



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**COMPLICACIONES MATERNAS Y SU RELACIÓN CON EL
PERIODO INTERGENÉSICO EN MUJERES CON PARTO
VAGINAL EN CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN
DE LURIGANCHO EN EL AÑO 2018 Y 2019**

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

**PRESENTADO POR:
BACH. LAURA IVONNE SARA AIQUIPA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD, BIENESTAR, BIOTECNOLOGÍA Y BIOÉTICA**

**ASESORA: Mag. RUTH NILDA OTÁROLA DE LA TORRE
(0000-0002-6828-4148)**

**LIMA, PERÚ
2021**

ÍNDICE

Agradecimiento	I
Dedicatoria	II
Reconocimiento	III
Resumen	IV
Abstract	V
Introducción	VI

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

- 1.1. Descripción de la realidad problemática
- 1.2. Formulación del problema
 - 1.2.1. Problema general
 - 1.2.2. Problemas específicos
- 1.3. Delimitación del estudio
- 1.4. Objetivos de la investigación
 - 1.4.1. Objetivo general
 - 1.4.2. Objetivos específicos
- 1.5. Justificación de la investigación
 - 1.5.1. Justificación (teórica, práctica, metodológica y social)
 - 1.5.2. Importancia de la investigación
 - 1.5.3. Viabilidad de la investigación
- 1.6. Limitaciones del estudio

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

- 2.1. Antecedentes de la investigación
 - 2.1.1. Nacionales
 - 2.1.2. Internacionales
- 2.2. Bases teóricas
- 2.3. Definición de términos básicos

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

- 3.1. Formulación de hipótesis general y específicas
- 3.2. Variables

3.2.1. Definición de las variables

3.2.2. Operacionalización de las variables

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

4.2. Diseño muestral

4.3. Técnicas de recolección de datos

4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

4.5. Aspectos éticos

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivo

5.2. Análisis inferencial

5.3. Discusión de resultados

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

1. Consentimiento informado

2. Autorización para el desarrollo de la investigación

3. Instrumento de recolección de datos

4. Matriz de Consistencia

Dedico a:

A mis padres por ser mi gran motivación y fortaleza en cada momento de mi vida, en cada paso de mi carrera, por guiar mis pasos y permitir terminar con éxito esta hermosa carrera de obstetricia. Agradecerles infinitamente por darme su amor incondicional. A mi hermano por siempre estar presente, acompañándome y animar a concluir esta etapa.

Agradezco a:

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía en el transcurso de mis estudios. A mi familia por el apoyo y brindarme toda su confianza, por escucharme, aconsejarme e impulsarme siempre a salir adelante.

Reconocimiento a:

A la Universidad Alas Peruanas mi Alma Mater, a la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, al Hospital San Juan de Lurigancho, y a todos los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia, que en suma aportaron a mi formación académico-profesional.

A las obstetras Ruth Moran Relaiza y Ruth Nilda Otárola de la Torre, por sus orientaciones y valiosas sugerencias para la

realización del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de Determinar la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019. **Material y métodos.** La investigación es de enfoque correlacional, observacional y retrospectivo. La población y muestra la conformaron a las historias clínicas de mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019 las cuales en total fueron 149. Para recolectar los datos se utilizó una ficha de recolección de datos con datos de las historias clínicas. **Resultados:** El 65,1% de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa no presentó complicación materna alguna. Siendo el 37,7% que presentó un periodo intergenésico adecuado y el 27,4% tuvo periodo intergenésico prolongado. Se observa que las mujeres con periodo intergenésico adecuado que el 12,2% tuvo desgarro perineal de grado 1, el 2,8% tuvo desgarro perineal de grado 2 y el 0,9% tuvo desgarro perineal de grado 3. Las mujeres con periodo intergenésico prolongado, se observa que el 9,4% presentó desgarro perineal de grado 1, el 6,6 % de dichas mujeres presentó desgarro perineal de grado 2 y el 0,9% presentó histerectomía. **Conclusiones** a las que se llegó son: que existe una relación de +0,064 entre las variables complicaciones maternas y periodo intergenésico, lo cual implica que existe una pequeña correlación positiva entre dichas variables.

Palabras clave:

Complicaciones maternas, periodo intergenésico, parto vaginal, cesárea previa.

ABSTRACT

The present study was proposed with the **objective** of determining the relationship between maternal complications and the intergenetic period in women with a previous vaginal delivery in cesarean section at the San Juan de Lurigancho Hospital in 2018 and 2019. **Material and methods.** The research has a correlational, observational and retrospective approach. The population and sample were made up of the medical records of women with a previous vaginal cesarean delivery at the San Juan de Lurigancho Hospital in 2018 and 2019, which in total were 149. A data collection sheet was used to collect the data. with data from medical records. **Results:** 65.1% of women with vaginal delivery in previous cesarean section did not present any maternal complications. Being 37.7% who presented an adequate intergenetic period and 27.4% had a prolonged intergenetic period. It is observed that women with an adequate intergenetic period that 12.2% had grade 1 perineal tear, 2.8% had grade 2 perineal tear and 0.9% had grade 3 perineal tear. prolonged, it is observed that 9.4% presented grade 1 perineal tear, 6.6% of these women presented grade 2 perineal tear and 0.9% presented hysterectomy. The **conclusions** reached are: that there is a relationship of +0.064 between the variable's maternal complications and the intergenetic period, which implies that there is a small positive correlation between these variables.

Keywords:

Maternal complications, intergenetic period, vaginal delivery, previous cesarean section.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe falta de consenso en cuanto a las definiciones e importancia clínica de la duración del periodo intergenésico.

El periodo intergenésico es un tema primordial en la planificación de embarazos subsecuentes a partos, cesáreas y abortos. A todas las parejas se les recomienda esperar entre dos y tres años para concebir un nuevo embarazo. El periodo intergenésico se considera un factor importante en el desenlace de los recién nacidos vivos. A pesar de lo anterior, existen factores que obstaculizan la priorización de este espaciamiento genésico; por ejemplo, la falta de un registro epidemiológico en nuestro país de la prevalencia de periodo intergenésico (corto y largo), la correcta definición de los términos del intervalo genésico y su aplicación posterior a un parto, aborto y cesárea.¹

La OMS recomienda un periodo intergenésico mayor de 24 meses para disminuir el riesgo de eventos perinatales adversos. Estudios previos describen la asociación del intervalo intergenésico corto como factor de riesgo de complicaciones.²

Actualmente, el número de nacimientos anuales en América Latina es de 11 millones con una tasa de mortalidad perinatal de 39 x 1000 nacidos vivos, el número total de muertes perinatales en el año 2000 fue 429.000. Si las familias eligieran diferir un nuevo nacimiento durante 27-32 meses, se estima que la mortalidad perinatal podría disminuirse en 14,1%. Por lo tanto, el número total de muertes perinatales que podría evitarse anualmente sería de 60.500 (De Cuatro & Brasil, 2011). El enfoque de la planificación familiar va dirigido hacia evitar futuros embarazos, mas no a su espaciamiento, la pareja debería tener acceso a mayor información sobre las consecuencias a corto y largo plazo de un embarazo no planificado.²

Estudios realizados en diversos países de América latina han demostrado que mujeres con períodos cortos entre embarazos tienen un mayor riesgo de complicaciones como parto pre término, diabetes gestacional, desprendimiento prematuro de placenta, muerte neonatal y restricción del crecimiento intrauterino. Varias revisiones sistemáticas han evaluado la evidencia de un vínculo causal entre el período intergenésico breve y los resultados de salud materna e infantil. Muchos han concluido que los intervalos cortos, definidos de diversas maneras, pueden aumentar el riesgo de parto prematuro y otros resultados de salud infantil.³

En ese orden de ideas, y considerando el aumento de la tasa de cesáreas es oportuno realizar un estudio sobre complicaciones maternas y su relación con periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa. Para tal efecto, se analizarán los resultados de la investigación obtenida en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.

Por lo expuesto, en el capítulo I, se detalla el planteamiento metodológico en donde se hace referencia a la descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos de la investigación y la justificación. En el capítulo II, se visualiza el marco teórico, el cual comprende los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos. Por su parte, en el capítulo III se expone las hipótesis y variables. Posteriormente, en el capítulo IV trata sobre la metodología empleada. Finalmente, en capítulo V se presenta los resultados obtenidos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En la actualidad, sigue existiendo el debate en torno al manejo de aquella mujer con cesárea previa, puesto que no se ha establecido un criterio uniforme y universal sobre si los profesionales de la salud deben repetir una cesárea o practicar un parto vaginal. Sobre el particular, es preciso indicar que tanto una cesárea programada como el parto vaginal, no se encuentran libres de presentar complicaciones maternas y neonatales.

Para el caso de la cesárea, el riesgo de morbilidad materna es mayor que en el parto por vía vaginal, maximizándose dicha situación cuando el intento de parto es frustrado.⁴ Asimismo, cabe señalar que la realización de una cesárea incrementa 6 veces más el riesgo de muerte al ser comparado con el parto vaginal.⁵ En tal sentido, el parto vaginal se

constituye como una alternativa segura en mujeres con antecedente de cesárea previa, considerando que estudios actuales reportan que las pacientes con dicho antecedente pueden tener un parto vaginal, alcanzando una tasa de éxito del 82%.⁴

En relación a la tasa de cesárea a nivel mundial, se debe referir que es de 15.5%. De dicho porcentaje, se tiene que en América Latina y el Caribe la tasa de cesárea corresponde al 40.5%, mientras que en Sudamérica asciende al 42.9% y en el caso del Perú alcanza el 30.03%.⁶ Sin embargo, los porcentajes referidos podrían aumentar, debido a que no se consideran las cesáreas desarrolladas en el ámbito privado. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud sostiene que los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%, y que, a nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.⁷

En virtud de lo anterior, es que un factor trascendental vinculado al aumento de la tasa de cesáreas en el Perú y en el mundo es la reducción de tiempo en la realización de una cesárea en comparación con un parto vaginal. Además, otro factor es el temor a tener problemas médicos legales porque el personal de salud puede ser demandado por no haber practicado una cesárea para evitar complicaciones durante el parto. Por lo tanto, se evidencia que, si el profesional de salud realiza una cesárea, podría estar libre de responsabilidad, mientras que, por el contrario, si éste realizara un parto vaginal estaría expuesto a que si presentaran complicaciones sería demandado por no haber hecho una cesárea.⁸

Por otro lado, resulta pertinente manifestar que con el incremento de la frecuencia de cesáreas también se observa un gasto monetario

innecesario, en caso existiesen indicaciones injustificadas. Al respecto, se estimó que el monto al que ascendía la práctica de cesáreas innecesarias a nivel mundial era de \$ 2 320 millones, mientras que el costo de cesáreas justificadas fue de \$ 432 millones. Asimismo, se observó que en Estados Unidos el porcentaje de cesáreas innecesarias fue del 10.8%, en Brasil del 15.4%, y en el caso del Perú del 0.9% que representó un monto de \$ 11 316 358.⁹ En ese contexto, resulta determinante realizar una adecuada identificación de la probabilidad de éxito en mujeres con parto vaginal en cesárea previa para evitar o disminuir los costos que implica dicha intervención quirúrgica.

De acuerdo a la evaluación del POI Anual – 2019 elaborado por el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho, se informó que en el año 2018 se atendieron 5 821 gestantes, de las cuales el 29,02% (1 689) culminaron en cesárea, mientras que en el año 2019 se atendieron 5 274 partos, siendo el 29,94% (1 579) que finalizaron en cesárea.¹⁰ De lo anterior, se observa un aumento en el índice de cesárea en el referido hospital. Si bien es cierto, se brinda la posibilidad a las mujeres con cesárea previa la práctica de un parto vaginal, en ocasiones ocurre que el personal de salud opta por la realización de una cesárea iterativa cuando podría practicarse parto vaginal considerando el caso particular. En el caso del Hospital San Juan de Lurigancho, existen diversas investigaciones de la especialidad de obstetricia. Sin embargo, no se encuentran asociadas al periodo intergenésico, siendo necesario desarrollar un estudio que permita determinar su asociación con las complicaciones maternas en mujeres con cesárea previa.

Por todo lo expuesto, resulta trascendental la realización de esta investigación para promover que los profesionales de la salud determinen los posibles casos de éxitos de la práctica del parto vaginal en mujeres con cesárea previa, reduciendo en lo posible las

complicaciones maternas, así como los costos de realización de dicho procedimiento quirúrgico para el beneficio de la población y de esta manera cumplir con los estándares que precisa la Organización Mundial de la Salud.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico adecuado en mujeres con parto vaginal en cesárea previa?
- ¿Cuál es la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico prolongado en mujeres con parto vaginal en cesárea previa?

