

DETERMINACIÓN DE PARTO POR CESÁREA EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA

Determinación de parto por cesárea en pacientes con cesárea previa

Autores

Jenny Mendoza Vilcahuaman

Rober Julio Villcas Vargas

Pamela Estefani Romero Parejas

Tula Susana Guerra Olivares

Determinación de parto por cesárea en pacientes con cesárea previa



Determinación de parto por cesárea en pacientes con cesárea previa, es una publicación editada por la Universidad Tecnocientífica del Pacífico S.C.

Calle Morelos, 377 Pte. Col. Centro, CP: 63000. Tepic, Nayarit, México.

Tel. (311) 441-3492.

<https://www.editorial-utp.com/>

<https://libros-utp.com/index.php/editorialutp/index>

Registro RENIECYT: 1701267

Derechos Reservados © mayo 2023. Primera Edición digital.

ISBN:

978-607-8759-57-6

DOI:

<https://doi.org/10.58299/UTP.151>

Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización bajo ninguna circunstancia, salvo autorización expresa y por escrito de la Universidad Tecnocientífica del Pacífico S.C.

Este libro es resultado de una investigación científica en actividades de ciencia y tecnología, llamada “Caracterización de cesareadas previas atendidas en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro de Chanchamayo, 2020 y 2021”, realizada en la Universidad Nacional de Huancavelica.

Este trabajo fue sometido a revisión por pares externos en modalidad doble ciego (double-blind peer review).

A quien corresponda

La Editorial UTP, una editorial indizada, cuyo objetivo es fortalecer la difusión y divulgación de la producción científica, tecnológica y educativa con altos niveles de calidad; teniendo como base fundamental la investigación y el desarrollo del potencial humano; a través de publicaciones de artículos, libros, capítulos de libros, vídeos, recursos educativos, conferencias, congresos y programas especiales; brindando oportunidades para profesores, investigadores, estudiantes de los distintos niveles educativos en contextos locales, nacionales e internacionales.

CERTIFICA

Que el libro “**Determinación de parto por cesárea en pacientes con cesárea previa**” es producto de investigación científica, tecnológica y educativa. Que al ser sometido a un doble proceso exhaustivo de evaluación interna y externa obtuvo dictamen favorable para su publicación. Para la evaluación interna se utilizaron los criterios establecidos en APA 7ma edición sobre redacción, citas y referencias, realizada por el Comité Editorial de la UTP. Para la evaluación externa se utilizaron los criterios de relevancia y utilidad del tema, calidad, organización, secuencia y alcance, a través de un proceso de revisión doble ciego por pares académicos externos.

Se extiende el presente **certificado**, a los veinte días del mes de julio del año 2023.



ATENTAMENTE
Transformando con Ciencias



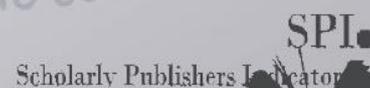
Biól. Elsa Jazmín Lugo-Gil
Directora de la UTP



Lic. Blanca E. López Rodríguez
Directora de la Editorial UTP



REDIB
Red Iberoamericana
de Innovación y Conocimiento Científico



SPI
Scholarly Publishers Indicator

CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS.....	V
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VI
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I.....	11
PARTO POR CESÁREA: CUESTIONES ELEMENTALES.....	11
1.1 Aspectos generales.....	12
1.1.1 Definición.....	13
1.1.2 Tipos de cesárea.....	14
1.2 Indicaciones de cesárea.....	17
1.2.1 Indicaciones maternas.....	17
1.2.2 Indicaciones fetales.....	18
1.3 Complicaciones en las pacientes cesareadas.....	20
1.3.1 Complicaciones maternas.....	20
1.3.2 Complicaciones perinatales.....	21
1.4 La práctica de cesárea en la actualidad.....	22
1.4.1 Alcances en el ámbito internacional.....	23
1.4.2 La cesárea en Perú.....	24
CAPÍTULO II.....	28
PARTO CON INDICACIÓN DE CESÁREA PREVIA.....	28
2.1 Definición.....	29
2.1.1 Situación histórica de la cesárea previa.....	29
2.1.2 Actualidad del uso de la cesárea previa.....	30
2.2 Características de las pacientes con cesárea previa.....	32
2.2.1 Características obstétricas.....	32
2.2.2 Características sociodemográficas.....	34
2.3 Consecuencias del antecedente <i>cesárea previa</i>	37
2.3.1 Diagnóstico incompleto.....	39
2.3.2 Aumento del número de cesáreas y de los costos médicos.....	40
CAPÍTULO III.....	43
PARTO VAGINAL DE PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA.....	43

3.1 Aspectos generales del PVDC.....	44
3.2 Condiciones de la paciente de PVDC	46
3.3 Riesgos y complicaciones del PVDC.....	48
3.4 Cuidados del PVDC	51
CAPÍTULO IV	57
CARACTERIZACIÓN DE CESAREADAS PREVIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “JULIO CÉSAR DEMARINI CARO” DE CHANCHAMAYO, DURANTE LOS AÑOS 2020 Y 2021	57
CAPÍTULO V.....	77
CUIDADO Y SEGURIDAD DEL PARTO CON INDICACIÓN DE CESÁREA PREVIA .	77
5.1 Registro y evaluación de las gestantes	78
5.2 Protocolos de prevención de riesgos maternos y perinatales	81
5.3 Ética y responsabilidad médica	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Propuesta anglosajona de tipos de cesárea.....	16
Tabla 2. Características obstétricas más comunes en cesareadas	33
Tabla 3. Características sociodemográficas más comunes en las cesareadas	35
Tabla 4. Condiciones de un PVDC exitoso	46
Tabla 5. Cuidados obstétricos para asegurar un exitoso PVDC	53
Tabla 6. Protocolo de cuidado Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos	55
Tabla 7. Dimensiones de la variable estudiada	59
Tabla 8. Criterios de muestreo	61
Tabla 9. Indicaciones secundarias de las cesareadas con indicación de cesárea previa	63
Tabla 10. Características sociodemográficas de las cesareadas con indicación de cesárea previa.....	64
Tabla 11. Características obstétricas de las cesareadas con indicación de cesárea previa.....	65
Tabla 12. Complicaciones maternas de las cesareadas con indicación de cesárea previa	66
Tabla 13. Complicaciones perinatales de las cesareadas con indicación de cesárea previa ...	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Número de cesáreas anuales entre los años 2016 y 2021	25
Figura 2. Evolución de los partos por cesárea en el Perú entre los años 1996 y 2021	26
Figura 3. Frecuencia de las cesáreas previas	62
Figura 4. Tipos de cesáreas que presentaron la cesareadas con indicación de cesárea previa	68
Figura 5. Edad de las pacientes de acuerdo con el tipo de cesárea previa	68

RESUMEN

La cesárea es un procedimiento médico muy útil para facilitar el parto ante complicaciones de diverso tipo. Su impronta en la historia de la medicina obstétrica está en función de facilitar la labor de parto; pero también de dejar un antecedente para más cesáreas. Esta última consecuencia ha provocado un exceso de cesáreas en el mundo y, en consecuencia, el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad materno-perinatales.

El objetivo del presente libro es evidenciar el impacto del aumento de cesáreas en el mundo y, particularmente, en el Perú. Se consideró abordar este tema desde dos aspectos generales. El primero es el aspecto conceptual, que consiste en exponer definiciones y tipos; se hace hincapié en determinados temas como la indicación obstétrica *cesárea previa* y el parto vaginal después de una cesárea (PVDC). El segundo aspecto corresponde a la descripción de un caso peruano específico: la población de pacientes obstétricas del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro, cuya muestra estuvo conformada por las pacientes cesareadas.

Palabras clave: parto por cesárea, indicación de cesárea previa, indicaciones materno-perinatales, características obstétricas, características sociodemográficas, parto vaginal después de una cesárea

ABSTRACT

Cesarean section is a very useful medical procedure to facilitate delivery in the event of complications of various kinds. Its imprint in the history of obstetric medicine is a function of facilitating labor; but also, of leaving a precedent for more cesarean sections. This last consequence has led to an excess of cesarean sections in the world and, consequently, to an increase in maternal and perinatal morbidity and mortality rates.

The aim of this book is to show the impact of the increase of cesarean sections in the world and, particularly, in Peru. We considered approaching this topic from two general aspects. The first one is the conceptual aspect, which consists of exposing definitions and types; emphasis is placed on certain topics such as the obstetric indication for previous cesarean section and vaginal birth after cesarean section (VBAC). The second aspect corresponds to the description of a specific Peruvian case: the population of obstetric patients of the Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro, whose sample consisted of cesarean section patients.

Key words: cesarean delivery, indication for previous cesarean section, maternal-perinatal indications, obstetric characteristics, sociodemographic characteristics, vaginal delivery after cesarean section.

INTRODUCCIÓN

El aumento de cesáreas en el mundo es un fenómeno clínico que ha ganado notoriedad en los últimos cincuenta años. También, ha sido objeto de preocupación por varios agentes de la sociedad por varios motivos. El principal es la aparición de factores de riesgo durante la intervención clínica, los cuales afectan el bienestar de la madre y del recién nacido. También está el aumento de los gastos médicos, que no siempre pueden ser cubiertos pues, a veces, el nivel socioeconómico de las pacientes no corresponde con el coste del servicio.

El problema médico y social que generó este fenómeno ha sido percibido a través del impacto de dichos factores de riesgo. Una de ellas, la más recurrente y normal, es la prolongación de la recuperación de la madre después de haber dado a luz a su bebé. Durante este período de reposo asistido, la paciente posparto puede presentar desde infecciones u otras complicaciones, cuya presencia implica el aumento de su morbilidad y su mortalidad. Estos índices de salud pueden ser disminuidos con una atención médica de calidad, que debe ser adecuada a las características obstétricas y sociodemográficas de la paciente.

