominal presentaron esta complicación; no significativo al análisis.

En Williams Obstetricia <sup>17</sup>, se mencionan que la rotura del útero puede aparecer como resultado de una lesión o anomalía preexistente, relacionarse con traumatismo o complicar el trabajo de parto en un útero sin cicatrices previas. La causa más frecuente de rotura uterina es la separación de una cicatriz de histerotomía por cesárea previa. Con el interés cada vez menor en una prueba de trabajo de parto después de una cesárea, ahora hasta la mitad de los casos de rotura uterina se produce en úteros no cicatrizados.

Mozo E <sup>18</sup>, en estudio realizado sobre morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. (España, 2014) informa que, si se compara, las parturientas post cesáreas tienen más probabilidades de tener ruptura uterina, con una frecuencia del 9% para este grupo en comparación con el 3,6 % para el grupo de parto vaginal, aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,271$ ).

**Tabla 4.** Complicaciones neonatales de las parturientas con antecedente de cesárea previa.

Respecto al **líquido amniótico meconial**, el 11.9% de los neonatos de parturientas con parto vaginal presentaron esta complicación y 17.6% de los neonatos de parturientas con parto vía abdominal presentaron esta complicación; no significativo al análisis.

No se ha encontrado en las tesis revisadas resultados al respecto, sin embargo, mencionamos que la enseñanza obstétrica durante el siglo pasado incluía el concepto de que la expulsión de meconio era una señal de posible riesgo de asfixia fetal. En 1903, J. Whitridge Williams observó expulsión de meconio y la atribuyó a “relajación del músculo del esfínter anal inducida por aireación defectuosa de la sangre (fetal)”. Sin embargo, los obstetras también han reconocido durante mucho tiempo que la detección de meconio durante el trabajo de parto dificulta la predicción de sufrimiento fetal o asfixia<sup>11</sup>.

Tres teorías se han sugerido para explicar la expulsión fetal de meconio y pudiesen en parte también explicar la débil conexión entre la expulsión de meconio y la mortalidad de lactantes. La explicación patológica propone que los fetos expulsan meconio en respuesta a hipoxia y que, por lo tanto, la presencia de ese material indica daño fetal. Otra explicación es que la expulsión intrauterina de meconio puede representar una maduración normal del tubo digestivo bajo control neural. En tercer lugar, la expulsión de meconio pudiese ser consecutiva a la estimulación vagal por el atrapamiento frecuente, si bien transitorio, del cordón umbilical y aumento resultante del peristaltismo. Por eso, la liberación de meconio también podría constituir un proceso fisiológico <sup>11</sup>.

Con respecto al **Apgar**, los resultados evidenciaron que el Apgar al 1 minuto en el recién nacido, presentaron asfixia 2,4% de parto vía vaginal y 5,4% fueron de parto vía abdominal; y el Apgar a los 5 minutos los recién nacidos que presentaron depresión, en el grupo parto vía vaginal no se presentaron casos, mientras que en el de parto vía abdominal fue de 1.4%, no encontrando diferencia estadística

De igual manera a nuestro hallazgo, Rojas L <sup>15</sup>, (Perú 2019), en su estudio con respecto al Apgar del recién nacido y parto vaginal exitoso en cesárea previa, reporta  $\chi^2$  2.37 p 0.25 condiciones que permiten avalar no significancia como se puede apreciar con el 1.0% de los casos presentados. Contrariamente, Ybaseta G y colaboradores <sup>13</sup> (Perú-2020), informan en su estudio que al evaluar el Apgar el grupo de mayor predominio fue los recién nacido que adquirieron puntaje mayor o igual a 7 y que nacieron por vía vaginal siendo significativo ( $\chi^2$  1,03 p >0,05).

Mozo E <sup>18</sup>, informa que los recién nacido que nace a través de una cesárea tras iniciarse el trabajo de parto tienen peor adaptación al minuto de vida 15,4 %, pero esta afirmación no la puede demostrar con una significación estadística por el pequeño tamaño en su muestra (p>0,114); también afirma lo mismo con respecto al Apgar a los 5 minutos no estableciendo relación estadística entre el tipo de parto y el Apgar a los 5 minutos de vida.

Silva M<sup>11</sup>, en su estudio, halló 13.1% con baja puntuación de Apgar en general, cifra diferente a la nuestra, sin embargo, no reporta significancia estadística.