1.3. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación se realizará en el Hospital San Juan de Lurigancho, el cual se encuentra ubicado en el distrito de San Juan Lurigancho, ubicado en la provincia y departamento de Lima, con una superficie territorial de 131.25 Km², constituyendo el 4.91% del territorio de la provincia de Lima y el 0.38% del Departamento de Lima, conforme lo expuesto en su Plan Operativo Institucional del 2020, aprobado por la

Resolución Directoral N° 520-2019-DE-HSJM/MINSA de fecha 31 de diciembre del 2019.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico adecuado en mujeres con parto vaginal en cesárea previa.
- Identificar la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico prolongado en mujeres con parto vaginal en cesárea previa.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA, PRÁCTICA, METODOLÓGICA Y SOCIAL

Justificación teórica

De la revisión de la bibliografía, se aprecia que no existen estudios en torno a las complicaciones maternas y su relación con el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa. Por tal motivo, es que se resultará necesario brindar información actualizada con la finalidad de que el lector pueda contrastar la teoría con los resultados que se obtendrán durante el desarrollo del referido estudio,

promoviendo así una reflexión de carácter académico – profesional que permita ampliar esta investigación en los hospitales a nivel nacional, siendo un precedente para nuevas investigaciones.

Justificación práctica

El desarrollo de este estudio permitirá un análisis sobre las complicaciones maternas y su relación con el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa. Lo anterior, con el propósito de evidenciar la posibilidad de tener un parto vaginal disminuyendo las complicaciones maternas que pudiesen conllevar al aumento de la tasa de cesáreas, alcanzando así los estándares recomendados por la Organización Mundial de Salud. En ese sentido, se concientizará al personal de salud sobre los elementos de juicio para proponer la posibilidad de practicarse un parto vaginal en mujeres con cesárea previa.

Justificación metodológica

Para la realización de esta investigación, se seguirá una metodología de carácter correlacional, observacional y retrospectivo. Lo anterior, permitirá determinar si existe relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.

Justificación social

La realización de la presente investigación pondrá en evidencia los resultados obtenidos en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lo anterior, permitirá una adecuada evaluación y manejo de la mujer con parto vaginal en cesárea previa, conduciendo a una reducción de costos que englobaría la realización de una cesárea iterativa para el hospital.

Asimismo, podrían evitarse costos adicionales de presentarse complicaciones maternas como consecuencia de la práctica del aludido procedimiento quirúrgico. Por ello, es que el desarrollo de la investigación identificará las condiciones clínicas de las mujeres que presenten mayores posibilidades para efectuar un parto vaginal, disminuyendo las complicaciones maternas para garantizar el bienestar tanto de la madre como del recién nacido.

1.5.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Ante el aumento de la tasa de cesáreas en el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2018) señaló que se incrementó de 31,5% a 34,5% entre los años 2015 y 2018; y este panorama parece aún más sombrío debido a que en el sector privado, el porcentaje es mayor.¹¹ En ese sentido, es que se puede inferir que el aumento de las cesáreas responde a brindar soluciones a múltiples complicaciones maternas como desgarro perineal, retención de restos placentarios, hemorragia postparto, rotura uterina, histerectomía y mortalidad materna. No obstante, es preciso recordar que dichas complicaciones pueden verse reducidas si se procede a realizar parto vaginal, considerando la evaluación de la mujer por parte de los profesionales de la salud.

Considerando la realidad descrita anteriormente y ante la ausencia de trabajos de investigación del Departamento de Docencia y Estadística del Hospital San Juan de Lurigancho sobre complicaciones maternas y su relación con el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa, es que resulta valioso el presente trabajo de investigación, puesto que permitirá identificar a los profesionales de

salud a aquellas mujeres con mayores probabilidades de éxito de un trabajo parto para evitar complicaciones maternas, así como la reducción de costos que podría implicar la práctica de una cesárea (equipo multidisciplinario e insumos) en el centro hospitalario. Por tal motivo, el desarrollo de la presente investigación permitirá conocer la viabilidad de llevar a cabo un parto vaginal en mujeres con cesárea previa para evitar complicaciones maternas, tomando en cuenta los casos presentados en el Hospital San Juan de Lurigancho para salvaguardar el derecho a la vida de la madre y del recién nacido.

1.5.3. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación será viable por cuanto se obtendrá la autorización del director del Hospital San Juan de Lurigancho para el acceso a la información que se encuentra detallada en el libro de partos y en las respectivas historias clínicas, así como en el Plan Operativo Institucional de la entidad con la finalidad de aplicar el instrumento de recolección de datos para el referido estudio. Asimismo, se contará con los recursos económicos y tiempo suficiente para recabar la información necesaria que permita realizar un análisis entorno a la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.

1.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para el desarrollo de la presente investigación, se considerarán como posibles limitaciones aquellas historias clínicas que contengan espacios vacíos, mal llenados, con letra ilegible, e incluso la pérdida de alguna de ellas, las cuales podrían dificultar la recolección de la información para el presente estudio. No obstante, ello no repercutirá en la validez de los

resultados, puesto que se contrastará los datos insuficientes (de ser el caso) con el libro de partos.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. NACIONALES

Espino Felipa, Elda Johanna en su trabajo realizado en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016, con el objetivo de Determinar las complicaciones materno-neonatales y características sociodemográficas en pacientes con parto vaginal luego de

cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016. Material y Método: El estudio fue de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal. Se revisó las historias clínicas de 91 pacientes que culminaron su gestación por vía vaginal teniendo como antecedente de cesárea previa en alguno de sus partos anteriores. Obteniendo como resultados que: En relación a los factores sociodemográficos, predominó el grupo etario de pacientes con edades de 25 – 29 años con 31%, 75% que tenían secundaria, 94% eran ama de casa, 75% conviven con su pareja, 98% tenía cesárea previa como antecedente y 36% de estas pacientes fueron primíparas. En 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 un 92% no tuvo complicaciones. Conclusiones: Las complicaciones maternas-neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora fueron desgarro perineal, hemorragia postparto, retención de restos placentarios, estas dos últimas en menor grado; bajo peso al nacer, APGAR bajo, muerte neonatal y sufrimiento fetal agudo, 92% no presentó complicaciones neonatales.¹²

Tello Cerquín Franklin Lorenzo en su trabajo realizado en el Centro de Salud Baños Del Inca, 2017, con el objetivo de Determinar la asociación que existe entre complicaciones obstétricas y el periodo intergenésico en gestantes. Material y Método: Se realizó un estudio no experimental, transversal, descriptivo y prospectivo, con una muestra conformada por un total de 98 gestantes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Obteniendo como resultados que: las gestantes del estudio se caracterizan por pertenecen al grupo etario de 25 a 29

años de edad, ser convivientes, con primaria incompleta, católicas, amas de casa y pertenecen a la zona rural. entre las características obstétricas se evidencia que la mayoría tienen una gestación del tercer trimestre y son segundigestas. se puntualiza que cuando el periodo intergenésico fue corto las complicaciones obstétricas que se manifestaron fueron amenaza de parto prematuro y aborto; en contraste el periodo intergenésico prolongado, que se asoció a embarazo prolongado, oligohidramnios y polihidramnios. Conclusiones: Existe relación significativa entre el periodo intergenésico y las complicaciones obstétricas, según $p = 0,001$, corroborándose de esta manera la hipótesis planteada.¹³

Rojas Chihuantito, Lucio Adrián en su trabajo realizado en el hospital Antonio Lorena, Cusco, 2016 – 2019, con el objetivo de Determinar los factores predictores para un parto vaginal en pacientes con cesárea previos en el Hospital Antonio Lorena-Cusco en periodo del 2016 – 2019. Material y Método: Es un estudio de tipo casos y controles en gestantes con antecedente de una cesárea previa que ingresaron tanto por consulta externa como por emergencia, del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Antonio Lorena, en el periodo comprendido entre el 2016 y el 2019. Obteniendo como resultados: Se revisaron 202 historias clínicas de gestantes cuyas edades estaban comprendidas entre los 19 - 42 años, el índice de cesárea en hospital fue de un 32.9%. Como factores asociados al éxito de parto vaginal se obtuvieron: la edad de 2-5 años con un OR de 1.64 (IC 95% [1.93-2.89], $p < 0.05$), el parto vaginal previo OR de 3.74 (IC 95% [1.87-7.49], $p < 0.05$), multiparidad OR de 2.43 (IC 95% [1.38-4.32], $p < 0.05$), el periodo intergenésico de 2 a 5 años con OR de 1.79 (IC 95% [1.17-3.25], $p < 0.05$), la dilatación cervical mayor a 4 con un OR de 2.29 (IC 95% [1.2-4.37], $p <$

0.05), el tipo de parto espontáneo con un OR de 1.65 (IC 95% [1.52-5.23], $p < 0.05$) y el peso del recién nacido entre 2500-4000 con un OR de 2.98 (IC 95% [1.11-7.96], $p < 0.05$) . Conclusiones: Los factores maternos como: la edad materna adecuada, parto vaginal previo, multiparidad, periodo intergenésico adecuado, y controles prenatales mayores a 6, los factores del trabajo de parto como: dilatación cervical mayor a 4, tipo de parto espontáneo, y los factores relacionados al feto como un peso entre 2 500 – 4 000 gramos son factores asociados a un parto vaginal exitoso en una paciente con antecedente de una cesárea previa.¹⁴

Silva Mansilla María Claudia en su trabajo realizado en el Hospital de Vitarte periodo julio – diciembre 2018, con el objetivo de Determinar la asociación entre el antecedente de cesárea previa y las complicaciones materno-neonatales en gestantes. Material y Método: se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, de tipo casos y controles con aplicación de una ficha de recolección de datos. La muestra estuvo conformada por 84 casos (gestantes con complicaciones materno – neonatales) y 168 controles (gestantes sin complicaciones materno – neonatales). La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de una ficha de recolección de datos para las historias clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital de Vitarte en el periodo de Julio –Diciembre del 2018. Obteniendo como resultados que: la complicación materna de mayor prevalencia es la Rotura Prematura de Membrana (7.5%) y la complicación neonatal de mayor prevalencia fue la sepsis neonatal (15.1%). El factor demográfico de Edad Materna (OR=3.110, $p=0.000$) y los factores obstétricos de Edad Gestacional (OR=2.101, $p=0.026$), Control Prenatal (OR=2.627, $p=0.000$), Paridad (OR=2.614, $p=0.005$) y Anemia (OR=4.868, $p=0.000$) son factores asociados a las complicaciones Materno – Neonatales. Conclusiones: El

antecedente de cesárea previa está asociado a las complicaciones materno – neonatales y se relaciona con las maternas de RPM (OR=3.833), ITU (OR=4.920) y Hemorragia postparto (OR=4.231); y con las complicaciones neonatales de Sepsis neonatal (OR=2.292), APGAR (OR=2.782) y Bajo peso al nacer (OR=3.188, p=0.001).⁴

2.1.2. INTERNACIONALES

Paguay Quichimbo David Joel en su trabajo realizado en el Hospital De La Mujer Alfredo Paulson de Ecuador en el periodo de octubre del 2016 a marzo del 2017, con el objetivo de Determinar la prevalencia de partos vaginales post-cesárea en periodo de octubre del 2016 a marzo del año 2017 y de sus complicaciones maternas y neonatales. Material y Método: Se trata de un estudio transversal, prospectivo, de alcance descriptivo, no experimental. Se recolectó información de las mujeres que acudían al hospital Alfredo Paulson con al menos una cesárea previa para la atención al parto, se eligió 85 mujeres con el código de egreso “parto vaginal post-cesárea” con CIE10 O757 que cumplían los criterios de inclusión, se calculó la prevalencia de los partos post-cesárea y evaluó la presencia de complicaciones maternas y neonatales. Obteniendo como resultados que: La prevalencia de los partos vaginales entre las mujeres con cesáreas previas fue del 3%. La prevalencia de las complicaciones maternas fue del 29% siendo la más frecuente el desgarró perineal de primer grado. La prevalencia de las complicaciones neonatales fue del 31% entre los que se encontró principalmente la tinción de líquido amniótico con meconio. No se registraron roturas uterinas, muertes maternas o muertes neonatales. Conclusiones: La prevalencia de partos vaginales

post-cesárea es bajo, así como las complicaciones maternas y neonatales relacionadas con este procedimiento.¹⁵