No obstante, la calidad no siempre se cumple: el hospital puede no estar bien implementado y el personal médico no ser el más competente. En efecto, estas circunstancias adversas dificultan resolver eventualidades o emergencias de manera eficaz. Al respecto, los estudios actuales también han considerado que el origen del aumento de cesáreas se extiende, inclusive, al propio diagnóstico clínico, el cual puede ser insuficiente.

Dichas investigaciones han indicado que el aumento de las cesáreas a nivel mundial se debe a la aplicación de un criterio médico llamado *indicación de cesárea previa o antecedente de cesárea*. Esta indicación se basa en el historial de la paciente, pues resulta razonable que, si ella ha dado a luz anteriormente por medio de cesárea, puede darla de nuevo bajo esa modalidad, aparentemente con toda la certeza médica. Y, efectivamente, hay muchas pacientes

a las que se les ha intervenido con tal indicación, pero con el claro conocimiento de que sus índices de morbilidad y mortalidad se elevaron exponencialmente.

Esta consecuencia es la que se busca prever a nivel mundial. Las madres que son cesareadas con indicación de cesárea previa tienden fisiológicamente a desarrollar la predisposición a ser cesareadas y, por tanto, a que en plena cesárea sean afectadas, con mayor probabilidad, por factores de riesgo que puedan comprometer su bienestar y vida. De hecho, hay madres que, con la debida atención y diagnóstico médicos, han podido dar a luz por la vía del parto vaginal normal, aunque anteriormente lo hayan realizado mediante la cesárea, de modo que los riesgos disminuyeron.

A nivel de la comunidad médica, la reducción del exceso de cesáreas es un objetivo realizable siempre y cuando las prácticas y aplicaciones de criterios obstétricos profundicen en la realidad de las madres para asegurar alumbramientos con cesáreas bien justificadas y partos vaginales sin complicaciones, de modo que la tasa elevada de cesáreas disminuya. Para ello, las investigaciones deben atender las siguientes dimensiones: las características de las pacientes, el proceso del alumbramiento y la indicación de cesárea previa.

En los capítulos siguientes, se expondrán los aspectos conceptuales con que se puede entender la realidad problemática del aumento de cesáreas. El primer capítulo aborda el tema del parto por cesárea en cuatro puntos: los tres primeros atienden los aspectos obstétricos de la cesárea y el último, su alcance social. Los capítulos segundo y tercero abordan el parto con indicación de cesárea previa con la diferencia de que uno aborda el parto por cesárea y el otro, el parto vaginal normal. El cuarto capítulo describe, con los conceptos anteriormente tratados, la situación problemática del Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio Cesar Demarini Caro”, ubicado en la provincia de Chanchamayo, Junín-Perú. Por último, el capítulo quinto trata de indicaciones y propuestas derivadas a partir del capítulo anterior.

CAPÍTULO I

PARTO POR CESÁREA: CUESTIONES

ELEMENTALES

La cesárea es un procedimiento quirúrgico muy frecuente. Dicha intervención se incrementa en regiones donde los ingresos son medios y altos. Sin embargo, en diversas ocasiones, se lleva a cabo sin que sea necesario, situación que pone en riesgo a las pacientes y a sus bebés, quienes pueden presentar dificultades de salud (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2015).

El tratamiento conceptual de un procedimiento como la cesárea adquiere relevancia para profesionales interesados porque permite identificar, distinguir y comprender los aspectos generales, las características particulares y las partes de aquella operación. En efecto, un correcto manejo de conceptos facilita y optimiza el ejercicio del procedimiento, así como también la aplicación de criterios ante cualquier eventualidad. Sin la comprensión de lo más elemental, hasta el más experimentado puede errar, lo que significaría incumplir con el cuidado médico y, por tanto, comprometer la salud de la paciente.

De acuerdo con lo anterior, se hace patente la relación entre el conocimiento y la correcta realización de un proceso. En el caso de la cesárea, dicha relación es más notoria porque no puede haber improvisación en esta intervención clínica, sino que debe tener un protocolo general que guíe su práctica, el cual contiene los conceptos aludidos anteriormente. En efecto, la falta de nociones básicas tiene como consecuencia la presencia de imprecisiones y confusiones, lo cual puede comprometer el bienestar materno-perinatal.

Con estas consideraciones, el presente capítulo aborda el tema del parto por cesárea desde cuatro puntos. El primero contiene los aspectos generales como la definición y los tipos existentes de cesáreas. El segundo tipo expone las indicaciones o criterios que los médicos utilizan para ordenar una cesárea. El tercero da a conocer las complicaciones que pueden presentarse durante la operación, las cuales afectan tanto a la madre como al neonato. Y el cuarto punto atiende a los índices actuales de cesáreas en el mundo y en el Perú, que sirven como una referencia que expande la comprensión de la práctica actual de la cesárea.

1.1 Aspectos generales

La cesárea es una intervención quirúrgica abdominal y uterina. Se realiza durante el proceso de parto, cuando este presenta complicaciones que pueden afectar el proceso de parto y dañar al neonato. Bajo esa consideración, se puede entender que se trata de una acción o medida facilitadora justificada en un contexto de emergencia y urgencia médica. De hecho, desde la antigüedad, su objetivo era salvar la vida recién nacido con el máximo cuidado posible, para que no haya secuelas posteriores.

Sarduy *et al.* (2018) manifiestan que en la Roma clásica existió una ley llamada *Ley Regia* o *Ley de César* —decretada por el gobernante Numa Pompilio en el siglo VII a. c.—, la cual, en una de sus indicaciones de cuidado médico, imponía la extracción abdominal del bebé del vientre materno después del deceso de la madre; es por ello que este procedimiento se conocía como *cesárea postmortem*. Claramente, debido a la falta de recursos de la época, la vida de la madre no era contemplada como un objetivo principal.

El paso del tiempo llevó al desarrollo de la cirugía y de la obstetricia. Los procedimientos de cesárea se optimizaron con la experiencia y conocimientos recabados hasta el momento. Desde el siglo XV hasta el XIX hubo avances significativos. Schnapp *et al.* (2014) señalan los siguientes: la introducción de fármacos anestésicos, el tratamiento de la piel con

líquidos asépticos, la aplicación de antibióticos y la planificación de protocolos de cierre de pared uterina. Poco a poco, el bienestar de la madre se contemplaba como un objetivo de igual nivel que el bienestar del neonato.

Los procedimientos han evolucionado, durante los siglos XX y XXI, al punto de asegurar la calidad del procedimiento de cesárea y de la atención de la paciente, teniendo en cuenta que ambos deben ir de la mano con la finalidad de reducir los factores de riesgo que pudieran aparecer en el parto. De esta manera, el procedimiento de cesárea actual atribuye el mismo nivel de importancia al cuidado del bebé y de la madre; por ello, la variación de riesgos se mide con tasas de morbilidad y mortalidad materno-perinatal. A continuación, se expondrán los aspectos conceptuales que permiten entender de manera detallada dicho procedimiento.

1.1.1 Definición

El parto por cesárea, según Pardina *et al.* (2022), se refiere al nacimiento de un bebé por medio de una incisión quirúrgica en el útero y abdomen de la madre. Puede ser repetida, es decir, cuando la madre ya ha tenido otro parto por cesárea, o primaria, cuando es la primera vez que se asiste a la madre con este procedimiento.

En el parto por cesárea, la incisión que se lleva a cabo en el abdomen y en el útero son llamadas laparotomía e histerotomía maternas, respectivamente (Saavedra & Guelfand, 2017). Puede ser longitudinal, desde el vello púbico hasta el ombligo, o transversal, a través de la línea del vello púbico. Deben ser de tamaño acorde a la fisionomía del bebé, para que sea extraído con el cuidado debido, además de evitar riesgos de hemorragias internas en la madre.

Si bien la cesárea puede ser una alternativa justificada en la complicación del parto vaginal y, de hecho, ha salvado vidas, no puede negarse que trae consigo factores de riesgo. Kayem & Raiffort (2019) indican que la cesárea implica necesariamente riesgos de hemorragia posparto y complicaciones en el aparato urinario de la madre, dada las relaciones anatómicas

que el útero posee con la vejiga y el uréter, principalmente. Es por ello que los cuidados obstétricos deben contemplar de manera integral la anatomía materna, para así poder recomendar el tipo de cesárea que se practicará en el parto.

1.1.2 Tipos de cesárea

La operación de cesárea presenta varios tipos debido a que los criterios de clasificación fueron formulados de acuerdo con las circunstancias que las pacientes presentaban, desde su período de gestación hasta el parto, así como también de acuerdo con los procedimientos que los médicos obstetras aplicaban. A continuación, se presentan los siguientes tipos de cesáreas.

1.1.2.1. De acuerdo con la incisión del útero.

Este criterio presenta dos tipos. El primero es la cesárea corporal, que consiste en una histerotomía longitudinal que se extiende en la mayor parte del útero, desde su segmento inferior hasta su segmento superior. La ventaja de este corte es el tamaño de la apertura del vientre materno para extraer al bebé, pero su desventaja es la exposición a factores de riesgo como la hemorragia en la musculatura uterina y la cicatrización lenta. Actualmente, ya no se opta por las cesáreas corporales, salvo en casos extremos como el carcinoma de cérvix, el onfalocele gigante o el acretismo placentario (Angarita-Durán *et al.*, 2020).

El segundo tipo es la cesárea segmentaria. Consiste en una histerotomía realizada en el segmento inferior del útero; no se extiende hasta el segmento superior, para no comprometer la musculatura e integridad del útero, aunque, los cortes que se realizan en esta zona no están exentos de riesgos: el corte longitudinal y el corte en forma de “T” son eficaces en cuanto la apertura del vientre, pero riesgosos; en cambio el corte transversal es el más seguro. En la siguiente figura, se muestra cada uno de estos tipos.