## V. CONCLUSIONES

- En las características sociodemográficas, la mayoría de las parturientas con antecedente de cesárea previa que tuvieron parto vaginal fueron jóvenes, por el contrario, las parturientas por parto abdominal fueron adultas. La mayor cantidad presentó un estado civil unida y de estudios básicos completos para las parturientas con ambos tipos de parto.
- En las características obstétricas, la mayoría de las parturientas con antecedente de cesárea previa que tuvieron parto vaginal mostraron los controles prenatales completos, por el contrario, las parturientas por parto vaginal la mayoría tuvieron controles prenatales incompletos. De las parturientas con parto vaginal, la mayoría no completaron sus sesiones de psicoprofilaxis, por el contrario, las parturientas por parto abdominal la mayoría terminaron sus sesiones de psicoprofilaxis. Para las parturientas de ambas vías de parto, la mayoría tuvieron una edad gestacional a término entre las 37 a 41 semanas. Finalmente, para todas las parturientas, la mayoría tuvieron un periodo intergenésico largo superior a 18 meses.

- Entre las complicaciones maternas, para las parturientas de ambas vías de parto, la mayoría no presentaron hemorragia post parto, infecciones puerperales, anemia post procedimiento ni ruptura uterina.
- Entre las complicaciones neonatales, los recién nacidos de la mayoría de las parturientas de ambas vías de parto, no presentaron líquido amniótico meconial al nacer, no tuvieron depresión ni asfixia post parto.

Ante los resultados, se concluye aceptando la hipótesis nula, que las complicaciones maternas y neonatales entre el parto vaginal y el parto por cesárea en parturientas con antecedente de cesárea previa, no presentan diferencias significativas

## VI. RECOMENDACIONES

A los obstetras del Hospital San José del Callo

- Evaluar los factores y las condiciones que permitan la posibilidad de conducir a la parturienta con cesárea previa a un parto vaginal, al no existir mayores complicaciones en comparación a la cesárea iterativa.
- Identificar oportunamente las complicaciones maternas y fetales que ameriten una mayor observación y seguimiento, para así poder evitar problemas mayores para el binomio madre-feto el cual es el pilar de nuestra sociedad y merecen el mayor de las atenciones
- Continuar con la promoción de los controles prenatales que son cruciales para la prevención y detección temprana de la mayoría de las complicaciones que las gestantes puedan tener a lo largo de su gestación, así como fomentar un estilo de vida saludable, alimentación sana, actividad física.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet]. Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos. Comunicado de prensa. 10 de abril 2015. Ginebra [Consultado el 02.08.19]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015 [Consultado el 02 de abril de 2020]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1).
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet]. Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2010. Ginebra, Suiza. [Consultado el 05 de abril de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS10\\_Full.pdf](https://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf).
4. Bragado M. Parto vaginal tras cesárea. [Internet]. España 2016. [Consultado el 08 de abril de 2020]. Disponible en:

<http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/19080/TFG-M-M637.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

5. Ding X, Aïmainilezi A, Jin Y, Abudula W, Yin C. Investigation on the approach of delivery after previous cesarean section of Xinjiang Uyghur women. [Internet]. 2014. [Consultado el 07.07.20]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25537243>.
  
6. Cavero S. Factores obstétricos asociados al éxito de parto vaginal después de un parto por cesárea en el Hospital de Chancay, 2015. [Internet]. Huacho– Perú 2015. [Consultado el 05 de agosto de 2019]. Disponible en: [http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/628/2/CAVERO\\_MELENDEZ-Resumen.pdf](http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/628/2/CAVERO_MELENDEZ-Resumen.pdf).
  
7. Huaquipaco A. Características clínico epidemiológicas y complicaciones de gestantes con cesárea previa que tuvieron parto en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco. Essalud. Cusco – 2014. [Internet]. Arequipa - Perú 2015. [Consultado el 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/303/M-21249.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  
8. Espinoza L. Romero R. “Complicaciones del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa, Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016 - 2017”. [Internet]. Huaraz – Perú 2019. [Consultado el 11 de julio de 2020]. Disponible en:

[http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2844/T033\\_48234354\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2844/T033_48234354_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

9. Coaquira B. Caracterización de la gestante con antecedentes de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015. [Internet]. Tacna- Perú 2017. [Consultado el 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2324>.
10. Castillo L. Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa del Hospital Marino Molina Scippa – ESSALUD durante julio 2014 a junio 2016. [Internet]. Lima – Perú 2017. [Consultado el 30 de junio de 2020]. Disponible en: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/827/Factores\\_CastilloOliva\\_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/827/Factores_CastilloOliva_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
11. Silva M. Antecedente de cesárea previa asociado a complicaciones materno-neonatales en gestantes atendidas en el Hospital de Vitarte. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana. Julio – diciembre 2018. [Internet]. Lima - Perú 2019. [Consultado el 09 de julio de 2020] Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1880/MSILVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Barrera M, Quispesaravia P. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital público de Lima en el período enero 2013 - diciembre 2017. [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima - Perú 2018. [Consultado el 09 de julio de 2020]. Disponible en:

[http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1462/Frecuencia\\_BarrenaNeyra\\_Mayra.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1462/Frecuencia_BarrenaNeyra_Mayra.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

13. Ybaseta G, Quijandría C, Ybaseta M. Parto vaginal en gestantes con cesárea previa en un Hospital General de Perú. [Internet]. Rev méd panacea. 2020; 9(1): 4-12. [Consultado el 08 de julio de 2020]. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/290>
14. Marca D. Factores asociados con el éxito de prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2017. [Internet]. Universidad Jorge Basadre G. Tacna. Perú 2019. [Consultado el 01 de julio de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3637>
15. Rojas L. Factores asociados de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el Hospital Antonio Lorena, Cusco, 2016-2019. [Internet]. Universidad Nacional de San Antonio Abad Del Cusco Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Medicina Humana. Cusco-Perú 2019. [Consultado el 07 de julio de 2020]. Disponible en: [http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/UNSAAC/4021/253T20190208\\_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/UNSAAC/4021/253T20190208_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
16. Pérez M. Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa. [Internet]. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Lima – Perú 2015. [Consultado el 10 de julio de 2020]. Disponible en:

[http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/1853/perez\\_om.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/1853/perez_om.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

17. Cunningham F.G, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetricia. 23a ed. México DF: Mc Graw Hill education; 2011. 431 - 784 -p.

18. Mozo E. Universidad Complutense De Madrid. Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. [Internet]. Madrid, 2014. [Consultado el 10 de julio de 2020]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/29014/1/T35877.pdf>

## VII. ANEXOS

### COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES DEL PARTO VAGINAL Y DEL PARTO POR CESÁREA EN PARTURIENTAS CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ – CALLAO EN EL 2018

#### ANEXO 1 FICHA RECOLECTORA DE DATOS

##### TIPO DE PARTO

- Parto vía abdominal (cesárea iterativa)  Parto vía vaginal (post cesárea)

##### I. CARACTERÍSTICAS

###### Características socio demográficas

###### Edad

- jóvenes (20 – 28 años)  
 Adultas (29 – 34 años)

###### Estado civil

- Soltera  separada  
 Conviviente  Casada

###### Grado de instrucción

- Ninguna  Secundaria  
 Primaria  Superior

###### Características Obstétricas

###### Control Prenatal

- Ninguno  Completo  Incompleto

###### Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica:

- Ninguno  Completo  Incompleto

###### Periodo intergenésico

- Corto (< 2 años)  Largo (>= 2 años)

##### II. COMPLICACIONES

###### Complicaciones maternas del parto vaginal post cesárea

###### Rotura uterina

- SI  
 NO

###### Hemorragia postparto

- SI  
 NO

###### Infecciones puerperales

- SI

- NO

###### Anemia

- SI

- NO

###### Complicaciones neonatales

###### Líquido amniótico meconial

- SI

- NO

Apgar al minuto de nacido:

- Apgar 0 a 6
- Apgar 7 a 10

Apgar a los cinco minutos de nacido:

- Apgar 0 a 6
- Apgar 7 a

## ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
<b>Variable Independiente:</b>	Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Parto vía abdominal (cesárea iterativa)</li> <li>○ Parto vía vaginal (post cesárea)</li> </ul>	Nominal	Ficha de recolección de datos
<b>Variable Dependiente Complicaciones</b>	Complicaciones maternas	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rotura uterina (SI/NO)</li> <li>○ Hemorragia postparto (SI/NO)</li> <li>○ Infecciones puerperales (SI/NO)</li> <li>○ Anemia (SI/NO)</li> </ul>	Nominal	Ficha de recolección de datos
	Complicaciones neonatales	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Líquido amniótico meconial (SI/NO)</li> <li>○ Apgar al minuto de nacido:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apgar 0 a 6 (con depresión)</li> <li>▪ Apgar 7 a 10 (normal)</li> </ul> </li> <li>○ Apgar a los cinco minutos de nacido:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apgar 0 a 6 (con asfixia)</li> <li>▪ Apgar 7 a 10 (normal)</li> </ul> </li> </ul>	<p style="text-align: center;">Nominal</p> <p style="text-align: center;">Intervalo</p> <p style="text-align: center;">Intervalo</p>	Ficha de recolección de datos

### ANEXO 3: CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q * N}{(N - 1) E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

- N= Total de la población
- $Z_{\alpha/2}^2 = 1.96^2$  (ya que la seguridad es del 95%)
- p = 50% proporción esperada (p=0.50)
- q = 1 – p (en este caso es 1 – 0.50 = 0.50)
- E = error absoluto (en este caso deseamos un 5%)

Reemplazando los datos en la fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q * N}{(N - 1) E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.50 * 0.50 * 166}{(165) (0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}$$

$$n = \frac{159.4}{1.37}$$

$$n = 116.3$$

Redondeando: n= 116

## ANEXO 4: AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
HOSPITAL SAN JOSE



UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Comité Institucional de Ética en Investigación