Carmen B. Young, Shiliang Liu, Giulia M. Muraca, Yasser Sabr, Tracy Pressey, Robert M. Liston y K.S. Joseph en su trabajo realizado en Canadá (excluyendo Quebec) entre abril de 2003 y marzo de 2015, con el objetivo de Comparar los resultados maternos e infantiles después de un intento de parto vaginal después de una cesárea versus una cesárea electiva repetida. Material y Método: Utilizamos datos de la base de datos de resumen de alta que incluye todas las entregas de hospitales en Canadá (excluyendo Quebec). En nuestro análisis, incluimos los partos únicos para mujeres entre las 37 y 43 semanas de gestación que tuvieron un único parto por cesárea entre abril de 2003 y marzo de 2015. Los resultados primarios fueron la morbilidad y mortalidad maternas graves, la morbilidad y mortalidad neonatales graves. Utilizamos la regresión logística para estimar las tasas de tasas ajustadas (RR) y los intervalos de confianza (IC) del 95%. Obteniendo como resultados que: Las tasas absolutas de morbilidad y mortalidad maternas graves fue baja, pero significativamente más altas después del intento de parto vaginal después de un parto por cesárea en comparación con el parto por cesárea repetitivo electivo (10,7 v. 5,65 por 1000 partos, respectivamente; RR ajustado 1,96; IC del 95%: 1,76 a 2,19). Las diferencias en las tasas ajustadas de morbilidad y mortalidad maternas graves y de morbilidad y mortalidad neonatal graves fueron pequeñas (5,42 y 7,09 por 1000 partos, respectivamente; número necesario para tratar 184 y 141, respectivamente). La asociación entre el parto vaginal después del parto por cesárea y la grave morbilidad y mortalidad neonatal mostró un empeoramiento temporal (RR ajustado 0,94; IC del 95%: 0,77 a 1,15 en 2003–2005; RR ajustado al 2,07; IC del 95%:

1,83 a 2,35 en 2012–2014). Conclusiones: El intento de parto vaginal después de una cesárea se asocia con tasas absolutas bajas de morbilidad y mortalidad materna e infantil graves, aunque las tasas relativas de tales resultados adversos son más altas que las del parto por cesárea electiva repetida. Las tendencias temporales en los efectos del intento de parto vaginal después de un parto por cesárea sobre la morbilidad y la mortalidad neonatales graves han mostrado un aumento preocupante en los últimos años, y se requieren más estudios para identificar la causa de este desarrollo inesperado. Los intentos de garantizar la seguridad del intento de parto vaginal después de un parto por cesárea deben continuar centrándose en la selección adecuada de las candidatas y en el seguimiento cuidadoso del trabajo de parto y el parto entre las mujeres con un parto por cesárea anterior.¹⁶

Contreras Rosillo Lilibeth en su trabajo realizado en el Hospital Universitario de Guayaquil de Ecuador durante el periodo de mayo del 2016 – abril del 2017, con el objetivo de Determinar las complicaciones del parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesáreas anteriores ingresadas en el Hospital Universitario, durante el periodo de mayo del 2016 – abril del 2017. Material y Método: Es una investigación de corte transversal, con análisis de tipo descriptivo, no experimental y desarrollado de enfoque retrospectivo, en la cual se utilizó como fuente de información, una Base de Datos compuesta por pacientes hijos de madres ingresadas bajo el código de diagnóstico CIE-10 O75.7, correspondiente a Parto Vaginal con cesárea previa, aprobación del área de Docencia, otorgada por el Departamento de Estadísticas del Hospital Universitario de Guayaquil. Obteniendo como resultados que: Se realiza un análisis de la distribución de casos de infección de vías urinarias en gestantes de acuerdo al

desarrollo de muerte neonatal al momento del parto, encontrándose que solamente un 11% de la muestra (11 casos) fallecieron al momento del parto o 24 horas posterior al mismo, mientras que los 89 casos restantes egresaron en buenas condiciones. Conclusiones: Existe un ligero riesgo de desarrollar muerte neonatal perinatal o hasta 24 horas del mismo, teniendo como principal complicación a observar el desarrollo de cuadros de hemorragias durante el parto.¹⁷

Manjarres B. Wilsa y Zurita B. Milka en su trabajo realizado en el Hospital General Martín Icaza, Babahoyo Los Ríos, Periodo Enero-junio 2019, con el objetivo de determinar las complicaciones maternas por el periodo intergenésico corto en gestantes de 18 - 35 años. Material y Método: se trata de un estudio aplicativo, documental, analítico y retrospectivo el análisis previo fue a través de las historias clínicas utilizando como instrumento el programa de Excel se contó con una muestra de aproximadamente 406 pacientes que acudieron a la consulta externa. Obteniendo como resultados que: En cuanto a edad las gestantes de 18 – 20 años representada con el 42% presentaban con mayor frecuencia complicaciones maternas; el estado civil que más predominó fueron las solteras con 61%; la complicación con más frecuencia fue el aborto con 30%; el periodo intergenésico corto que tuvo mayor influencia fue 10 – 12 meses representado con el 63% y en cuanto a los métodos anticonceptivos el alto índice fue en aquellas que no utilizaron representado con 53%.¹⁸

2.2. BASES TEÓRICAS

COMPLICACIONES MATERNAS

Complicaciones maternas intraparto

- **Desgarro perineal:** Es una lesión en la pared de la vagina de trayecto lateral y longitudinal, que puede abarcar solo a la mucosa, a todos los planos de la vagina, periné e incluso a los órganos vecinos (como la vejiga y recto). Dicha complicación, es considerada una de las principales causas de morbilidad en la mujer durante la atención de parto.¹⁹

En relación a los tipos de desgarros del periné, se tienen los siguientes:

- * Desgarro perineal de I grado: Se presenta cuando afecta la piel.
- * Desgarro perineal de II grado: Se presenta cuando afecta a la piel y a la musculatura perineal.
- * Desgarro perineal de III grado: Se presenta cuando afecta a la piel, musculatura perineal y esfínter externo del ano.
- * Desgarro perineal de IV grado: Se presenta cuando afecta a la piel, musculatura perineal, esfínter externo del ano y compromete la pared del recto.¹⁹

Cabe precisar que, el desgarro perineal de I y II grado son denominados incompletos, mientras que los de III y IV grado son llamados completos.¹⁹

- **Retención de restos placentarios:** Es la retención de tejido placentario y membranas de la placenta que constituyen la causa del 5% a 10% de las hemorragias postparto. Sobre el particular, la contracción y la retracción uterina empiezan luego de la expulsión

de la placenta y su correcta expulsión permite una contracción y oclusión de los vasos sanguíneos respectivos.¹² En relación a su diagnóstico, se debe indicar que se determina cuando la paciente presenta subinvolución uterina y la placenta se encuentra incompleta (ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares).²⁰

Por su parte, los factores de riesgos incluyen la presencia de lóbulos accesorios de la placenta y una implantación de la placenta anormal, como las placentas acreta, increta o percreta. Después del alumbramiento de la placenta, esta debe inspeccionarse cuidadosamente en busca de cotiledones perdidos o vasos de las membranas que puedan indicar lóbulos accesorios retenidos. La placentación anormal debe sospecharse si la placenta no se desprende espontáneamente en los 30 minutos después del parto. Ante la referida situación, corresponde llevar a cabo una exploración manual del útero. Si permanecen restos placentarios de la concepción en el útero después de su exploración manual debe realizarse un legrado. Finalmente, si persiste un sangrado significativo a pesar del legrado y del uso de agentes contráctiles deben llevarse a cabo procedimientos invasivos como la embolización de las arterias uterinas o una laparotomía.²¹

- **Rotura uterina:** Es el desgarro de la porción supra vaginal del cuello, del segmento inferior o del cuerpo uterino, la cual es considerada como una de las complicaciones más serias del embarazo y del parto, debido al aumento de la actividad uterina.¹² De lo anterior, se infiere que la rotura uterina es la ruptura de las fibras musculares del útero sujeto a estiramiento excesivo, que vence su capacidad de distensión.²³

Sobre el particular, se debe diferenciar entre los diferentes tipos de ruptura uterina pues en los casos de dehiscencias o “ventanas” por lo general tienen poca significancia clínica y no presenta resultados adversos fetales-neonatales, mientras que la ruptura completa se puede acompañar de alta morbi-mortalidad materno-fetal.

Adicionalmente a lo anterior, se presentan los diferentes tipos de ruptura uterina, los cuales son los siguientes:

- * **Dehiscencia:** Es una discontinuidad incompleta del miometrio, con la capa serosa intacta, el cual no compromete el peritoneo y no hay vaciamiento de su contenido. Por ello, es más probable que sea asintomática²⁰ y pueda dar lugar a una hemorragia significativa y a distrés fetal.²¹
- * **Ruptura incompleta:** Es la apertura de la cicatriz uterina con expulsión de su contenido y sin compromiso del peritoneo.²³
- * **Ruptura completa:** Afecta a todas las capas del útero, incluso al peritoneo, de modo que existe comunicación entre las cavidades uterina y abdominal, siendo necesaria una intervención operatoria. Asimismo, es considerada como la complicación obstétrica más grave debido a su alta morbilidad materna y fetal.²³

Es preciso indicar que, si se produce la rotura uterina puede aparecer una hemorragia grave, lo que conduce a un trazado de frecuencia cardiaca fetal patológico. En la exploración puede identificarse un ascenso de la presentación fetal y una pérdida del

foco cardíaco fetal en la auscultación externa. Por ello, debe realizarse una laparotomía para extraer el feto y reparar la lesión uterina.²¹

Complicaciones postparto

- **Hemorragia postparto:** Es la pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por cesárea. Es pertinente manifestar que, si la pérdida sanguínea ocurre después de las 24 horas postparto hasta la culminación del puerperio será considerada como hemorragia postparto tardía.²⁰

De igual manera, es definida como el sangrado postparto con cambios hemodinámicos que requiere transfusión de sangre y se debe tener en cuenta que la diferencia del hematocrito en más del 10%, en comparación al ingreso.²⁰

Si bien la mayoría de las mujeres que tienen complicaciones por hemorragia postparto no tienen factores de riesgo clínicos ni antecedentes identificables, la gran multiparidad y la gestación múltiple están asociadas con un mayor riesgo de sangrado después del parto. La hemorragia postparto puede verse agravada por anemia preexistente y, en dichos casos, la pérdida de un volumen de sangre menor, de todos modos, puede provocar secuelas clínicas adversas.²⁴

En el caso de las mujeres con cesárea previa, los estudios indican que durante el alumbramiento las fibras musculares uterinas se contraen y se retraen. Asimismo, el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. En relación a la placenta, se debe indicar que no tiene la

propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero es menor.¹²

- **Histerectomía:** Es la segunda cirugía ginecológica más frecuente después de la cesárea en mujeres en edad reproductiva. La mayor cantidad de histerectomías se encuentra en el grupo etario de 40 a 44 años.¹²

En relación a los riesgos del procedimiento, se incluyen el aumento del tiempo quirúrgico, pérdida de sangre aumento en la tasa de infección y de incidencia de daño de vejiga y uréteres cuando se compara con la histerectomía en pacientes no embarazadas o con la cesárea sola. Además, no resulta fácil la identificación del cérvix en un útero que ha estado sometido a un trabajo de parto, lo que puede provocar la extirpación parcial del mismo durante la histerectomía.²¹

De igual manera, la histerectomía se define como la extirpación del útero inmediatamente después del parto en caso de hemorragia incontrolable por otros medios, aislando o retirando el foco de infección para preservar la vida de la madre.²¹

Se debe tener presente que, la medida definitiva para controlar la hemorragia uterina refractaria es la histerectomía. Si el cérvix está completamente dilatado, puede realizarse una histerectomía total abdominal, pero si no existe dilatación completa debe considerarse la histerectomía supracervical para intentar minimizar la pérdida sanguínea. En caso se realice la histerectomía total, hay que tener en cuidado para no acortar excesivamente la vagina. Esto se consigue palpando el cuello por vía vaginal o realizando una amputación del fondo uterino y explorando la unión cérvico vaginal a través del cuello dilatado,

las pacientes deben monitorizarse en una unidad de cuidados intensivos debido a la hemorragia masiva.²¹

- **Mortalidad materna:** Según la Organización Mundial de la Salud esta complicación es definida como la defunción de una mujer mientras está embarazada, independientemente de la duración y el sitio del embarazo debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.²⁵

Asimismo, la mortalidad materna hace referencia a la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes al término de su embarazo, independientemente de su duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.²⁵

En relación a la complicación aludida, se debe tener en cuenta la siguiente clasificación:

- * **Muerte materna directa:** Se produce como resultado de complicaciones obstétricas de embarazo, ya sea durante la gestación, parto o puerperio, por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias mencionadas.²² Algunas de las muertes son causadas por eclampsia, parto obstruido, aborto séptico, ruptura uterina, etc.²⁶
- * **Muerte indirecta:** Se produce cuando no existe una causa obstétrica, sino más bien el resultado de una enfermedad no obstétrica que puede sobrevenir durante el embarazo o a las ya existentes previamente que pueden ser agravadas

por el estado de gestación.²² Algunos ejemplos son las enfermedades cardiovasculares, tuberculosis, virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida, anemia, malaria, etc. Para estos efectos se considera también los casos de suicidio durante el embarazo o durante el período puerperal.²⁶

- * **Muerte materna no relacionada:** Es aquella que no está relacionada con el embarazo, parto o puerperio, ni con una enfermedad preexistente o intercurrente que se agrave por efecto del mismo. Ocurre por una causa externa a la salud de la madre, es decir las incidentales y las accidentales. Por ejemplo: accidentes de tránsito, muerte violenta por desastres naturales, violencia familiar, herida por arma de fuego, homicidio, muerte no determinada, etc.²⁶

PERIODO INTERGENÉSICO

La Organización Mundial de la Salud conceptualiza al periodo intergenésico como aquel que se localiza entre el último acontecimiento presentado durante el transcurso de su embarazo y el comienzo de uno nuevo.¹⁵ De igual manera, es definida como aquel intervalo en meses tomándose en cuenta la fecha en la que terminó la gestación previa y la de la última menstruación¹⁰, teniendo un efecto directo en la morbilidad materna y fetal.¹⁴

Al respecto, es preciso indicar que el periodo intergenésico se clasifica de la siguiente manera:

- **Periodo intergenésico corto:** Se define al periodo intergenésico corto cuando es menor de 24 meses¹⁰, siendo considerado no

recomendable porque es el tiempo que se debe dar para que la mujer vuelva a su estado normal, a través del puerperio y sus cambios anatomofisiológicos, conjuntamente con la lactancia.¹³

Sobre el particular, se debe indicar que aquella mujer con un periodo intergenésico menor de 24 meses no tiene una adecuada vascularidad útero-placentaria, debido a la poca adaptabilidad vascular y, en caso de antecedente de cesárea, se verá directamente reflejado en las propiedades de extensibilidad y contractilidad uterina por las pérdidas importantes de fibras musculares e hipoperfusión uteroplacentaria. Por consiguiente, cuanto más corto es el periodo, más débil será la cicatriz.¹⁴

Por su parte, en relación a los periodos intergenésicos menores de 6 meses se tiene que aumentan el riesgo de aborto, mientras que en periodos menores de 18 meses se incrementa 3 veces más el riesgo de rupturas y dehiscencias uterinas, y en el caso de los periodos menores de 24 meses aumenta el riesgo de nacimiento pretérmino.¹⁴ En tal sentido, es que se constituye como un factor de riesgo produciendo múltiples complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo poniendo en riesgo la vida materna y perinatal.¹⁸

- **Periodo intergenésico adecuado:** Es el periodo de tiempo que se limita entre 25 y 48 meses, o también llamado óptimo para prevenir complicaciones materno-fetales¹³, siendo de suma importancia para evitar complicaciones que comprometan la vida de la madre y del recién nacido permitiendo al organismo materno que se recupere del embarazo anterior.¹⁸

Cabe señalar que, según la Organización Panamericana de la Salud el periodo intergenésico óptimo después de un aborto debe ser de 6 meses y 24 meses de un postparto.¹⁵

Por su lado, la Organización Mundial de la Salud basándose en la información disponible sobre esta temática, recomienda esperar al menos un periodo 24 a 36 meses entre los embarazos para reducir la mortalidad infantil y beneficiar a la salud materna.¹³

- **Periodo intergenésico prolongado:** Se considera prolongado si este lapso de tiempo es mayor o igual a 49 meses, aunque otros estudios lo clasifican como prolongado si es mayor de 48 meses.¹³

Respecto al periodo intergenésico prolongado, en los lapsos mayores de 48 meses se presenta un problema en la vascularidad, produciendo rigidez y arterosclerosis de las arterias espirales que provoca hipoperfusión placentaria que desencadena daño endotelial.¹⁴

De igual manera, los intervalos largos entre embarazos se asocian con un riesgo significativamente mayor de complicaciones, como parto prematuro, preeclampsia y eclampsia.¹³ Además, genera un descenso en cuanto al aparato reproductor femenino, alcanzando una similitud en las pacientes primigesta.¹⁸

PARTO

El parto es considerado por los especialistas en la materia como un proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación por vía vaginal. En consecuencia, podemos afirmar que el aludido proceso es la

expulsión del feto con un peso igual o mayor de 500 g (igual o mayor a las 22 semanas completas* (para otras 20 semanas) contadas desde el primer día de la última menstruación).¹⁹

Asimismo, se debe señalar que dicho proceso comienza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el alumbramiento del recién nacido y la expulsión de la placenta.²⁷

Es preciso indicar que, el parto puede producirse fuera del tiempo normal, interrumpiéndose precozmente, adelantándose al tiempo normal o pasándose de él. Dicho proceso fisiológico se clasifica según el tiempo de embarazo en que se hace presente, manifestándose lo siguiente: Prematuro (29 a 37 semanas de gestación), inmaduro (21 a 28 semanas de gestación) y postmaduro (más de 42 semanas de gestación).²⁶

TIPOS DE PARTO

- **Parto eutócico:** Es el proceso de inicio y evolución espontánea, con una duración adecuada y en el que los factores del trabajo de parto interactúan de forma normal, culminando con la expulsión por vía vaginal del producto de la concepción único, en presentación cefálica de vértex, con sus anexos completos.²⁰
- **Parto distócico:** Es el parto con progreso anormal debido a la inadecuada interacción de los factores que intervienen en él y que culmina por vía vaginal y/o abdominal.²⁰

PERIODOS DEL PARTO

- **Primer periodo o de dilatación:** Se produce desde el inicio de las contracciones útiles hasta que se completa la dilatación. Además, comprende el borramiento o incorporación del cuello

uterino, la formación de las bolsas de las aguas y la apertura del cuello. Dicho periodo tiene una duración de 10 a 12 horas en primerizas y de 4 a 5 horas en las multíparas.²⁵

- **Segundo periodo o expulsivo:** Se inicia desde la culminación de la dilatación hasta el nacimiento del feto, cumpliendo los mecanismos del parto. El aludido periodo tiene una duración de hasta 2 horas en las primerizas y 30 minutos en las multíparas.
- **Tercer periodo o alumbramiento:** Se extiende desde el nacimiento del feto hasta el desprendimiento y la expulsión de la placenta. Dicho proceso tiene una duración de 5 a 15 minutos.
- **Cuarto periodo o de puerperio inmediato:** Comprende la vigilancia y control de la madre después del nacimiento y de expulsada la placenta, el cual tiene una duración de 2 horas.²⁵

PARTO VAGINAL

Es la culminación natural de la segunda fase del trabajo de parto, el cual implica la menor cantidad de riesgos para el recién nacido como para la madre. En el marco de lo anterior, es que el parto vaginal espontáneo es típico, aunque puedan existir ciertas complicaciones maternas o fetales en donde se requiera una cesárea.²⁷

INDICACIONES PARA PARTO VAGINAL

La valoración del parto comprende un correcto llenado de la historia clínica, una exploración física, revisión de los datos prenatales y si fueran necesarias pruebas de laboratorio. De igual manera, resulta de especial importancia el momento de inicio de las contracciones, el estado de las membranas fetales, la presencia o ausencia de sangrado

vaginal, la actividad fetal, alergias de la madre, la hora de última ingesta de alimento o líquidos y el uso de medicamento. Asimismo, la exploración física al ingreso debería incluir los signos vitales iniciales de la paciente, la presentación fetal, la frecuencia cardíaca fetal, así como la frecuencia, duración y carácter de las contracciones uterinas.²¹

En el marco de lo anterior, es que al momento de realizar el examen físico de la mujer se debe obtener información sobre el cuello uterino, el polo fetal y las dimensiones de la pelvis materna. En tal sentido, es trascendental evaluar la pelvis, de tal manera que pueda decidirse la vía del parto. La evaluación funcional de la pelvis es lo que se denomina prueba de trabajo de parto, en la cual se evalúa el tamaño de la pelvis en relación con el tamaño de la presentación fetal durante la fase activa del trabajo de parto.²⁸

CESÁREA

Es el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal.²⁰ Asimismo, es considerado como la extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero.¹⁹

TIPOS DE CÉSAREA

- **Cesárea corporal:** Es la incisión vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino, la cual resulta difícil de reunir en la sutura debido a la constante actividad del músculo (que podría aflojar los puntos y provocar dehiscencia de la herida operatoria).¹⁹

- **Cesárea de emergencia:** Es aquella que se realiza de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a culminar el embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.²⁰
- **Cesárea electiva:** Es considerada como una cesárea programada durante la atención prenatal.²⁰
- **Cesárea segmentaria:** Es la operación más practicada actualmente, puesto que presenta más ventajas como por ejemplo menor probabilidad de adherencias posteriores y produce menos hemorragia, siendo más fácil de suturar y mejorar la cicatrización.¹⁹

INDICACIONES PARA CESÁREA

Indicaciones absolutas

- Cesárea previa con periodo intergenésico corto que hace referencia al tiempo transcurrido de la cesárea previa no menos de 2 años, de tal forma que exista consolidación perfecta de la herida operatoria del útero.
- Cirugía uterina previa, antecedente de plastia vaginal.
- Condilomatosis.
- Desprendimiento prematuro de placenta, el cual alude al aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio inter veloso, ruptura hematoma y desprendimiento placentario. Se diagnostica cuando hay presencia de sangrado vaginal rojo oscuro (ausente

en DPP oculto 20% de casos), tono uterino aumentado, con presencia de dolor, presencia de latidos cardiacos fetales variables o ausentes y cambios hemodinámicos dependiendo de perdida sanguínea (taquicardia o hipotensión).

- Distocia de presentación (situación podálica, transversa, etc.).
- Distocia fonicular.
- Estrechez pélvica se refiere cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal.²⁰

Al momento de explorar mediante el Examen vaginal, se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- * Promontorio tactable menor de 12 cm.
 - * Curvatura sacrocoxigea con exostosis.
 - * Diámetro biciático < 9.5 cm.
 - * Diámetro biisquiático < 8 cm.
 - * Angulo subpúbico < 90 gr.
- Incompatibilidad cefalopélvica se presenta cuando existe una desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje de este sin riesgos por el canal pélvico.
 - Infección por herpes activa.
 - Infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
 - Macrosomía fetal cuando el peso del feto es superior a los 4 kg.

- Placenta previa centro total, la cual se define cuando la placenta ocluye todo el OCI (Orificio cervical interno).
- Prematuridad.
- Sufrimiento fetal considerado como el proceso patológico que se origina a consecuencia de la insuficiencia de O₂ en la sangre y órganos fetales.
- Tumores obstructivos benignos y malignos.²⁰

Indicaciones relativas:

- Anomalías fetales (hidrocefalia).
- Asimetría pélvica.
- Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento.
- Embarazo múltiple (tres o más fetos).
- Enfermedad oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina).
- Insuficiencia cardio-respiratoria.
- Papiloma virus humano.
- Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP.
- Presentaciones anómalas.

- Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia.²⁰

PARTO VAGINAL EN MUJERES CON CESÁREA PREVIA

En el supuesto que no existan contraindicaciones, se puede ofrecer la posibilidad de un parto vaginal en mujeres con cesárea previa. Las tasas de parto con éxitos son mayores en pacientes sin indicaciones recurrentes, como anomalías de la presentación o sufrimiento fetal (60% al 70%).²¹

En ese contexto, los factores que se deben tomar en cuenta para seleccionar un parto post cesárea es conocer el número de cesáreas previas, motivo de la cesárea anterior, conocer si tiene antecedente de complicaciones operatorias, el tipo de incisión en el útero, conocer el antecedente de complicaciones post quirúrgico, así como tener conocimiento de la presencia de partos vaginales antes y después de la cesárea.²⁹

Sobre el particular, la mayoría de las investigaciones publicadas han demostrado una probabilidad de éxito de parto vaginal en paciente con antecedente de cesárea previa entre 60 a 90 %, siendo las tasas de éxito más altas cuando la paciente ha tenido un parto vaginal previo (tasa de éxito de 87-90 %) o cuando no se repite la indicación para la cesárea previa, así estas tasas de éxito concuerdan con la probabilidad de éxito del 65,3 % encontrada en una serie de casos.²⁹

Contraindicaciones para el parto vaginal en mujeres cesárea previa

- Cicatriz uterina anterior tipo clásica o en “T” invertida.
- Histerotomía o miomectomía anterior que compromete la cavidad uterina.