1.1.2.2. De acuerdo con el momento en que se decide realizar la cesárea.

Este criterio presenta dos tipos de cesáreas. El primero es la cesárea de urgencia, que ordena durante el proceso de parto, inmediatamente después de que se haya identificado una complicación materno-perinatal (Ibarra *et al.*, 2017). Este tipo es el que justifica el hecho de que la cesárea sea entendida como una intervención quirúrgica cuyo objetivo es salvar vidas. En efecto, para realizarla, los médicos antes deben haber confirmado *in situ* la presencia de riesgos que comprometan el bienestar del neonato. Presenta las siguientes subdivisiones:

- Cesárea de urgencia o emergencia absoluta: es aquella que se realiza cuando los médicos obstetras identifican las siguientes indicaciones: pérdida de bienestar fetal, placenta previa sangrante, presentación podálica o prolapso del cordón.
- Cesárea de urgencia o emergencia relativa: es aquella que se realiza cuando los médicos obstetras identifican las siguientes indicaciones: distocias de rotación, detención de la dilatación, trastornos hipertensivos del embarazo o fracaso de la inducción.

El segundo tipo es la cesárea electiva o programada. Como su nombre lo indica, es una cesárea planificada con antelación. Las razones médicas que la justifican pueden basarse tanto en evidencias reales como en sospechas acerca de posibles complicaciones en el proceso de parto. Es por ello que está en constante revisión. Normalmente, es fijada entre las semanas 37 y 38 de la gestación. Su objetivo principal es garantizar la salud óptima del bebé que va a nacer.

Cabe tener en cuenta que este criterio también ha sido utilizado para proponer otras clasificaciones. En el mundo actual, los propios centros médicos más prestigiosos —como los de centros médicos anglosajones— proponen tipos o categorías que toman en cuenta, además del momento de la decisión, los factores que presenta ese momento. En la Tabla 1 se puede observar un ejemplo.

Tabla 1. *Propuesta anglosajona de tipos de cesárea*

Categoría 1	Presenta amenaza inmediata por los siguientes factores: <ul style="list-style-type: none">• Bradicardia fetal severa• Prolapso del cordón• Ruptura uterina• Ph fetal menor a 7.2
Categoría 2	Presenta compromiso materno-perinatal —no es una amenaza inminente— por los siguientes factores: <ul style="list-style-type: none">• Hemorragia previa al parto• Falta de progreso en el trabajo de parto
Categoría 3	No presenta compromiso materno-perinatal, pero los factores que presenta precisan la interrupción del embarazo; son los siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Ruptura prematura de membranas• Cesárea programada con trabajo de parto
Categoría 4	Exige la interrupción programada del embarazo según la paciente y el personal médico (cesárea electiva).

Nota. Adaptado de Oncoy (2018)

1.1.2.3. De acuerdo con los antecedentes obstétricos.

Este criterio presenta tres tipos de cesáreas. El primer tipo es la primera cesárea, que consiste en una cesárea sin antecedentes obstétricos, o sea, es la primera intervención quirúrgica que la mujer tiene en su vida. El segundo y tercer tipo sí presentan antecedentes obstétricos y se diferencian por el número de cesáreas practicadas en la paciente. Está la cesárea previa, que consiste en una cesárea con un antecedente, por lo que la paciente tendría una segunda cesárea. Y está la cesárea iterativa, la cual posee dos o más antecedentes de cesárea, de manera que la paciente tendrá su tercera o cuarta cesárea.

Este criterio es importante porque revela que las razones médicas se basan en los antecedentes obstétricos para seguir ordenando cesáreas para las pacientes. En contraste con esta idea, existe la posibilidad, clínicamente probada, de que la mujer gestante puede tener un parto vaginal a pesar de poseer dichos antecedentes. Según Fonseca *et al.* (2019), las evidencias

de partos vaginales normales con antecedentes de cesárea se dieron de manera normal, es decir, las contracciones del parto no supusieron la abertura de la herida anterior.

1.2 Indicaciones de cesárea

La descripción anterior permite comprender que la cesárea es una intervención que se justifica en un contexto de urgencia clínica. Según Sadler (2018), a partir de dicho contexto, los médicos obstetras deben formular razones médicas o indicaciones que justifiquen con mayor precisión la cesárea a fin de no exponer a la madre y al bebé a factores de riesgo incontrolables. Justamente, la ventaja de una cesárea bien planificada es ser controlable, lo que disminuye los riesgos de la operación y asegura el bienestar de los intervenidos.

En la actualidad, se manejan distintas clasificaciones de indicaciones debido a la complejidad de factores que presentan las madres. Las más conocidas son las siguientes: indicaciones absolutas, en las que no hay controversia con respecto a la realización de la cesárea, e indicaciones relativas, en las que sí la hay. Claramente, el criterio es la certeza médica que siempre debe acompañar la realización de una operación como esta.

Por otro lado, según Sinchitullo-Castillo *et al.* (2020), se maneja la clasificación tradicional, que consta de los siguientes tipos: indicaciones maternas e indicaciones perinatales. El criterio que fundamenta esta división es el grado de afectación de los participantes del parto. Debido a tal consideración, será tomada en cuenta. A continuación, se mostrará cada uno.

1.2.1 Indicaciones maternas

Generalmente, las indicaciones maternas se justifican en el estado físico de la madre. Ella puede presentar patologías de diverso tipo que, en distinta medida, influyen durante el proceso de parto. A continuación, se señala los siguientes puntos (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018):

- Cáncer del cuello uterino
- Cardiopatía
- Cesárea previa o iterativa
- Colestasis intrahepática del embarazo
- Diabetes mellitus
- Enfermedad pulmonar crónica
- Enfermedad renal
- Enfermedades de transmisión sexual
- Hipertensión crónica
- Nefropatía
- Preeclampsia

Conceptualmente, las indicaciones corresponden al estado físico en que se encuentran los pacientes. Los rasgos que presenta son revisados por los médicos, quienes de acuerdo con su criterio ordenan una intervención. En este caso, las indicaciones maternas son las características del estado de la madre. Con base en ellas, los médicos recomiendan u ordenan una intervención por cesárea.

1.2.2 Indicaciones fetales

La decisión de llevar a cabo una cesárea por complicaciones en el feto se realiza cuando pueden poner en riesgo su vida o la de la madre. Al respecto, son las siguientes (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018):

- Acretismo placentario
- Deformación del feto durante la gestación
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Dilatación insuficiente del cuello uterino

- Embarazo múltiple (mellizos, trillizos y más)
- Frecuencia cardiaca anómala del feto
- Gestación mayor a 41 semanas
- Infección del canal de parto
- Isoinmunización
- Muerte fetal previa
- Oligohidramnios (poco líquido amniótico)
- Placenta previa (sobre todo el tipo *placenta previa oclusiva total*)
- Posición del feto (transversal, oblicua, entre otras posiciones anómalas)
- Prolapso en el cordón umbilical (puede enrollar partes del feto)
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Riesgo de pérdida del bienestar fetal
- Ruptura prematura de membranas (o *ruptura de fuente*)

Al igual que en el tipo anterior, las indicaciones fetales corresponden a los rasgos que presenta el feto durante el proceso de gestación. Algunas son prevenibles al inicio, pero otros no; de hecho, pueden detectarse hasta antes del parto o durante él, lo que puede traer complicaciones que, en el momento de la intervención médica, obligan a los médicos ordenar una cesárea. De hecho, cabe aclarar la siguiente cuestión. Según Sinchitullo-Castillo *et al.* (2020), los términos médicos *indicación* y *complicación* suelen usarse indistintamente; sin embargo, la diferencia se encuentra en el tiempo con que los rasgos que obligan a realizar las cesáreas son detectados: las indicaciones, antes del parto, y las complicaciones, durante o después del parto. A continuación, se tratarán estas últimas.

1.3 Complicaciones en las pacientes cesareadas

El término *complicación* representa una situación no prevista con antelación que debe ser resuelta para continuar con un procedimiento. En relación con los partos, las complicaciones maternas y perinatales implican riesgos que deben ser minimizados, sin importar el grado de riesgo que presenten (Oncoy, 2018). De hecho, el personal médico cuenta con protocolos de control a fin de salvaguardar la salud materno-perinatal.

La efectividad de los protocolos estará en función de las complicaciones identificadas por los médicos. Hasta el momento, se tienen dos tipos de complicaciones: maternas y perinatales. Evidentemente, el criterio de clasificación está en función de los rasgos que presentan la madre o el feto y, también, el grado de riesgo que significa para cada uno de ellos. A continuación, se presentan las complicaciones más comunes.

1.3.1 Complicaciones maternas

Tal como lo indica su denominación, estas complicaciones las presenta la madre. El grado de riesgo que posean compromete su bienestar y vida. Si no son atendidas a tiempo, el problema puede extenderse hasta el bebé. A continuación, se muestran las siguientes complicaciones maternas más comunes:

- Lesiones vasculares en el aparato urinario
- Hemorragia uterina
- Sangrado excesivo
- Hematomas del ligamento ancho
- Lesiones en los intestinos delgado y grueso
- Endometritis
- Corioamnionitis
- Enfermedad tromboembólica

- Rotura uterina
- Acretismo placentario

Las complicaciones maternas siempre serán asociadas a las dificultades que tenga el útero materno en el momento de dar a luz. Como es sabido, sus paredes se dilatan por efecto de las contracciones naturales y por el tamaño del feto Langer *et al.* (2017). En la mayoría de casos, no hay un buen balance entre ambos, por lo que el parto tiende a prolongarse en tiempo e inclusive ser interrumpido, de modo que se ordena la cesárea.