### INFORME DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN N° 019-2019

Carmen de La Legua-Reynoso, 15 de noviembre de 2019

#### MIEMBROS DEL COMITÉ

*Presidente*  
DR. RENÉ EDWIN CABRERA  
ROBLES  
Médico

DR. MICHAEL ALEXANDER  
AYUDANT RAMOS  
Médico

DR. ALAN GUEVARA SILVA  
Médico

Q.F. JUANA YOLANDA  
RUMICHE PINGO  
Químico-Farmacéutica

LIC. EDILICIA MARIA CURI  
GAVILÁN  
Enfermera

LIC. ALICIA MÓNICA ASCONA  
TAPIAZA  
Enfermera

LIC. FRIDA ERMELINDA  
BASURCO BURGOS  
Enfermera

LIC. MILAGROS MENA  
CÓRDOVA  
Tecnóloga Médica

OBST. NILDA SOLEDAD  
PINTADO PASAPERA  
Obstetra

*Asistente Administrativo*  
SR. JEAN CARLOS RIEGA DEL  
RÍO

Código del protocolo (Número-año): 019-2019

Versión/fecha del protocolo: 001 - 16/10/2019

Hoja de información al paciente/sujeto (versión/fecha): v1, 16/10/19

Título

***"Ventajas del parto vaginal y del parto por cesárea en parturientas con antecedente de cesárea previa según complicaciones maternas y neonatales, atendidas en el Hospital San José – Callao del 2018 "***

Investigadora:

Srta. Rosa Peláez Valencia

Egresada de la Carrera Profesional de Obstetricia

Institución vinculada a la Investigadora:

Universidad de San Martín de Porres.

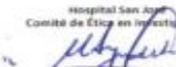
Facultad de Obstetricia y Enfermería, Escuela Profesional de Obstetricia.

El Comité de Ética en Investigación del Hospital San José, en su reunión de fecha 14/11/2019, tras recibir la aprobación de la Universidad de San Martín de Porres con fecha 03/10/2019, y teniendo en consideración los siguientes aspectos:

1. Respeto de los principios de ética en investigación,
2. Interés científico y relevancia del estudio,
3. Grado de eventual perturbación a los pacientes y al funcionamiento del centro asistencial,
4. Beneficios para el paciente, la Institución y el país,
5. Consideraciones metodológicas del estudio.

El CIEI del Hospital emite un dictamen de **APROBACIÓN SIN MODIFICACIONES**, en virtud de lo cual, el Comité de Ética en Investigación elevará la solicitud a la Dirección Ejecutiva, para la autorización correspondiente; asimismo, la UADI-HSJ será responsable del monitoreo del adecuado cumplimiento de los procedimientos de la investigación.

Hospital San José  
Comité de Ética en Investigación

  
Dr. René Edwin Cabrera Robles  
Presidente del Comité de Ética en Investigación  
CMP 15034

Jesús María, 03 de octubre de 2019

**OFICIO N° 1053-2019-D-FOE-USMP**

Doctor  
**EVER MITTA CURAY**  
Director  
Hospital San José del Callao  
Presente.-

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y presentar a la señorita Bachiller **ROSA MIRELLA PELAEZ VALENCIA** con código N° 2011212770, egresada de la Facultad de Obstetricia y Enfermería – Escuela Profesional de Obstetricia, quien ha elegido la Institución que dignamente dirige, para llevar a cabo su trabajo de investigación con el asesoramiento de la Dra. Nelly Moreno Gutiérrez para optar el Título de Licenciada en Obstetricia.

La investigación titulada: **“VENTAJAS DEL PARTO VAGINAL Y DEL PARTO POR CESÁREA EN PARTURIENTAS CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA SEGÚN COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ – CALLAO DEL 2018”**, se desarrollará dentro del marco de tiempo estipulado por la Facultad; por lo que solicito tenga a bien brindarle las facilidades que requiere este proceso.

Agradeciéndole anticipadamente por la atención que brinde al presente, quedo de usted.

Atentamente,  
  
Dra. Mirza Baca Neglia  
Decana



HBN:shr

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Que Exhibe el Administrado**

  
-----  
**SRA. ARMANDA LUISA ATENCIA VALENTIN**  
Fedatario Titular  
HOSPITAL SAN JOSÉ-DIRESA  
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
Reg. N° 570 Fecha: 11/10/2019

Facultad de Obstetricia y Enfermería  
Av. Salaverry N° 1136 - Jesús María  
Telf: 471-1171 / 471-9682 / 471-6791  
Fax: 265-6723  
fse@usmp.edu.pe  
www.usmp.edu.pe/fobstetri/index.php