- Negatividad de la paciente para intentar prueba de trabajo.
- Presencia de contraindicación para trabajo de parto.
- Ruptura uterina anterior.
- Tres o más cesáreas.²⁹

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Complicaciones maternas:** Son las circunstancias o factores que por su naturaleza pueden suponer un riesgo para la gestación actual, pudiendo afectar negativamente a los resultados maternos.³⁰
- **Periodo intergenésico:** Es el periodo de tiempo comprendido entre el término de un embarazo y la concepción del siguiente, o aquel intervalo en meses tomándose en cuenta la fecha en la que terminó la gestación previa y la de la última menstruación.¹³
- **Periodo intergenésico corto:** Es el lapso de tiempo menor a 24 meses o 2 años.¹³
- **Periodo intergenésico adecuado:** Es el periodo de tiempo que se limita entre 2 y 4 años, o también llamado óptimo para prevenir complicaciones materno fetales es de 25 a 48 meses.¹³
- **Periodo intergenésico prolongado:** Es prolongado si este lapso de tiempo es mayor o igual a 49 meses.¹³

- **Parto:** Es el proceso por el cual se expulsa del útero, el producto de la concepción maduro o casi maduro, ya sea de forma espontánea y fisiológica constituyendo la eutocia o en forma anormal o patológica en cuyo caso se constituye la distocia.²⁵
- **Parto vaginal:** Es el que constituye las últimas horas del embarazo humano, la cual se caracteriza por contracciones uterinas fuertes y dolorosas que favorecen la dilatación cervical y hacen que el feto descienda a través del canal del parto.³¹
- **Cesárea:** Es la intervención obstétrica mediante la cual se extrae el feto de la cavidad uterina a través de una incisión en la pared abdominal, eludiendo en esta forma la vía vaginal de parto.²⁵
- **Cesárea previa:** Indica el nacimiento de un feto por vía vaginal en una multípara con el antecedente de haberse realizado solo una cesárea durante alguna gestación previa.¹⁴

CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y VARIABLES

GENERAL

H: Existe relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesaría previa en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.

Específicas

H1: Existe relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico adecuado en mujeres con parto vaginal en cesaría previa.

H2: Existe relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico prolongado en mujeres con parto vaginal en cesaría previa.

3.2. VARIABLES

3.2.1. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Variable 1:

Complicaciones maternas

Variable 2:

Periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa

3.2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Variable 1:</p> <p>Complicaciones maternas</p>	<p>Complicaciones maternas intraparto</p> <p>Complicaciones maternas postparto</p>	<p>Complicaciones maternas intraparto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desgarro perineal ✓ Retención de restos placentarios ✓ Rotura uterina <p>Complicaciones maternas postparto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia postparto ✓ Histerectomía ✓ Muerte materna
<p>Variable 2:</p> <p>Periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa</p>	<p>Periodo intergenésico adecuado</p> <p>Periodo intergenésico prolongado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ De 25 a 48 meses. ✓ Mayor o igual a 49 meses

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

El tipo de estudio del presente proyecto de investigación es de carácter correlacional, observacional y retrospectivo.

Es **correlacional** puesto que tiene como propósito estudiar y analizar la relación entre las variables a emplear.

Es **observacional**, debido a que solo se observará el comportamiento de las variables, mas no se manipularán las mismas.

Es **retrospectivo**, toda vez que los datos materia de análisis se obtendrán a partir de las historias clínicas y/o libro de partos de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018-2019.

4.2. DISEÑO MUESTRAL

4.2.1. POBLACIÓN

La población (objeto de estudio) corresponderá a las historias clínicas de mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019, quienes cumplirán con los criterios de selección, las cuales en total fueron 147.

4.2.2. MUESTRA

Para determinar la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.

Fórmula:

$$n = \frac{z^2 p \cdot q}{e^2}$$

Donde:

Z: nivel de confiabilidad

P: éxito

Q: fracaso

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.05}{0.05^2}$$



$$n = 384 \text{ (población)}$$

$$N = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$



$$N = \frac{384}{1 + \frac{383}{147}}$$



$$N = 106$$

Por tanto, la muestra la constituirán 106 historias clínicas.

Criterios de selección

- Historia clínica de la mujer atendida en el centro obstétrico.
- Historia clínica legible y completa.
- Historia clínica de la mujer con parto vaginal en cesárea previa.
- Historia clínica de la mujer que tenga embarazo con presentación cefálica.

- Historia clínica de la mujer con control prenatal adecuado.
- Historia clínica de la mujer con edad gestacional a término
- Historia clínica de la mujer con inicio de trabajo espontáneo.

Criterios de exclusión:

- Historia clínica de la mujer sin antecedente de cesárea previa.
- Historia clínica de la mujer con antecedente de cesárea previa en dos o más oportunidades.
- Historia clínica de la mujer con presentaciones pelvianas.
- Historia clínica de la mujer con embarazo múltiple.
- Historia clínica de la mujer con más de dos cicatrices uterinas o cirugía uterina previa con acceso a cavidad.
- Historia clínica de la mujer con antecedente de rotura uterina.
- Historia clínica de la mujer con desproporción cefalopélvica.
- Historia clínica de la mujer con macrosomía fetal.
- Historia clínica de la mujer con placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta.
- Historia clínica de la mujer pretérmino o post término.
- Historia clínica de la mujer no atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho.

- Historia clínica de la mujer con datos incompletos en las historias clínicas en relación a más de la mitad de las variables de estudio.

4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1. TÉCNICAS

Primeramente, se presentará una carta dirigida al director del Hospital San Juan De Lurigancho con la finalidad de que autorice la aplicación del instrumento de tesis para la obtención de datos. En ese sentido, la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de dicho hospital pondrá de conocimiento a la Unidad de Estadística e Informática para que brinden las facilidades del caso para el desarrollo de la presente investigación.

Posteriormente, se acudirá al Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital San Juan De Lurigancho para la revisión del Libro de Partos en el año 2018 y 2019, en donde se extraerán y registrarán los números de historias clínicas de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa.

Finalmente, se dirigirá al Área de Archivo de Información y Documentación de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital San Juan De Lurigancho para solicitar la búsqueda manual de todas las historias clínicas con el propósito de recabar la información pertinente para el desarrollo de la presente investigación.

4.3.2. INSTRUMENTOS

El instrumento para el desarrollo de la presente investigación será la ficha de recolección de datos, la cual se someterá a un proceso

de validación mediante el criterio de juicio de tres expertos en la materia. Dicho instrumento presenta tres partes. En la primera, se consignarán los datos personales de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa. Respecto a la segunda parte, se señalarán las complicaciones maternas de las referidas mujeres. Finalmente, en la tercera parte, se hará referencia al periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa.

4.4. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Completada la recolección de datos, se verificará la información de estos, para luego elaborar una base de datos e ingresar los datos obtenidos a una matriz en el programa Microsoft Excel 2019 para el ordenamiento final de datos. Posteriormente, se utilizará el software denominado SPSS versión 26, con el cual se realizará el procesamiento de los datos para su respectivo análisis.

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto lo evaluará y aprobará el Comité de Ética e Investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas. Por su parte, el Comité Institucional de Ética e Investigación del Hospital San Juan de Lurigancho revisará y aprobará el citado proyecto de investigación.

Cabe señalar que, el presente trabajo de investigación cumplirá con las normas básicas, puesto que contendrá solidez científica, respetando los aspectos de confidencialidad, además de contar con los principios bioéticos. Al respecto, en relación con el principio de autonomía, se respetarán los derechos de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa en virtud de los datos de las historias clínicas. Asimismo, el estudio no involucrará ningún riesgo para las mujeres ni el recién nacido

porque se tratará de una investigación de carácter correlacional, observacional y retrospectivo.

De igual manera, bajo el principio de no maleficencia no se considerará los nombres de las mujeres, iniciales, ni número de historias clínicas, las cuáles serán custodiadas sólo por el investigador, las que mantendrá a buen recaudo y sólo se usará para los fines de la presente investigación.

En cuanto al principio de beneficencia, no se realizará daño a las mujeres con parto vaginal en cesárea previa que participarán en la investigación y se maximizará todos los posibles beneficios, previendo las acciones necesarias para minimizar los eventuales riesgos del presente trabajo de investigación.

Por su lado, el principio de justicia del presente trabajo de investigación se fundamentará en la equidad de la distribución de los riesgos y beneficios.

Por tal razón, el presente estudio cumplirá con los siguientes criterios: valor social, validez científica, selección justa de los participantes, relación favorable de riesgo/beneficio, revisión independiente y respeto por los participantes a través de las historias clínicas.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 1. Datos generales de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.

DATOS GENERALES	N°	%
EDAD		
Menores de 19 años	2	1,9
Entre 19-35 años	93	87,7
Mayores de 35 años	11	10,4
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Iletrada	2	1,9
Primaria incompleta	4	3,8
Primaria completa	7	6,6
Secundaria incompleta	28	26,4
Secundaria completa	52	49,1
Superior técnica incompleta	1	0,9
Superior técnica completa	9	8,5
Superior universitaria incompleta	0	0,0
Superior universitaria completa	3	2,8
ESTADO CIVIL		
Soltera	14	13,2
Conviviente	78	73,6
Casada	14	13,2
Divorciada	0	0,0
Viuda	0	0,0
OCUPACIÓN		
Ama de casa	101	95,3
Estudiante	0	0,0
Empleada	0	0,0
Empresaria o comerciante	5	4,7
GESTA		
Dos	36	34,0
Tres	34	32,1
Cuatro	24	22,6
Cinco	9	8,5
Seis	3	2,8
TOTAL	106	100

Con relación a los datos generales de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019, se observa que el 87,7% (93) tiene entre 19 y 35 años. Asimismo, respecto del grado instrucción, el 49,1% (52) alcanzó

secundaria completa. Sobre el estado civil, el 73,6% (78) de las mujeres en evaluación son convivientes y, en lo referente a la ocupación, el 95,3% (101) señaló ser ama de casa. Adicionalmente, el 34,0% (36) de mujeres es de gesta dos.

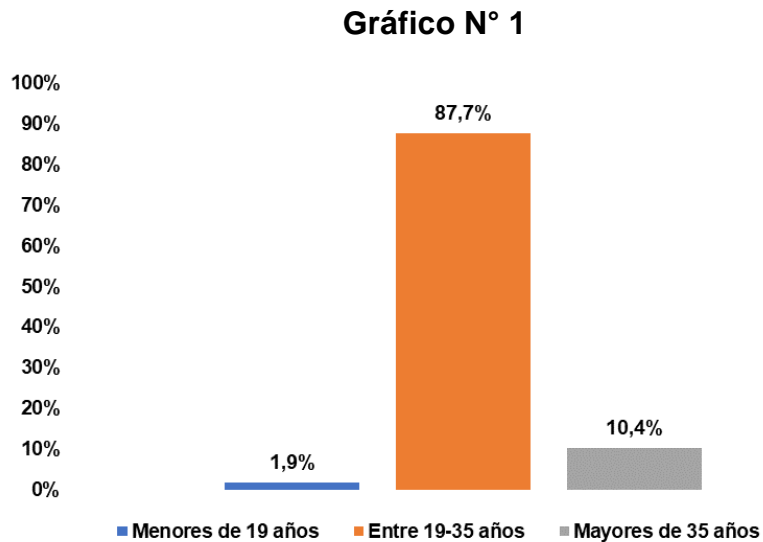


Gráfico N° 1. Edad de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019. Elaboración propia.