Ante ese escenario, las razones médicas ordenan un parto por cesárea. A continuación, se mostrarán las complicaciones que justifiquen que el neonato sea extraído por cesárea.

1.3.2 Complicaciones perinatales

Las complicaciones que presenta el bebé en el proceso de parto son conocidas también como *complicaciones perinatales* o *complicaciones fetales*. En sentido específico, son dificultades por los que atraviesa el neonato al nacer (Velasquí *et al.*, 2018). El grado de riesgo depende de su posición en el útero femenino y de su constitución física, que eventualmente presenta anomalías que complejizan el proceso de inducción, al punto de comprometer la salud del bebé. A continuación, se muestran las siguientes (Mayo Clinic, 2022).

- Asfixia perinatal
- Distrés respiratorio con prueba APGAR de 6 a 9
- Hipoglicemia neonatal
- Enterocolitis necrotizante
- Nacimiento prematuro
- Depresión
- Cesárea de urgencia

Para evitar estas complicaciones, es necesario que la gestante reciba cuidados prenatales regulares porque va a permitir que los médicos diagnostiquen y traten alguna afección antes que afecte el embarazo o problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad.

1.4 La práctica de cesárea en la actualidad

A diferencia de las épocas anteriores, la práctica de las cesáreas ha sido nutrida de experiencia y conocimientos científicos los cuales han proporcionado los elementos y criterios necesarios para asegurar la vida de la madre y del feto. El grado de riesgo ha descendido relativamente en función a la calidad de la atención médica otorgada por el personal de salud del centro en donde está internada la paciente; sin embargo, tales avances no implican una disminución total (Romero *et al.*, 2019).

Entre las ventajas del siglo XXI, relacionadas con las cirugías, se tiene la inserción de químicos opioides o medicamentos anestésicos, por sus efectos no adversos para el desarrollo de la intervención quirúrgica. La ausencia de dolor que provocan facilita a los médicos la manipulación de los órganos expuestos de los pacientes, de modo que los pueden observar *in situ* y evaluar para determinar qué se debe hacer.

Con respecto a las operaciones de cesáreas, Sánchez-Torres *et al.* (2021) indican que se introdujeron técnicas anestésicas dentro de los protocolos de cesáreas de urgencia. Debido a la naturaleza de este tipo de cesáreas, deben estar a disposición todos los implementos para ser manejados a tiempo. Cuando se requieren, la inyección de un opioide como el epidural, debe realizarse en bajas dosis, para evitar la posibilidad de efectos secundarios.

Según estos los autores citados, a pesar de que los elementos de estas técnicas, los químicos opioides, sean efectivos, pueden interferir en el binomio madre-hijo a través del tracto sanguíneo. El objetivo de atenuar totalmente el dolor quirúrgico se corresponde con la cantidad

inoculada, pero si se sobrepasa, entonces pueden aparecer complicaciones posparto, sobre todo, en el neonato. Este puede presentar una alteración metabólica, que afecta posteriormente las funciones hepáticas, renales, pulmonares, digestivas y hasta neuroconductuales del recién nacido. Por ello, las mismas técnicas y protocolos cuentan con un índice de riesgo.

1.4.1 Alcances en el ámbito internacional

El parto por cesárea en el mundo contemporáneo es una modalidad de parto que se ha hecho muy usual en los centros de salud. A diferencia de los períodos históricos anteriores, la frecuencia con que se ordenan cesáreas con necesidad médica es mayor. Según Faundes (2021), este aumento de cantidades se debe a los cambios del estilo de vida humana. No solo en la alimentación, sino también en hábitos cotidianos como los laborales y sociales, que influyen conjuntamente en el desarrollo del feto.

Felgueres-Hermida *et al.* (2022) indican que desde los años 90 el impacto del aumento de cesáreas se hizo más notorio y que del año 2000 se ha evidenciado un aumento progresivo a nivel mundial. El ejemplo que resaltan es el de los Estados Unidos (EE. UU.) porque en 2004 se presentó la tasa de 22.1 %; en 2012, 23 %; y en 2017, 25.7 %. Por este mismo fenómeno pasaron los países americanos del habla hispana; de hecho, los últimos 50 años presentaron cifras más alarmantes porque rodeaban el 30 % de cesáreas por población.

Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (2015) sobre la tasa de cesárea a nivel mundial, se ha manifestado que los partos por cesárea han incrementado de 10 a 15 % en las tres últimas décadas llegando a alcanzar una cifra de 21 % entre todos los países del mundo. En América del Norte la tasa asciende a 32.3 %, en Oceanía, a 31.1 %; En Europa, a 25 %; en Asia, a 19.2 % y en África, a 7.3 %. Asimismo, la tasa de cesárea en América Latina y el Caribe es de 40.5 %, cifra que sobrepasa lo recomendado por la OMS (10-15 %) (Gallo *et al.*, 2021).

En el Perú en el 2020, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2021), el 36.3 % de los nacimientos fueron mediante cesárea, lo cual significó un incremento de 4.7 % con respecto a los años 2015-2020. De los 26 departamentos, fueron tres los que mostraron un alto porcentaje: Piura (37.6 %), Ica (34.9 %) y Moquegua (31.5 %); sin embargo, en el 2021, hubo una cierta variación en los departamentos y/o porcentajes: Moquegua (43.5 %), Piura (37.6 %) y Tacna (37.2 %) (INEI, 2022).

Respecto a lo anterior, la OMS añade que por año se realizan 850 000 cesáreas sin necesidad médica, esto es, con razones médicas controversiales (Bernal-García & Nahín-Escobedo, 2018). Como criterio de medición, esta organización estableció que la tasa de cesárea debe mantenerse entre el 10 % y el 15 % a nivel de la población. Estas medidas permiten, también, determinar las tasas de morbilidad y de mortalidad materno-perinatal.

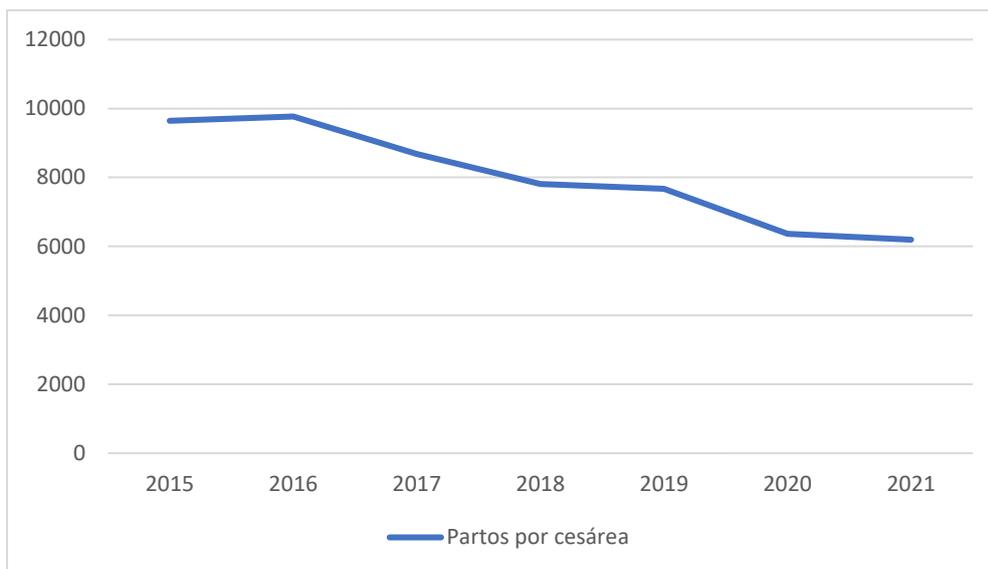
En la actualidad, las tasas de cada país oscilan entre ese estándar y porcentajes superiores, llegando al punto de tener un aumento de cesárea como una epidemia nacional. En Sudamérica sucede ello con países como Chile, cuyas tasas han mantenido un aumento progresivo en los últimos diez años aproximadamente (Sadler, 2018). Ante estas cifras, los sistemas de salud optan por establecer objetivos de disminución de morbi-mortalidad entre la población de madres y neonatos.

1.4.2 La cesárea en Perú

Las cesáreas en el Perú son realizadas por profesionales médicos especialistas en ginecología y obstetricia. Son realizadas en establecimientos de nivel II en adelante que brindan atención en salud sexual y reproductiva, planificación familiar y cuidado neonatal. La calidad con que son practicadas varía de acuerdo a factores económicos y geográficos; de hecho, Lima es el departamento que tiene la tasa más elevada de cesáreas, dada la cantidad de población local y no local asistida.

Con respecto al fenómeno del aumento de cesáreas, el Perú ha presentado variaciones interesantes que, si bien son elevadas, no fueron progresivas y continuas. Al respecto, Barrena *et al.* (2020) indican que en el año 2017 se presentó un considerable descenso de la cantidad de cesáreas a nivel nacional, sobre todo, entre las madres adolescentes. A continuación, la siguiente figura evidencia la variabilidad del número de cesáreas entre los años 2016 y 2021.

Figura 1. *Número de cesáreas anuales entre los años 2016 y 2021*



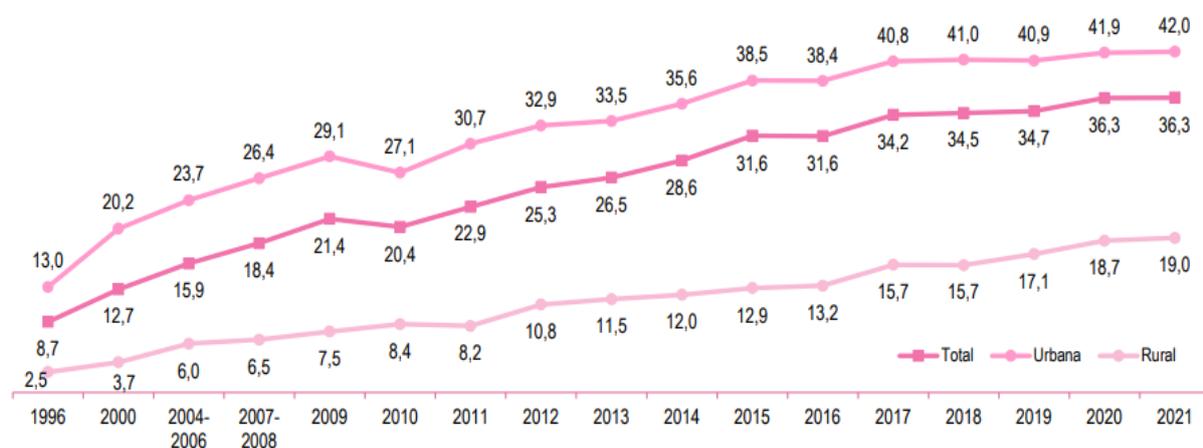
Nota. Adaptado de Instituto Nacional Materno Perinatal [INMP] (2021)

El registro y control de partos por cesárea están a cargo del Área de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). De acuerdo con la data de dicha institución, el número de partos por cesárea que se registraron fueron los siguientes: 9648 (año 2015), 9768 (año 2016), 8683 (año 2017), 7810 (año 2018), 7672 (año 2019), 6366 (año 2020) y 6194 (año 2021), tal como lo muestra la Figura 1.

Cabe tener en cuenta que estas cifras, representadas en la figura anterior, corresponden una comparación de cantidades por año y, por ello, si bien se observa un descenso, no significa que el Perú no presente un aumento de cesáreas excesivo. Hay otra data que ofrece tal cantidad, de acuerdo con los criterios de la OMS (10-15 % a nivel de la población). Tal información la

brinda el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), que contabilizó la evolución de la cantidad de cesáreas hasta el año 2021, que se puede observar en la Figura 2.

Figura 2. Evolución de los partos por cesárea en el Perú entre los años 1996 y 2021



Nota. Tomado de INEI (2021)

Evidentemente, la figura muestra una progresión en los porcentajes de las cesáreas practicadas en el Perú. El porcentaje es preocupante debido a que estas cifras implican índices altos de morbilidad y mortalidad materno-perinatales. Este contexto a nivel de salud pública es preocupante porque indica que la salud materna peruana tiene alto grado de vulnerabilidad. En efecto, durante la época de pandemia por COVID-19 —un factor de riesgo más—, las cesáreas no dejaron de crecer, por lo cual se puede inferir que hay un alto riesgo de muerte materna.

La labor de registrar aquellas cantidades se justifica en las indicaciones de la OMS sobre el exceso mundial de cesáreas por año. Según esta institución, la información disponible y el conocimiento acumulado son claves para diseñar estrategias de mitigación y control de cesáreas en la población. Justamente, una de sus recomendaciones es realizar investigación académica porque los resultados que alcanza son relevantes para entender las características y aspectos particulares de este fenómeno en el territorio nacional, de modo que dichas planificaciones puedan ser efectivas (Munares-García, 2022).

En el Perú, se realizan auditorías constantes en los centros de salud para recoger información de las pacientes gestantes y las que ya son madres. Son cotejadas a partir de los historiales médicos de cada establecimiento, pues evidencian la realidad de la institución. Cuando son evaluadas de manera colectiva y con relación a los otros establecimientos, se obtiene información de índole regional y nacional. De esta manera se puede colaborar a comprender este fenómeno de exceso de cesáreas a nivel mundial.

CAPÍTULO II

PARTO CON INDICACIÓN DE CESÁREA PREVIA

La salud humana es un ámbito complejo porque comprende una multiplicidad de aspectos relacionados con la constitución física y mental de las personas. Su objetivo es claro, la vida saludable; no obstante, los medios que utiliza para lograrlo deben estar justificados en observaciones y juicios acerca del estado del paciente. De este modo, aquella persona que se encuentre enferma o convaleciente podrá iniciar un procedimiento orientado a su supervivencia, en caso su vida haya estado comprometida, o a su recuperación.

Aquellas observaciones y juicios conforman el diagnóstico del paciente. Este diagnóstico es progresivo, o sea, cuanta más información se recabe en el tiempo, mayor certeza se tendrá con respecto al estado del paciente. En las ciencias de la salud, esa información se compone de indicaciones médicas, que son razones válidas para emplear pruebas diagnósticas, iniciar procedimientos o actividades, aplicar técnicas operatorias o suministrar un medicamento específico. El uso de estas indicaciones es permanente en la labor médica. Sin ellas, no podría desenvolverse la relación médico-paciente.

En cuanto a los partos, los médicos obstetras identifican determinadas indicaciones cuando revisan a las pacientes gestantes; a partir de ellas, recomiendan, por ejemplo, una dieta con alimentos seleccionados, actividades o ejercicios para condicionar la resistencia del cuerpo cuando nazca el bebé, inclusive, para ordenar que la madre pase por una intervención de cesárea. En el presente capítulo, se abordará la razón médica conocida como *cesárea previa*. La importancia de esta indicación radica en la frecuencia con que es utilizada y, por ello, en que se la identifica como la causa principal de aumento de cesáreas en el mundo.

2.1 Definición

La cesárea previa es una indicación médica que alude o hace referencia al historial obstétrico de una paciente. Dicho historial se compone de una sola cesárea. Generalmente, los médicos obstetras la utilizan como un criterio definitivo para ordenar la realización de una nueva cesárea —la segunda cesárea de la paciente—. En ese sentido, es válido afirmar que esta indicación corresponde a una cesárea programada.

De acuerdo con Romero *et al.* (2022), la cesárea previa es un criterio obstétrico muy usado por los obstetras debido a que permite prevenir futuras rupturas uterinas y asfixias perinatales durante los partos maternos. Esas rupturas pueden ocurrir cuando la cicatriz producto de la cesárea anterior tiende a abrirse, de manera que permite el paso de fluidos —llamada también *perfusión tisular*— como la sangre a los exteriores del feto. Tal evento constituye una complicación fetal, pues le produce asfixia.

2.1.1 Situación histórica de la cesárea previa

La indicación de cesárea previa se debe a diversos factores. Uno de ellos ha sido la histerotomía vertical que se practicaba en la primera cesárea. Como es sabido, este tipo de incisión era practicado, desde la antigüedad, en el segmento superior del útero y tenía la finalidad de salvar solamente al feto. Si la madre se recuperaba de esta primera operación, su segundo parto no podía ser por parto vaginal normal porque la cicatriz de dicha incisión podía abrirse de manera brusca. En cambio, si dicha cicatriz era abierta para realizar la cesárea, con los cuidados que implica ello, la cesárea resultaba más eficaz y con menor riesgo.

Con el paso del tiempo, la cesárea con indicación de cesárea previa se volvió una práctica común, debido a la supuesta disminución de riesgo que implicaba. Esta creencia se hizo más plausible con el hecho de que los obstetras empezaron a practicar la incisión de cesárea en el segmento inferior del útero (transversal, vertical y en T), de modo que el índice

de mortalidad materno no aumentaba. En consecuencia, esta indicación fue rápidamente asociada a la disminución de riesgos maternos y perinatales (Manrique-Abril *et al.*, 2018).

2.1.2 Actualidad del uso de la cesárea previa

En la actualidad, la comunidad médica obstétrica pone en cuestión la relación histórica entre indicación de cesárea previa y disminución de riesgo materno-perinatal. Esta controversia se debe a que se han evidenciado la participación de más factores en la cicatrización de la incisión de la primera cesárea. En efecto, por mucho tiempo se ha supuesto que la reparación y curación de la herida uterina ocurre de manera óptima, al punto de que la madre no presenta complicación posparto alguna.

Las investigaciones recientes sostienen que no siempre sucede una curación al 100 % porque el estilo de vida de la madre influye en ese proceso. Al respecto, Rivas (2019) sostiene que la cicatrización de la herida de la cesárea se debe a los siguientes factores:

- Extensión excesiva de la incisión de la cesárea
- Cierre inadecuado de la herida
- Infecciones posteriores a la cesárea
- Hemorragias posteriores al parto
- Diabetes
- Alteraciones del colágeno

Con apoyo en esta evidencia, los médicos obstetras pueden inclinarse a ordenar una nueva cesárea con indicación de cesárea previa. Si no ha sanado la herida de la cesárea anterior, con mayor razón se debe practicar la cesárea, pues si ocurre un parto, estas complicaciones aumentarán los índices de morbilidad y mortalidad de la madre. Sin embargo, cabe destacar que todas estas complicaciones pueden evitarse desde un inicio si es que el estilo de vida de la madre se optimiza.

En efecto, la cicatrización deficiente es una complicación que puede ser evitada o, junto con sus consecuencias, subsanada si es que la madre gestante desde un inicio opta por seguir una orientación médica continua. Tal opción representa un cambio positivo porque permite que ella desarrolle mejoras a nivel químico y fisiológico que repercutirán significativamente en su salud y, por ende, en cada recuperación después de una operación.

Entonces, si la madre puede evitar estas complicaciones, es razonable que el médico que la asiste pueda poner en cuestión la indicación de cesárea previa: la herida cerró correctamente y ha desarrollado la disposición a tener un parto vaginal normal poscesárea. En ese sentido, Romero *et al.* (2022) sostienen que actualmente la *cesárea previa* no constituye un criterio médico definitivo. En todo caso, las justificaciones médicas que fundamentan el uso de dicho criterio son plausibles y admiten ser discutidas en la comunidad de obstetras.

Aun así, con la evidencia disponible, hay médicos obstetras que se muestran reacios a ordenar un parto vaginal poscesárea. Como se indicó anteriormente, la plausibilidad de este criterio puede ser válida, sobre todo, en un contexto en el que la conciencia social se encuentra distanciada de la educación médica (orientación profesional en salud) y, por tanto, no tenga internalizada una correcta cultura de vida saludable.