Gráfico N° 2

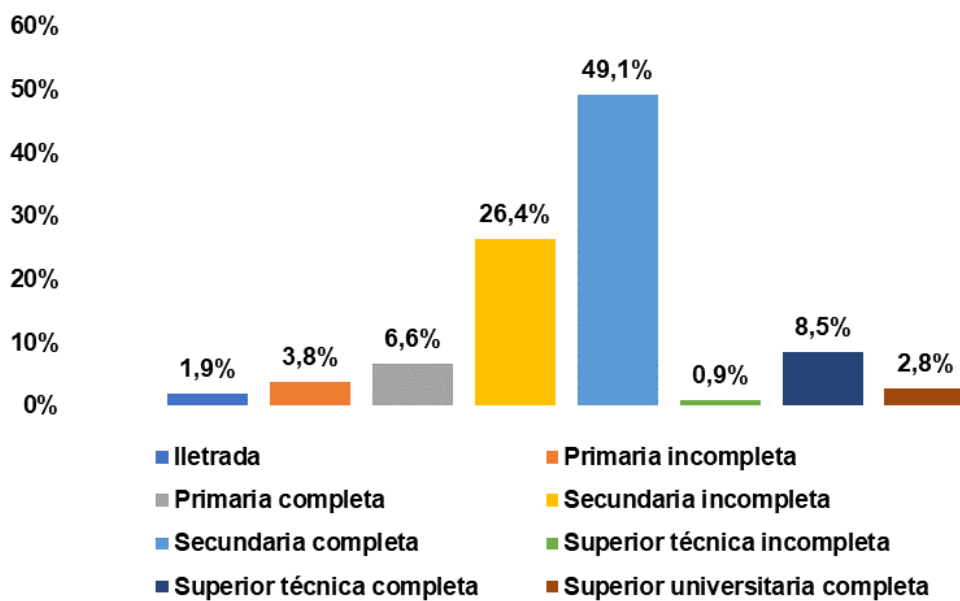


Gráfico N° 2. Grado de instrucción de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.
Elaboración propia.

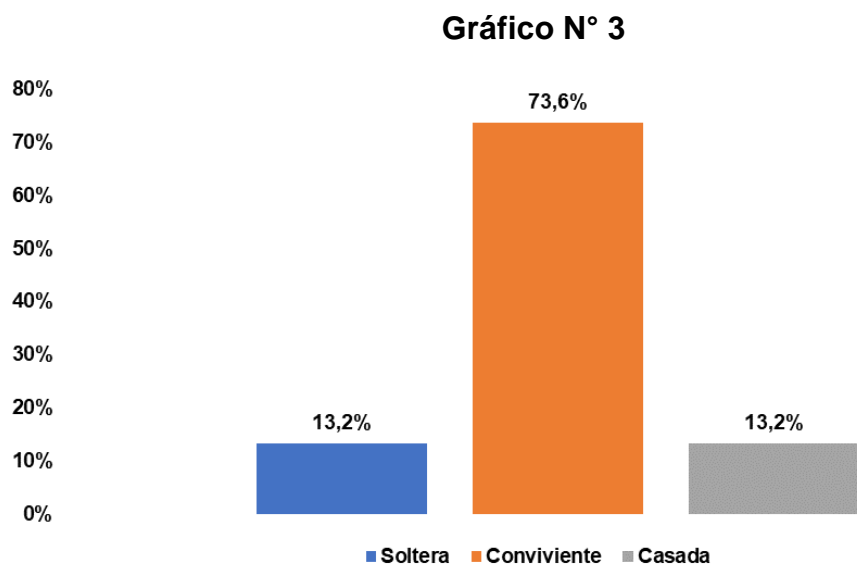


Gráfico N° 3. Estado civil de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019. Elaboración propia.

Gráfico N° 4

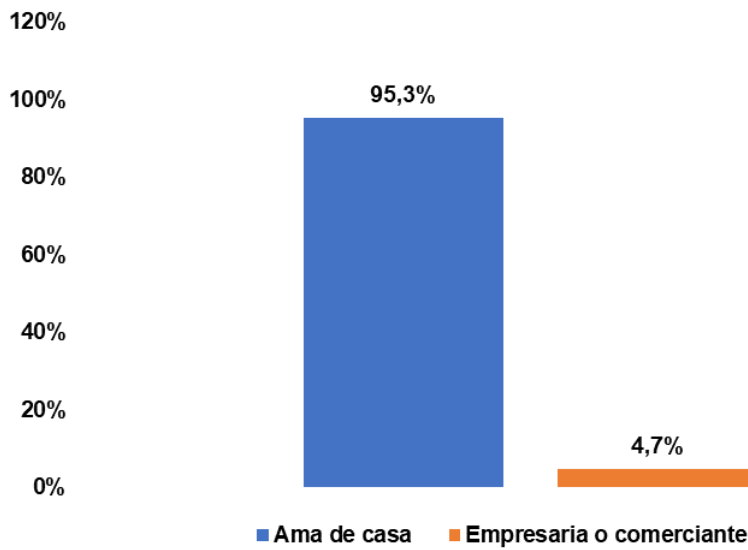


Gráfico N° 4. Ocupación de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019. Elaboración propia.

Gráfico N° 5

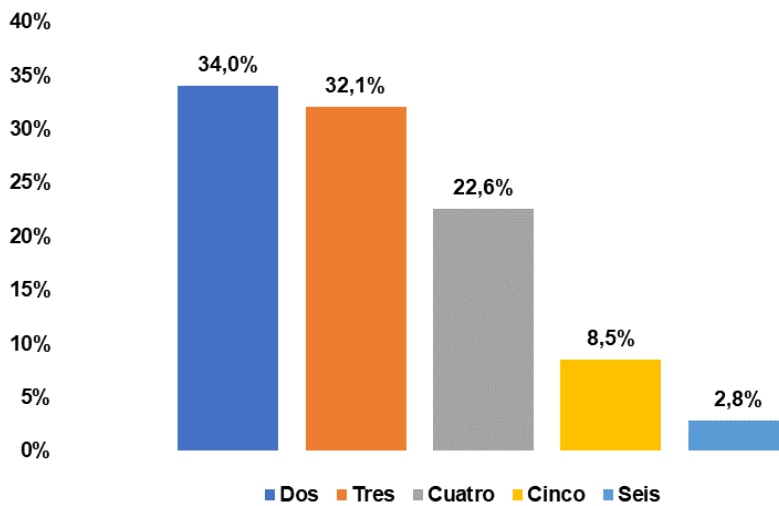


Gráfico N° 5. Gesta de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019. Elaboración propia.

Tabla 2. Motivos de cesárea de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.

MOTIVOS DE CESÁREA	N°	%
MOTIVOS DE CESÁREA		
Cirugía uterina previa	0	0,0
Condilomatosis	1	0,9
Desprendimiento prematuro de placenta	1	0,9
Distocia de presentación	25	23,6
Distocia fonicular	10	9,4
Embarazo múltiple	4	3,8
Estrechez pélvica	0	0,0
Hidrocefalia	1	0,9
Incompatibilidad cefalopélvica	24	22,6
Infección por herpes activa	0	0,0
VIH	0	0,0
Macrosomía fetal	21	19,8
Placenta previa	3	2,8
Periodo intergenésico corto	0	0,0
Prematuridad	1	0,9
Sufrimiento fetal agudo	15	14,2
Tumor obstructivo	0	0,0
TOTAL	106	100

Respecto de los motivos de cesárea, se evidencia que el 23,6% (25) tuvo distocia de presentación, el 9,4% (10) señaló que tuvo distocia fonicular, el 22,6% (24) presentó incompatibilidad cefalopélvica, el 19,8% (21) manifestó tener macrosomía fetal y el 14,2% (15) señaló tener sufrimiento fetal agudo.

Gráfico N° 6

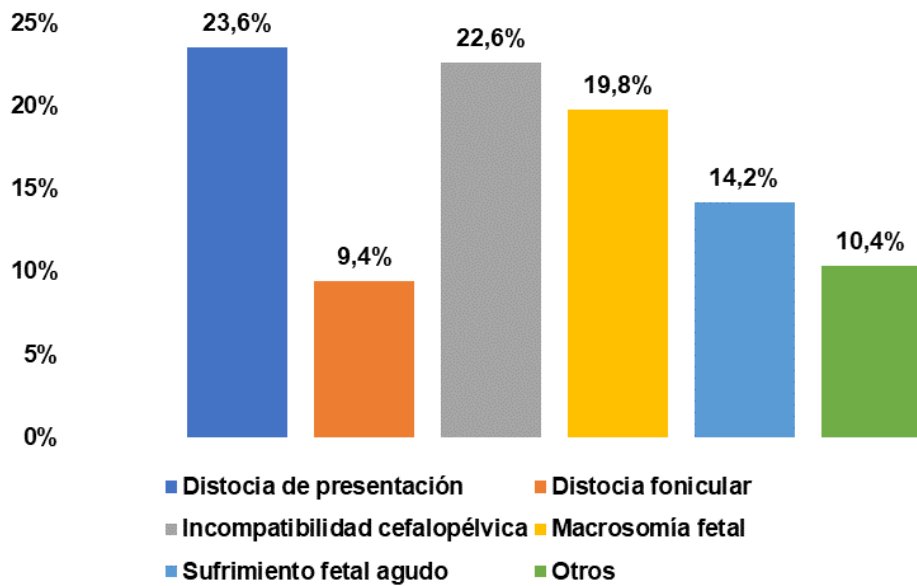


Gráfico N° 6. Motivos de cesárea de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019. Elaboración propia.

Tabla 3. Complicaciones maternas de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.

COMPLICACIONES MATERNAS	N°	%
COMPLICACIONES MATERNAS INTRAPARTO		
Desgarro perineal (I grado)	25	23,6
Desgarro perineal (II grado)	10	9,4
Desgarro perineal (III grado)	1	0,9
Desgarro perineal (IV grado)	0	0,0
Retención de restos placentarios	0	0,0
Rotura uterina	0	0,0
COMPLICACIONES MATERNAS POSTPARTO		
Hemorragia postparto	0	0,0
Histerectomía	1	0,9
Mortalidad materna	0	0,0
SIN COMPLICACIONES	69	65,1
TOTAL	106	100

Respecto de las complicaciones maternas intraparto, se observa que el 23,6% (25) de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019 tuvo desgarro perineal de grado I, el 9,4% (10) de dichas mujeres tuvo desgarro perineal de grado II y el 0,9% (1) de dichas mujeres tuvo desgarro perineal de grado III. De otro lado, sobre las complicaciones maternas postparto, debe notarse que únicamente el 0,9% (1) de las mujeres bajo evaluación presentó histerectomía.

Gráfico N° 7

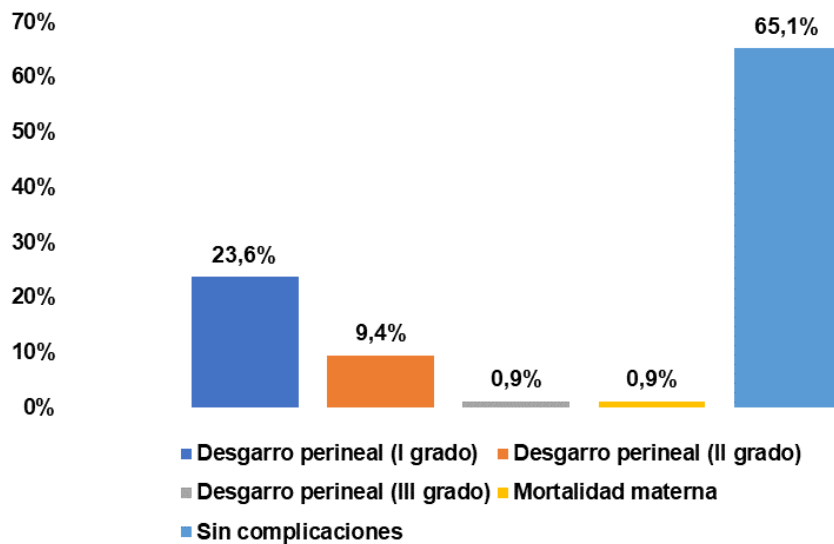


Gráfico N° 7. Complicaciones maternas de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019. Elaboración propia.

Tabla 4. Periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.

PERIODO INTERGENÉSICO	N°	%
PERIODO INTERGENÉSICO		
Periodo intergenésico corto	0	0,0
Periodo intergenésico adecuado	59	55,7
Periodo intergenésico prolongado	47	44,3
TOTAL	106	100

Con relación al periodo intergenésico, se aprecia que el 55,7% (59) de las mujeres en evaluación tuvieron un periodo intergenésico adecuado (entre 25 y 48 meses) y el 44,3% (47) de dichas mujeres tuvieron un periodo intergenésico prolongado (mayor o igual a 49 meses).