Olivares-Albornoz (2021) indica que también el uso común de la indicación de cesárea previa se debe a que la normativa médica considera el concepto médico *cesárea por solicitud materna*. El objetivo de usar este aparente criterio se limitó a designar el consentimiento de la paciente con respecto a la intervención que los médicos le deben realizar durante el parto y no antes. En otras palabras, este criterio es válido cuando se utiliza en una cesárea de urgencia o emergencia y no cuando la cesárea es electiva o programada.

En el caso de esta última, la cesárea por solicitud de la madre puede ser identificada como una causa del aumento de cesáreas en el mundo, lo cual traería problemas. En contraste

con ello, puede afirmarse que en una cesárea programada se necesita del consentimiento de la madre y, por tanto, sí constituye un criterio válido; sin embargo, cabe recordar que la cesárea se justifica a partir de las indicaciones que presenta la madre gestante, es decir, su estado físico, que no es lo mismo que su predisposición psicológica —acompañada con creencias— (Sarmiento, 2018). Efectivamente, el médico siempre va a dar mayor importancia a lo que es bueno para el paciente y a lo que el paciente cree que es bueno.

Al día de hoy, la cesárea previa es solo una indicación, entre muchas otras, que los médicos toman en cuenta para ordenar o una nueva cesárea o un parto vaginal normal poscesárea. Generalmente, la primera opción siempre es elegida porque, como indica Olivares-Albornoz (2021), el mismo personal médico no cuenta con los implementos necesarios para llevar a cabo la segunda opción; no puede atender eficazmente un parto vaginal poscesárea si es que no puede abordar la posibilidad de una ruptura uterina.

2.2 Características de las pacientes con cesárea previa

Toda orden médica debe sustentarse en las indicaciones que los profesionales de la salud identifican en los pacientes, más aún si dicha orden, una intervención operatoria, implica considerar el aumento de riesgo y comprometer su vida. En relación con la cesárea previa, cabe resaltar que esta es una indicación que puede ir acompañada con otras características, las cuales pueden constituir razones médicas más convincentes para realizar una cesárea. A continuación, se presenta dos tipos de características: las características obstétricas y las características sociodemográficas de las pacientes.

2.2.1 Características obstétricas

Las características obstétricas son aquellas que presenta la madre durante el embarazo, el parto y el puerperio (Basurto & Alcívar, 2020). Son observadas y analizadas por los médicos

obstetras, que deducirán las indicaciones que presenta la paciente y así poder recomendarles la operación de cesárea. A continuación, se señala las características obstétricas más comunes:

Tabla 2. *Características obstétricas más comunes en cesareadas*

	Características obstétricas
Período de gravidez o período gestacional	Cantidad de tiempo de desarrollo del feto al interior del útero materno (en semanas).
Partos vaginales antes de la cesárea	Historial de partos vaginales normales sin intervención quirúrgica de cesárea.
Período intergenésico	Período de tiempo entre un parto normal o un parto por cesárea y un nuevo embarazo.
Número de controles prenatales	Programas o protocolos con actividades sanitarias, controles y análisis regulares, para asegurar un embarazo saludable
Indicación de cesárea previa	Antecedente de haber tenido una cesárea antes del embarazo actual
Complicaciones de la cesárea anterior	Eventualidades que aparecieron durante el parto por cesárea anterior
Resultado del parto	<p>La calidad de este resultado presenta las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional • Calidad del líquido amniótico • Desgarro perineal • Índice de Apgar mínimo (7, 8 y 9) • Peso del recién nacido
Complicaciones del embarazo actual	<p>Signos alarmantes en la madre. Son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruptura prematura de las membranas • Hipertensión inducida por el embarazo • Anemia severa • Infección de la herida • Fiebre de origen indeterminado • Hipertensión crónica • Tuberculosis pulmonar, etc.
Indicaciones de la cesárea actual	<p>Estado de la madre antes del parto, que presenta las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrechez pélvica • Macrosomía fetal • Presentación podálica • Trabajo de parto disfuncional • Situación fetal (cefálica, pélvica, transversa, etc.)

	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo gemelar • Paridad y multiparidad • Desprendimiento prematuro de la placenta • Placenta previa • Distocia funicular
Indicación de cesárea en gestantes que fallaron la prueba de trabajo de parto	<p>Estado de la madre durante la progresión del parto, que presenta las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sufrimiento fetal • Trabajo de parto disfuncional • Macrosomía fetal • Segundo gemelar en transversa • Inminencia de ruptura uterina, etc.
Culminación del embarazo	<p>Modalidad del nacimiento del bebé. Hay tres tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aborto • Embarazo ectópico • Parto (normal o cesárea)

Nota. Tomado de Romero y Villcas (2021)

Las características obstétricas que puede presentar una paciente son de diverso tipo y subtipo. Esa multiplicidad de rasgos puede aparecer entramados de manera diversa y particular, según cada grupo o población. Del mismo modo, la ciencia médica tiene varias maneras de clasificarlas y ordenarlas. La Tabla 2 muestra las características más comunes que los médicos obstetras identifican en una madre que ha tenido una cesárea anterior.

2.2.2 Características sociodemográficas

Las características demográficas de las pacientes cesareadas son aquellas que describen su situación contextual, o sea, los aspectos que la describen como un individuo social. Es por ello que toman en cuenta la edad de la paciente o su estilo de vida. Aparentemente, estos rasgos se alejan de las consideraciones médicas que registran los médicos cuando realizan la prueba diagnóstica. Sin embargo, se encuentran íntimamente relacionadas con sus aspectos fisiológicos, de hecho, influyen en el desarrollo de la gestación y del feto (Góngora-Ávila *et al.*, 2022). A continuación, se mostrará las siguientes características sociodemográficas.

Tabla 3. *Características sociodemográficas más comunes en las cesareadas*

Características sociodemográficas	
Edad de la madre	<p>Cantidad de años que posee la paciente. En Perú, suele usarse la siguiente clasificación convencional:</p> <ul style="list-style-type: none">• Edad mínima (12 años)• Edad media (26 años)• Edad máxima (53 años) <p>También se utiliza una clasificación según el rango de edad:</p> <ul style="list-style-type: none">• ≤ 19 años• De 20 a 34 años• ≥ 35 años
Índice de masa corporal de la madre	<p>Cantidad de masa medida en kilogramos. Generalmente, presenta las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none">• Con sobrepeso• Con obesidad• Ni con obesidad ni con sobrepeso
Estatura de la madre	<p>Tamaño de la madre medido en metros. Para clasificar las características se utiliza como criterio a la estatura promedio de la mujer peruana, la cual oscila entre los 1.50 m.</p>
Grado de instrucción o escolaridad	<p>Formación educativa de la madre. Se consideran los siguientes niveles:</p> <ul style="list-style-type: none">• Analfabeta• Educación básica regular (primaria y secundaria)• Educación superior no universitaria• Educación superior universitaria
Estado civil	<p>Condición cívica en que se encuentra las pacientes. Se tienen las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none">• Soltera• Conviviente• Casada• Divorciada o viuda
Ocupación	<p>Sector en que labora la paciente o profesión ejercida por ella. Asimismo, también se toma en cuenta si trabaja de manera independiente o dependiente.</p>
Lugar de residencia	<p>Ubicación del domicilio de la paciente (urbana o rural)</p>
Altitud de la zona de residencia (msnm)	<p>Zona geográfica o región en donde está asentada la paciente.</p>

Región natural	<p>Lugar de origen de la paciente. En Perú, se consideran las siguientes regiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costa • Sierra • Selva
Nivel socioeconómico o índice de riqueza	<p>Grado de riqueza o ingresos de la paciente. Se tienen la siguiente clasificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy pobre o de extrema pobreza • Pobre • No pobre
Lugar de atención (privado o público)	<p>Establecimiento o centro de salud, que puede ser privado o público. En ese sentido, presenta la siguiente división:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posta médica • Hospital • Clínica

Nota. Adaptado de Alvez *et al.* (2017) y Barrena *et al.* (2020)

El contenido de la Tabla 3 muestra aspectos relacionados con las dimensiones de la paciente, la sociedad y la geografía, es decir, aspectos externos que la definen como un individuo que pertenece a una sociedad. En efecto, los pacientes provienen y se desenvuelven en un lugar y tiempo determinado, los cuales son registrados en la prueba diagnóstica. Esta última toma en cuenta estas características porque permiten deducir posibles factores que incidieron o inciden en el estado de la paciente cesareada.

De acuerdo con Alvez *et al.* (2017), las características sociodemográficas van de la mano con las características obstétricas. Ciertamente, ambas se correlacionan entre sí. Al respecto, estos autores evidencian la relación entre la macrosomía —una característica del feto— y los siguientes aspectos de la madre:

- Edad mayor a 35 años
- Obesidad
- Estatura materna elevada (más del promedio normal)

- Ingreso socioeconómico pobre y no pobre

A pesar de que a simple vista no se identifique una relación directa con la macrosomía, el diagnóstico brinda información relevante y útil para poder definir el estilo de vida de la madre. Si ella recurre al médico para tener una orientación familiar óptima, el profesional le recomendará actividades que consten de ejercicios que puedan contrarrestar los efectos no positivos de su estado actual (obesidad y sedentarismo).

Barrena *et al.* (2020) indican que las características sociodemográficas cobran importancia para la institución o centro de salud porque constituye información real sobre la situación actual de las pacientes. Efectivamente, los diagnósticos que se realizan son indicadores de lo que la población presenta a nivel regional y nacional. Con esta data, la institución puede diseñar un plan general y homogéneo dirigido a su población.

2.3 Consecuencias del antecedente *cesárea previa*

La indicación de cesárea previa es un criterio que los médicos utilizan para realizar una prueba de diagnóstico y ordenar un nuevo parto por cesárea. De ahí el nombre que adopta esta nueva intervención quirúrgica: *cesárea con indicación de cesárea previa* o *cesárea con antecedente de cesárea previa*. En ese sentido, se afirma que una consecuencia del uso de esta indicación es la programación de una nueva cesárea para una paciente gestante. De acuerdo con Ybaseta-Medina (2020), esta indicación se justifica en la pretensión médica de evitar una ruptura uterina por trabajo de parto inducido.

La pretensión de disminuir tal riesgo corresponde a un punto de vista preventivo del parto por cesárea. Esta actitud preventiva adquiere mayor validez cuando el contexto en que se desenvuelven tanto la paciente como el médico no tiene la calidad esperada para evitar una nueva cesárea y optar por un parto vaginal normal. De hecho, los centros de salud que carecen

de estos requisitos de calidad presentan un alto número de pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa e, incluso, con indicación de cesárea iterativa.

Mendoza-Vilcahuaman *et al.* (2022) acotan que otra consecuencia —o consecuencias— del uso de la cesárea previa y, por tanto, de las órdenes de nueva cesárea es el aumento de complicaciones maternas y perinatales. Básicamente, el riesgo consiste en la exposición a la que es sometida la madre cuando se reabre la cicatriz de la cesárea anterior. Y si esta práctica se vuelve frecuente, o sea, se vuelve una cesárea iterativa, su morbilidad también aumenta. Es por ello que las investigaciones han sugerido correlacionar, como variables, el número de intervenciones de cesárea y el índice de morbilidad.

Un estudio realizado en Estados Unidos evidenció que las complicaciones que presentaron las pacientes al momento del parto fueron lesiones en el intestino y en la vesícula (Vázquez-Rodríguez *et al.*, 2021). Tal situación provocó que el tiempo de la cirugía se extendiera, al punto de que las madres usaron un respirador. Con el tiempo, los signos de riesgo fueron homogenizándose, de modo que se empezó a relacionar el número de cesáreas previas con el aumento de complicaciones. Por ejemplo, la infección de la herida uterina y la placenta previa son más riesgosas en la primera cesárea, pero, a medida que hay más, aparecen riesgos por transfusión, histerectomía y placenta acreta.

La relación entre el incremento de complicaciones y la frecuencia de la cesárea previa fue la razón para cuestionar la validez de esta indicación. La controversia generada tomó en cuenta todas las consecuencias que produce su utilización en el diagnóstico. Además, contempló alternativas médicas que no supusieran altos índices de riesgo. Sin embargo, es inevitable que los casos reportados no contengan complicaciones.

Por ejemplo, Pradillo *et al.* (2021) atienden tres casos de embarazo ectópico con antecedente de cesárea previa. Este tipo de embarazo ocurre cuando el feto se desarrolla en el

istmocele. Debido a que se trata de un defecto de la cicatriz uterina, debe ser necesariamente reabierto por histerotomía, pues si no, la paciente que realice trabajo de parto, así, está expuesta a la rotura uterina o, más grave aún, a la pérdida de la fertilidad. Evidentemente, en este caso, el punto de vista preventivo justifica la cesárea, pues si la mujer que posee ese tipo de embarazo tiene un parto normal, su morbilidad y mortalidad se incrementan.

2.3.1 Diagnóstico incompleto

Las consecuencias anteriores se deben al uso de la cesárea previa como criterio. Como se indicó antes, este uso se justifica si y solo si las características obstétricas de la paciente indican al médico una complicación durante el parto. Él es quien observa y analiza sus características, por lo que él mismo tiene la responsabilidad de la calidad de la prueba diagnóstica. Por eso, los profesionales de la salud deben tener mucho cuidado al momento de sugerir, prescribir y ordenar.

Ese profesionalismo puede verse comprometido por varios factores. Faleiros & Oliveira (2019) indican que los médicos tienden a desarrollar cuadros de estrés y agotamiento debido al ritmo del trabajo. La principal consecuencia de ello es la posibilidad de incurrir en errores médicos que pueden comprometer la salud de sus pacientes.

A ello se suman las características del contexto en que se desenvuelven las consultas y las asistencias. Si un médico es consciente de estas limitaciones, evidentemente adoptará una actitud o punto de vista preventivo al momento de evaluar operaciones complicadas tales como un trabajo de parto con antecedente de cesárea previa.

Al respecto, Romero *et al.* (2022) indican que los médicos intentan prevenir una ruptura uterina y una asfixia perinatal durante un parto normal. Estas complicaciones son comunes en partos vaginales normales de pacientes que poseen en su historial una o más cesáreas. Cabe resaltar que ocurren siempre y cuando la cicatrización de la herida por histerotomía es

defectuosa. Si no es así y, además, el contexto es propicio para poder realizar eficazmente dicha operación, el uso de la indicación de cesárea previa no sería más que una indicación discutible que, inclusive, podría catalogarse como error médico.

Los errores médicos son faltas u omisiones en las pruebas diagnósticas que repercuten en la salud de pacientes (Grunfeld, 2018). No se trata necesariamente de negligencia, sino de falta de información. En efecto, cuanta menos información se tenga de un paciente, habrá más dificultades para prescribir o recomendar alternativas para su salud.

En el caso de las cesáreas previas, un error de este tipo consiste en obviar el análisis de la cicatriz de la cesárea anterior por el simple hecho de que dicho antecedente es suficiente para ordenar una nueva intervención quirúrgica. Por tanto, se omite un examen que tiene por objetivo determinar si habría ruptura uterina en un posible trabajo de parto inducido. Así pues, se cancela la posibilidad de proponer alternativas como el parto vaginal normal.

En general, dichas alternativas se cancelan por varias razones. Una de ellas es que no todos los centros de salud poseen los implementos necesarios para realizar el diagnóstico requerido. Entonces, es justificable que la *cesárea previa* sea una indicación válida, a pesar de que la mayoría de pacientes cesareadas sean inducidas a riesgos. Dado que se trata de una población considerable que recibe este diagnóstico, se trata de un problema de índole social que se ve reforzado por las condiciones materiales de los establecimientos y por la actitud preventiva de los médicos.

2.3.2 Aumento del número de cesáreas y de los costos médicos

El fenómeno del incremento de cesáreas a nivel mundial es el resultado del empleo constante y consuetudinario, en la práctica médica, de la indicación de cesárea previa. Como se indicó anteriormente, dicha utilización está justificada en razones médicas, las cuales pueden tener mayor certeza si se utilizan implementos adecuados con los que se puede conocer más el

estado materno y, lo más importante, permitir la posibilidad de que haya otra alternativa a la programación de una nueva cesárea.

En regiones como Latinoamérica, tales implementos o son insuficientes o no son utilizados por sus resultados aparentemente obvios. Por estos motivos, la cantidad de cesáreas anuales aumenta progresivamente en los países que la conforman. De hecho, Según Pardina *et al.* (2022), en las últimas tres décadas el aumento de las cesáreas ha sido excesivo: ha sobrepasado los límites establecidos por la OMS (10 y 15 % de la población). Esto constituye una realidad problemática en el sentido de que se muestra una relación directa entre el aumento morbilidad y mortalidad materno-perinatales y el uso normal de la cesárea previa.

Si las limitaciones de información y presupuesto se mantienen, este fenómeno presentará un impacto cada vez mayor. Grunfeld (2018) indica que los diagnósticos limitados de información desencadenan secuelas y discapacidades que inciden de manera directa o indirecta en el individuo, la familia y la sociedad. Por lo que deben proponerse protocolos de disminución de riesgos.

Tanto la implementación de técnicas y tecnología médica como dichos protocolos implican asignaciones de presupuesto. Justamente, esta es la otra variable relacionada con el aumento de las cesáreas por indicación de cesárea previa, el aumento de costos médicos. Ortiz *et al.* (2019) indican que estos costos permiten que las pacientes tengan acceso equitativo a una atención materno-perinatal de calidad.

De hecho, estos autores sostienen que el costo de 100 000 cesáreas equivale a unos 75 millones de dólares, más o menos una cesárea por 750 dólares americanos. En cuanto a los países latinoamericanos, representa un alto costo para sus ciudadanos que en su mayoría no pueden solventar esos gastos de manera particular, por lo que recurren al sector público, el cual no siempre ofrece una atención de calidad.

Los partos por cesárea, en efecto, son muy costosos, por lo que, si no son necesarios, deberá evitarse su aplicación, pues generan déficit económico en el Estado al ser realizado en hospitales del Ministerio de Salud y en EsSalud; asimismo, los médicos deben determinar a partir del diagnóstico en cesárea previa, si el parto puede ser vaginal o, necesariamente, por cesárea para evitar gastos adicionales. En otros términos, es fundamental evaluar si las cesáreas con indicación pueden terminar en parto vaginal a fin de contribuir con la reducción del gasto público en EsSalud y Minsa cuando se realizan cesáreas de forma innecesaria.

CAPÍTULO III

PARTO VAGINAL DE PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA

El impacto del fenómeno del aumento de cesáreas en el mundo generó en la comunidad médica la disposición a investigar los aspectos que lo caracterizan, el grado de influencia de los factores que lo provocan y las soluciones que podrían contrarrestarlo. La complejidad que caracteriza esta realidad problemática ha podido ser abordada con diversos métodos, con los que se determinó que un factor importante es el uso excesivo de la indicación de cesárea previa en el diagnóstico de madres gestantes.