Gráfico N° 8

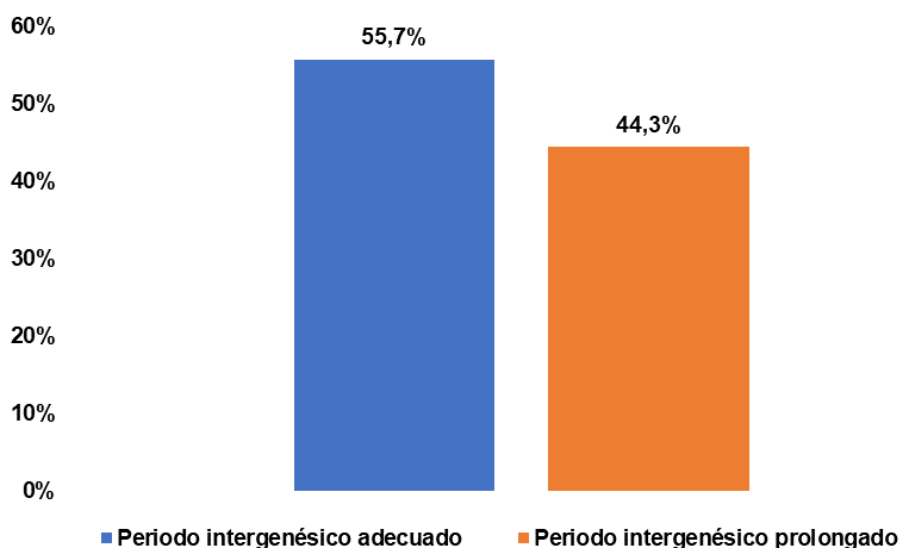


Gráfico N° 8. Periodo intergenésico de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019. Elaboración propia.

5.2. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Como se señaló previamente, el presente estudio tiene las siguientes hipótesis:

Hipótesis general:

- Existe relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.

Hipótesis específicas:

- Hipótesis específica 1: Existe relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico adecuado en mujeres con parto vaginal en cesaría previa.
- Hipótesis específica 2: Existe relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico prolongado en mujeres con parto vaginal en cesaría previa.

Ahora bien, a efectos de corroborar dichas hipótesis, en primer lugar, se verificará si existe algún nivel de asociación entre las variables de complicaciones maternas y el periodo intergenésico. Para ello, se utilizará como herramienta estadística el test de chi-cuadrado, el cual nos presenta con un nivel de significancia de 95% si es que existe o no relación entre dos variables.

Considerando ello, se ha clasificado a la variable de complicaciones maternas, entre aquellas mujeres que sí presentaron dichas

complicaciones y aquellas que no presentaron complicaciones. Además, en el caso de la variable de periodo intergenésico, se considero clasificar esta variable en aquellas mujeres con periodo intergenésico adecuado y las mujeres con periodo intergenésico prolongado.

Siendo ello así, a fin de contrastar las hipótesis, se tomó en consideración las siguientes hipótesis nula y alterna:

- Hipótesis nula (H0): Existe relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.
- Hipótesis alterna (H1): No existe relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.

Luego de aplicar el test chi-cuadrado en el software estadístico SPSS (versión 25), se observa que el nivel de significancia resultante es de 0,513, lo cual, al ser superior al nivel crítico o –valor de 0,05, implica que no resulta posible aceptar estadísticamente la hipótesis nula. Por tanto, no es posible afirmar al 95% de significancia que las variables de complicaciones maternas y periodo intergenésico se encuentran asociadas, aceptándose de esta manera la hipótesis alterna.

Tabla 5. Test chi-cuadrado entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019

	Significación asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	0,513
Corrección de continuidad	0,654
Razón de verosimilitud	0,514

	Significación asintótica
Número de casos válidos	106

Ahora bien, a efectos de identificar la relación existente entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico adecuado y prolongado, se presenta a continuación una tabla de análisis cruzados entre las variables de complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.

Tabla 6. Relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.

	Periodo intergenésico adecuado	%	Periodo intergenésico prolongado	%
Sin complicaciones	40	37,7	29	27,4
Desgarro perineal (1 grado)	15	14,2	10	9,4
Desgarro perineal (2 grado)	3	2,8	7	6,6
Desgarro perineal (3 grado)	1	0,9	0	0,0
Histerectomía	0	0,0	1	0,9
TOTAL	59	55,7	47	44,3

De acuerdo con esta tabla, se evidencia que el 65,1% (69) de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa no presentó complicación materna alguna, siendo el 37,7% (40) que presentó un periodo intergenésico adecuado y el 27,4% (29) tuvo periodo intergenésico prolongado.

Por otra parte, el 34,9% (37) de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa sí tuvo alguna complicación materna. En particular, debe notarse respecto de las mujeres con periodo intergenésico adecuado que el 14,2% (15) tuvo desgarro perineal de grado 1, el 2,8% (3) tuvo desgarro perineal de grado 2 y el 0,9% (1) tuvo desgarro

perineal de grado 3. Además, sobre las mujeres con periodo intergenésico prolongado, se observa que el 9,4% (10) presentó desgarro perineal de grado 1, el 6,6% (7) de dichas mujeres presentó desgarro perineal de grado 2 y el 0,9% (1) presentó histerectomía.

Considerando ello, se observa lo siguiente respecto de los objetivos específicos del presente trabajo de investigación:

- **Hipótesis específica 1:** Identificar la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico adecuado en mujeres con parto vaginal en cesárea previa.

Al respecto, se verifica que las complicaciones maternas que tienen relación con el periodo intergenésico adecuado son el desgarro perineal de primer, segundo y tercer grado.

En particular, se observa que las mujeres con periodo intergenésico adecuado que el 14,2% (15) tuvo desgarro perineal de grado 1, el 2,8% (3) tuvo desgarro perineal de grado 2 y el 0,9% (1) tuvo desgarro perineal de grado 3.

- **Hipótesis específica 2:** Identificar la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico prolongado en mujeres con parto vaginal en cesárea previa.

Sobre ello, se evidencia que las complicaciones maternas que tienen relación con el periodo intergenésico prolongado son el desgarro perineal de primer y segundo grado y la histerectomía.

Las mujeres con periodo intergenésico prolongado, se observa que el 9,4% (10) presentó desgarro perineal de grado 1, el 6,6%

(7) de dichas mujeres presentó desgarro perineal de grado 2 y el 0,9% (1) presentó histerectomía.

5.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la actualidad se ha visto incrementadas las cesáreas por diferentes motivos, sean maternos o fetales, y estas representan un aumento de las complicaciones maternas en futuros embarazos, más aún si el periodo entre estos es corto por el poco tiempo que tiene la mujer gestante desde la cirugía.

La edad promedio de las mujeres con parto vaginal posterior a una cesárea es de 19 a 35 años, el grado de instrucción de mayor prevalencia es el de secundaria completa con un 49.1% concordando con la investigación de Espino¹², en el cual ella encuentra un porcentaje de 75% con secundaria completa el estado civil conviviente, el número de embarazos previos fueron dos resultados similares encontramos en el trabajo de Tello¹³, en donde se evidencia que el 34% tenían dos gestas al momento del parto vaginal y como ocupación de ama de casa 95%, prevaleció.

Dentro del motivo de la cesárea previa, se obtuvo que 23,6% fue por distocia de presentación, y la incompatibilidad cefalopélvica fue de 22,6% se encontró que las mujeres con parto vaginal luego de una cesárea tuvieron como complicación de parto el desgarro perineal de primer grado con un 23,6%, resultado similar con el estudio realizado por Paguay¹⁵, en el cual el encontró un 29% de prevalencia con esta complicación.

Evaluando el periodo intergenésico, se evidencio que un 55,7% era de un periodo intergenésico adecuado, resultado similar con lo investigado por Rojas¹⁴.

Así también en los resultados de las complicaciones maternas se evidencia que el 34,9% de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa sí presento alguna complicación materna. Como también las mujeres con periodo intergenésico adecuado el 14,2% tuvo desgarro perineal de grado 1, el 2,8% tuvo desgarro perineal de grado 2 y el 0,9% tuvo desgarro perineal de grado, resultado que en también coincide con lo investigado por Tello ¹³ donde se puntualiza que cuando el periodo intergenésico fue corto las complicaciones obstétricas que se manifestaron fueron amenaza de parto prematuro y aborto; en contraste el periodo intergenésico prolongado, que se asoció a embarazo prolongado, oligohidramnios y polihidramnios

CONCLUSIONES

- Se concluye en relación al estudio, en referencia a los datos generales que el 87,7% tiene entre 19 y 35 años, el 49,1%, el 73,6% son convivientes, el 95,3% fueron ama de casa. Así también dentro de los principales motivos de cesárea, 23,6% presento distocia de presentación, el 9,4% distocia funicular, el 22,6% incompatibilidad cefalopélvica, 19,8% macrosomía fetal y el 14,2% sufrimiento fetal agudo.
- En relación a las complicaciones maternas y el periodo intergenésico adecuado, se concluyó que el 34,9% de las mujeres con parto vaginal en cesárea previa sí presento alguna complicación materna. De las cuales con periodo intergenésico adecuado el 14,2% tuvo desgarro perineal de grado 1, el 2,8% tuvo desgarro perineal de grado 2 y el 0,9% tuvo desgarro perineal de grado 3.
- Así también las mujeres con periodo intergenésico prolongado, se observó que el 9,4% presentó desgarro perineal de grado 1, el 6,6% presentó desgarro perineal de grado 2 y el 0,9% presentó histerectomía. Por ello también se aprecia que el 55,7% tuvieron periodo intergenésico entre 25 y 48 meses y el 44,3% tuvieron mayor o igual a 49 meses.

RECOMENDACIONES

- Continuar con la educación en la etapa reproductiva sobre las complicaciones durante el embarazo en relación al periodo intergenésico, puesto que la edad materna y el nivel educativo influye en el éxito de un parto vaginal posterior a una cesárea, y de esta manera disminuir las cesáreas electivas y favorecer al binomio madre – niño.
- Reforzar el servicio de planificación familiar en el primer nivel de atención, no solo para evitar un embarazo no deseado, sino también para un adecuado tiempo intergenésico, para que de esa manera la mujer tenga un embarazo y parto con menos riesgos como lo fue los desgarros perineales en aquellas con periodo intergenésico adecuado.
- Motivar la continuidad de la psicoprofilaxis obstétrica pre y post natal, para la enseñanza de que un parto vaginal es posible luego de una cesárea, y lograr perder el miedo que pueden presentar las gestantes a un parto vaginal con cesárea previa y puedan espaciar sus embarazos de uno a otro y conlleve a embarazos con periodo intergenésicos adecuados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zavala A., Ortiz H., Salomón J., Padilla C. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet] 2018. [citado el 10 de agosto 2020]; (1), 1-6. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052.
2. Amaluisa Rendón D. Efectos obstétricos de un intervalo intergenésico corto como causa de complicaciones maternas en el hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora Quito en el periodo de enero a marzo del 2016 [Internet]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador– PUCE; 2017. [citado el 22 de agosto 2020]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13957/TESIS%20FINAL14SEP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
3. González M., González P., Pisano C., Casale R., & El Período Intergenésico Breve ¿Es un Factor de Riesgo? Un Estudio Transversal Analítico. Rev. FASGO [Internet] 2019. [citado el 10 de agosto 2020]; 83(1), 52-61. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-analitico>.
4. Silva mansilla M. Antecedente de cesárea previa asociado a complicaciones materno-perinatales en gestantes atendidas en el hospital de Vitarte julio-diciembre 2018 [Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma – URP; 2019. [citado el 22 de agosto 2020]. Disponible en:

<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1880/MSILVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. Bobadilla Ubillús, L, León Jiménez, F. En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras? Rev Peru Ginecol Obstet. [Internet] 2017 [citado el 10 de agosto de 2020]; 63(4): 659. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2044/pdf500>
6. Ticona D, Ticona M, Huanco D, Garcia V, Vargas J. Análisis de la cesárea según la clasificación de Robson en un hospital de Perú. Ginecol Obstet Mex. [Internet] 2019. [citado el 10 de agosto 2020]; 87(10): 626-636. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom1910c.pdf>
7. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [Internet]. Ginebra, Suiza: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas; 2018 [citado el 26 de julio de 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1
8. Salud con lupa [Internet]. Perú: el monitor fetal aumento el numero e cesareas; 2020. [citado el 20 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://saludconlupa.com/entrevistas/antonio-levano-monitor-fetal-aument-nmero-cesareas/>
9. Barrera Neyra M, Quispesaravia Ildfonso P. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital público de Lima en el periodo de enero 2013- Diciembre 2017. [Internet] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia – UPCH; 2018 [citado el 20 de agosto de 2020]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1462/Frecuencia_BarreraNeyra_Mayra.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10. Evaluación del POI Anual – 2019. Disponible en:
[https://drive.google.com/file/d/1iwkaNQHx5FXTmAHLKqmvfb1vb77ocRrg/vi
ew](https://drive.google.com/file/d/1iwkaNQHx5FXTmAHLKqmvfb1vb77ocRrg/vi
ew)
11. INEI, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-Nacional y Departamental. Lima, Perú: INEI/ENDES, 2018. Disponible en:
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digita
les/Est/Lib1656/index1.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digita
les/Est/Lib1656/index1.html)
12. Espino Felipa E. Complicaciones materno – neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el hospital María Auxiliadora en el año 2016 [Internet]. Lima: Universidad Norbert Wiener – UNW; 2017 [citado el 26 de abril de 2019]. Disponible en:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1021/TITULO%20-%20Espino%20Felipa%2C%20Elda%20Johanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
13. Tello Cerquín, F. Complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico en gestantes atendidas en el Centro de Salud Baños del Inca, 2017. [Internet]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca. – UNC; 2017 [citado el 02 de enero de 2020]. Disponible en:
<http://.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2110/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Rojas Chihuantito L. Factores asociados de parto vaginal en pacientes con cesarea previa en el hospital Antonio Lorena, Cusco, 2016-2019 [Internet]. Cusco: Universidad Nacional San Antonio De Abad – UNSAAC; 2019 [citado el 26 de abril de 2020]. Disponible en:
http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/UNSAAC/4021/253T20190208_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y

15. Paguay Quichimbo D. en su trabajo “Parto vaginal con antecedente de cesárea previa en el periodo de octubre del 2016 a marzo del 2017 en el Hospital De La Mujer Alfredo Paulson” [Internet]. Samborondón: UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO – UEES; 2017 [citado el 26 de abril de 2019].
Disponible en:
<http://repositorio.uees.edu.ec/bitstream/123456789/2708/1/Paguay%20Quichimbo%20David%20Joel.pdf>
16. Carmen B. Young, Shiliang Liu, Giulia M. Muraca, Yasser Sabr, Tracy Pressey, Robert M. Liston y K.S. Mode of delivery after a previous cesarean birth, and associated maternal and neonatal morbidity. CMAJ [Internet]. 2018 [citado el 24 de abril 2019]; 190(18): E556–E564. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5940456/pdf/190e556.pdf>
17. Contreras Rosillo L. Complicaciones de parto vaginal en pacientes con cesáreas anteriores [Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil– UG; 2018 [citado el 26 de abril de 2019]. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/reduug/31551/1/CD%202282-%20CONTRERAS%20ROSILLO%20LILIBETH.pdf>.
18. Manjarres Burgos W, Zurita Benitez M. Periodo intergenésico corto asociado a complicaciones maternas en gestantes de 18 - 35 años, en el Hospital General Martín Icaz, Babahoyo Los Ríos, periodo enero – junio 2019. [Internet] Los Ríos: Universidad Técnica De Babahoyo - UTB; 2020 [Citado el 30 de agosto de 2020]. Disponible en:
<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8084/P-UTB-FCS-OSBT-000162.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Schwarcz, Obstetricia 7ma edición, Buenos Aires, Argentina: Editorial El Ateneo; 2014.

20. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet]. Lima, Perú: Dirección General de Salud de las Personas/ INMP; 2007 [citado el 26 de abril de 2019]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf.
21. Johns Hopkins. Ginecología y Obstetricia [Internet]. Baltimore: EEUU, Marban. 2005. [Citado el 20 de mayo de 2020]. Disponible en: https://mega.nz/file/CX5SllL#OeZ5DhaMvs_Ma-K7APhxN9f2Ub2aEe74UqTiYLHV6Sk
22. Castillo Oliva L. Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa atendidas em el Hospital Marino Molina Scippa – ESSALUD en el periodo julio 2014 – junio 2016 [Internet] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia- UPCH; 2017 [citado el enero 2020]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/827/Factores_Castillo_Oliva_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Espinoza Ayala L., Romero Ávila R. Complicaciones del parto vaginal post cesárea, versus cesárea electiva, Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016-2017. [Internet] Barranca: Universidad Nacional Antúnez de Mayolo – UNAM; 2019. [citado el 30 de abril de 2020]. Disponible en: http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2844/T033_48_234354_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. [Internet]. Ginebra, Suiza: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas; 2014 [citado el 26 de julio de 2020]. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf;jsessionid=5203407BE835DDB6BAEAFFD934046822?sequence=1

25. Mongrut. Tratado de obstetricia 4 edición, Lima.: Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2000.
26. INEI, instituto Nacional de Estadística e Informática. Glosario de términos. Lima, Perú: INEI/ENDES, 2013. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1161/glosario.pdf
27. Williams. Obstetricia 24 Edición, México D.F.: McGraw-Hill INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.; 2015.
28. Carvajal C. Jorge, Ralph T. Constanza. Manual de obstetricia y ginecología. [Internet]. Chile. Universidad Católica De Chile- UCC; 2018. [Citado el 20 de mayo de 2020]. Disponible en:
<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
29. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica y de procedimientos en ginecología [Internet]. Lima, Perú: Dirección General de Salud de las Personas/ INMP; 2018 [citado el 26 de abril de 2020]. Disponible en:
<https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
30. Morales Máximo D. Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015 [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos – UNMSM; 2016 [citado el 26 de abril de 2019]. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4868/Morales_md.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

31. Williams Obstetricia 25 Edición, México D.F.: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.: 2019.

32. Aguilar Barojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de Salud en Tabasco [Internet]. Villahermosa, México: Secretaría de Salud del Estado de Tabasco/ Salud en Tabasco; 2005 [citado el 19 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>

ANEXOS

1. ANEXO N° 01: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“Complicaciones maternas y su relación con el periodo intergenésico
en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital San
Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019”**

I. DATOS GENERALES

1. Historia clínica:

Número de historia clínica: _____

Gesta (G):_

Paridad (P):_____

2. Edad:

a) < 19 años

b) 19 a 35 años

c) > 35 años

3. Grado de instrucción:

a) Primaria incompleta

b) Primaria completa

c) Secundaria incompleta

d) Secundaria completa

e) Superior Técnica incompleta

f) Superior técnica completa

g) Superior universitaria incompleta

h) Superior universitaria

completa

i) Otros, especificar: _____

PERIODO INTERGENÉSICO

Periodo intergenésico corto (menor a 24 meses)

Periodo intergenésico adecuado (de 25 a 48 meses)

Periodo intergenésico prolongado (mayor o igual a 49 meses)

ANEXO N° 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DEL PROYECTO: COMPLICACIONES MATERNAS Y SU RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO EN MUJERES CON PARTO VAGINAL EN CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL AÑO 2018 Y 2019

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019?</p>	<p>Objetivo principal:</p> <p>Determinar la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>H: Existe relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2018 y 2019.</p>		<p>Datos generales:</p> <p>Historia clínica Gesta Paridad Edad Grado de instrucción Estado Civil Ocupación Motivo de cesárea</p>	<p>Metodología:</p> <p>Correlacional Observacional Retrospectivo</p>
<p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál es la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico adecuado en mujeres con parto vaginal en cesárea previa?</p> <p>¿Cuál es la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico prolongado en mujeres con parto vaginal en cesárea previa?</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <p>Identificar la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico adecuado en mujeres con parto vaginal en cesárea previa.</p> <p>Identificar la relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico prolongado en mujeres con parto vaginal en cesárea previa.</p>	<p>Hipótesis específicas:</p> <p>H₁: Existe relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico adecuado en mujeres con parto vaginal en cesárea previa.</p> <p>H₂: Existe relación entre las complicaciones maternas y el periodo intergenésico prolongado en mujeres con parto vaginal en cesárea previa.</p>	<p>Variable 1: Dependiente</p> <p>Complicaciones maternas</p> <p>Variable 2: Independiente</p> <p>Periodo intergenésico en mujeres con parto vaginal en cesárea previa</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Complicaciones maternas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones maternas intraparto <ul style="list-style-type: none"> * Desgarro perineal * Retención de restos placentarios * Rotura uterina - Complicaciones maternas post parto <ul style="list-style-type: none"> * Hemorragia postparto * Histerectomía * Mortalidad materna <p>Variable 2:</p> <p>Antecedente de cesárea previa en gestantes de parto vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periodo intergenésico adecuado - Periodo intergenésico prolongado 	<p>Universo: 384</p> <p>Muestra: 106</p> <p>Técnica:</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos.</p>

ANEXO N° 03: JUICIO DE EXPERTOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Valoración de evaluación de Juicio de Expertos

Datos de la clasificación:

CRITERIOS	JUECES			VALOR P
	J1	J2	J3	
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1
La estructura del instrumento es adecuada	1	1	1	1
Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable	1	1	1	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	1
Los ítems son claros y entendibles	1	1	1	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1	1	1	1
TOTAL	6	6	6	

1: de acuerdo 0: desacuerdo

Para efectos de calcular la validez del contenido a juicio de expertos, se realizó la prueba de concordancia entre los jueces, conforme a la siguiente fórmula:

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d}$$

Donde,

b = Grado de concordancia significativa

Ta = Número total “de acuerdo” de jueces

Td = Número total de “desacuerdo” de jueces

Según Herrera (1998), los resultados de la validez de contenido a juicio de expertos se contrastan con los siguientes resultados:

Resultado	Validez
0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1,00	Validez perfecta

Ahora bien, de acuerdo a la valoración a juicio de experto se tienen los siguientes resultados:

Juez	Ta	Ta + Td	b	Validez
1	6	6	1	Validez perfecta
2	6	6	1	Validez perfecta
3	6	6	1	Validez perfecta

Conclusión de jueces expertos:

De acuerdo con los resultados, la valoración a juicio de expertos tiene una validez perfecta.



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): DR. FRANCISCO ZEGARRA DEL ROSARIO

Teniendo como base a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: **” COMPLICACIONES MATERNAS Y SU RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO EN MUJERES CON PARTO VAGINAL EN CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL AÑO 2018 Y 2019”**

Marque con una (X) en Si o No, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1.- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.- La estructura del instrumento es adecuado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.- Los Items del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.- Los Items son claros y entendibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.- El numero de Items es adecuado para su aplicación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....



DR. FRANCISCO E. ZEGARRA DEL ROSARIO
MEDICINA OBSTETRICIA

CMP: 10608
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA RNE: 8904
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO
MAGISTER EN ECONOMÍA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): DRA. OBST. VERONICA MORAN RODRIGUEZ

Teniendo como base a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: **” COMPLICACIONES MATERNAS Y SU RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO EN MUJERES CON PARTO VAGINAL EN CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL AÑO 2018 Y 2019”**

Marque con una (X) en Si o No, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1.- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.- La estructura del instrumento es adecuado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.- Los Items del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.- Los Items son claros y entendibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.- El numero de Items es adecuado para su aplicación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
Verónica Guannina Moran Rodríguez
VERONICA GUANNINA MORAN RODRIGUEZ
OBSTETRA ASISTENCIAL
COP. 12430

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS EN SALUD
MAESTRA EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA
DOCTORA EN MED.AMB. Y DESARROLLO SOSTENIBLE



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): MG. BERTHA LANDA MATURRANO

Teniendo como base a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: ” COMPLICACIONES MATERNAS Y SU RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO EN MUJERES CON PARTO VAGINAL EN CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL AÑO 2018 Y 2019”

Marque con una (X) en Sí o No, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1.- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.- La estructura del instrumento es adecuado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.- Los Items del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.- Los Items son claros y entendibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.- El numero de Items es adecuado para su aplicación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

BERTHA LANDA MATURRANO
Obstetra Asistencial
COP-6213

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ANEXO N° 04: DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL INFORME DE
TESIS**

Yo, **LAURA IVONNE SARA AIQUIPA** con **D.N.I 46378993**, Bachiller en Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, autor del informe de tesis titulada: **COMPLICACIONES MATERNAS Y SU RELACION CON EL PERIODO INTERGENESICO EN MUJERES CON PARTO VAGINAL EN CESAREA PREVIA EN EL AÑO 2018 Y 2019.**

Por tanto, en el informe de tesis se tuvo en cuenta el principio de reserva y el respeto a la dignidad humana, siendo resultado de mi trabajo personal, que no se ha utilizado términos agraviantes para referirnos a la identidad y los hechos conocidos, difundir información orientada a vulnerar los derechos de las protagonistas de los hechos y de las decisiones adoptadas.

En este sentido, soy consciente de que el hecho de no respetar los derechos de autor y hacer plagio, son objeto de sanciones universitarias y legales.

Lima, 27 de abril del 2021

LAURA IVONNE SARA AIQUIPA
D.N.I 46378993