Los estudios que continuaron confirmando dicha conclusión optaron por ofrecer alternativas de solución. Una de estas alternativas debía estar correlacionada con la disminución de la alta tasa de cesáreas. La opción más viable fue que las madres con antecedente de cesárea previa ya no sean cesareadas, sino que puedan desarrollar la disposición a poder tener un trabajo de parto vaginal, lo que en la terminología médica se ha denominado *parto vaginal con antecedente de cesárea previa* o *parto vaginal después de una cesárea*.

Esta opción obstétrica ha sido objeto de investigaciones en los últimos años, debido a los éxitos que ha presentado, pero también debido a las complicaciones que aparecieron en su desarrollo durante el trabajo de parto. Es por ello que requiere de investigaciones más profundas y pruebas más cuidadosas.

Al respecto, el presente capítulo aborda las características del parto vaginal después de una cesárea o *PVDC*. Contiene los siguientes tres puntos: los aspectos generales del PVDC, las

condiciones que se requieren para que este procedimiento alcance el éxito y los factores que la rodean, entre los que se encuentran los riesgos, las complicaciones y los cuidados.

3.1 Aspectos generales del PVDC

El parto vaginal después de una cesárea (PVDC) consiste en una modalidad de parto que consiste en realizar el trabajo de parto normal a pesar de que la paciente gestante que posee el antecedente de cesárea previa. Usualmente, este antecedente ha sido una indicación para ordenar una nueva intervención de cesárea, esto es, sin el trabajo de parto. Por esta razón, el PVDC es considerado como una alternativa distinta a la cesárea.

Ybaseta-Soto *et al.* (2020) sostienen que las investigaciones actuales en distintos continentes han confirmado que el PVDC ha alcanzado resultados positivos, pero con la observación de que hay condiciones materiales y factores obstétricos favorables que permiten un trabajo de parto sin dificultades ni complicaciones. Esto significa que las pacientes no son expuestas a altos índices de riesgo como sucede con la cesárea.

El PVDC no incluye ninguna intervención quirúrgica, por lo que no hay riesgo de hemorragias de herida. Además, como un parto vaginal normal, el período de puerperio es más corto, pues el proceso de alumbramiento consiste únicamente en contracciones del útero. En ese sentido, la recuperación posparto de la madre es más rápida que la recuperación de una paciente cesareada (Ybaseta-Soto *et al.*, 2020).

Un aspecto que debe considerarse es la diferencia entre el trabajo de parto en el PVDC y el trabajo de parto normal o rutinario. Esta consiste en el control de asistencia médica continua que el médico recomienda a la paciente. Cabe recordar que una cesárea deja una herida cicatrizada que debe ser examinada con el fin de descartar la posibilidad de que haya cerrado de manera defectuosa. Si es así, entonces no puede haber indicación de PVDC: se identifica riesgo de ruptura uterina.

Por esta última razón, el PVDC es considerado entre la comunidad médica como una alternativa arriesgada que puede comprometer la salud de la madre y del feto. Sin embargo, como se dijo anteriormente, hay estudios que afirman que ha funcionado correctamente. Según Hernández *et al.* (2017), las probabilidades de alcanzar el éxito ascienden al rango de 72-76 %, inclusive se ha visto un porcentaje de 85-90 % cuando las condiciones son favorables. Los anteriores autores señalan los siguientes:

- Edad materna menor a 40 años
- Índice de masa corporal menor a 30
- Edad gestacional menor a 40 semanas
- Peso del bebé menor a 4 kg
- Inicio espontáneo del parto durante el PVDC

Estos puntos son los más comunes en el PVDC y pueden presentarse de manera simultánea o no. De igual modo, los médicos obstetras deben estar pendientes de las complicaciones que pudieran aparecer, lo que significa que deben verificar en todo momento que no haya riesgo de ruptura uterina. Por tanto, se trata de un procedimiento con grandes expectativas de ausencia de errores médicos u omisiones.

Una consecuencia que se desprende de los aspectos del PVDC es la posibilidad de condicionar el cuerpo materno para más embarazos en el futuro y, ciertamente, para tener trabajo de parto normal, sin complicaciones obstétricas de alto riesgo como aquellas relacionadas con el estado de la placenta. Estos beneficios traen consigo la alta probabilidad de evitar el uso de la indicación de cesárea previa como criterio para ordenar nuevas cesáreas, lo que a su vez tiene un beneficio a nivel social y médico: la reducción de la cantidad anual de cesáreas en la población de cada centro de salud.

El éxito del PVDC precisa de las condiciones obstétricas de las condiciones materiales del hospital. Guerrero-Patiño *et al.* (2019) sostienen que un factor importante es el uso de determinados medicamentos como la oxitocina intravenosa más la aplicación de una sonda Foley transcervical para inducir correctamente al trabajo de parto sin que aumenten los índices de mortalidad y morbilidad materno-perinatales. Este ejemplo confirma que dicha alternativa puede ser realizada a pesar de que exista un temor generalizado en la comunidad médica.

3.2 Condiciones de la paciente de PVDC

Un parto vaginal se puede denominar *exitoso* cuando la paciente ha dado a luz un bebé sano, sin complicaciones o con la cantidad mínima de complicaciones durante el proceso. Estas circunstancias pueden ocurrir cuando las condiciones que rodean a la paciente y al médico son idóneas, es decir, adecuadas para la asistencia obstétrica. El caso del PVDC es particular porque reúne una serie de condiciones para poder ser realizado con un porcentaje mínimo de morbilidad y mortalidad materno-perinatales. A continuación, se señalan las siguientes.

Tabla 4. *Condiciones de un PVDC exitoso*

Condición	Aspectos generales
Incisión uterina previa	<p>Esta condición hace referencia a los tipos de incisión que realizan los médicos obstetras en una cesárea. Constituye la principal condición obstétrica para recomendar una prueba de trabajo de parto. En los siguientes puntos se señala cuáles son los tipos más usuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La histerotomía transversal en el segmento inferior del útero. • La incisión vertical en el segmento superior del útero o más conocida como <i>incisión clásica</i>. <p>La primera es la más segura porque implica el menor riesgo durante el PVDC, pues este corte tiene pocas probabilidades de provocar una dehiscencia sintomática. En contraparte, la segunda sí implica el mayor riesgo durante el PVDC, pues posee mayor probabilidad de permitir una ruptura uterina.</p>
Cierre de la incisión previa	<p>Esta condición consiste en las suturas de las incisiones de cesárea. Generalmente, los médicos obstetras realizan una sutura en dos capas, para prevenir rupturas posteriores. Si se realiza en una capa, el riesgo que aparece es la dehiscencia uterina y, además, el riesgo cuatro veces mayor de que el útero sufra una ruptura a que si la sutura tiene dos capas. De acuerdo con el</p>

	<p>ítem anterior, el cierre de incisión más efectivo será aquel cuya sutura se realizó en un corte transversal inferior.</p>
Imágenes de la incisión previa	<p>Esta condición hace referencia a la medida ecográfica de las incisiones previas. Aquello que mide es el espesor segmento uterino, o sea, la distancia entre el líquido amniótico y la vejiga (2.0 a 3.5 mm). Así pues, cuanto más estrecho es el espesor, habrá mayor probabilidad de ruptura uterina. En ese sentido, la medida ecográfica sirve para pronosticar riesgos de ruptura durante el PVDC.</p>
Número de cesáreas previas	<p>Esta condición consiste en la relación entre el número de cesáreas previas y el índice de ruptura uterina. En la actualidad existe la creencia de que el número de cesáreas influye en dicho índice, pero esto es cierto hasta cierto punto (tres o más cesáreas). Si en caso hay una cesárea o dos cesáreas anteriores, puede haber PVDC, teniendo en cuenta otras condiciones.</p>
Ruptura uterina previa	<p>Esta condición es clave si se contempla la posibilidad de realizar un PVDC. La probabilidad de una ulterior ruptura uterina es mayor si la madre ha sufrido una anteriormente. Claramente, esta condición se encuentra relacionada con el tipo de incisión. Se ha determinado que las incisiones clásicas y en forma de T son las que implican un mayor riesgo.</p>
Intervalo entre los partos	<p>Esta condición consiste en el tiempo que transcurre entre un parto y otro. En este rango suceden la involución uterina y el restablecimiento de la anatomía materna, los cuales demoran unos seis meses. Después de ello, la mujer puede quedar embarazada nuevamente. Los estudios actuales han establecido los siguientes intervalos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor o igual a 18 meses • Mayor a 18 meses <p>Evidentemente, si el intervalo es menor, hay riesgo de ruptura uterina. De hecho, los médicos obstetras identifican que este es tres veces mayor a los intervalos que son mayores de 18 meses.</p>
Parto vaginal previo	<p>Esta condición es favorable para un PVDC porque incrementa la probabilidad de que la paciente pueda tener un parto vaginal con trabajo de parto, ya sea espontáneo o inducido. Además, el hecho de que fuera antes o después de una cesárea no implica impedimento para el PVDC.</p>
Indicación para trabajo de parto con una cesárea previa	<p>Esta condición consiste en que las indicaciones no recurrentes que la madre presenta antes del PVDC. Se tienen los siguientes porcentajes de éxito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90 % en pacientes con presentación pélvica • 80 % en pacientes con complicaciones en su cesárea • 60 % en pacientes con cesáreas por interrupción del trabajo de parto. <p>A pesar de la presencia de estas complicaciones durante un parto anterior, las pacientes que las presentaron pueden pasar por un PVDC.</p>

Tamaño del feto	Esta condición consiste en la relación inversamente proporcional del tamaño del feto con el éxito de la prueba de trabajo de parto. A veces, suele considerarse junto con el peso fetal (mayor o menor a 4 kg). Si el feto es de menor tamaño, el PVDC es menos dificultoso. Inclusive, si el feto es prematuro, el índice de éxito aumenta.
Embarazo múltiple	Esta condición consiste en la cantidad de fetos que una madre puede tener en su útero. Generalmente, se ha asociado que el número de fetos es importante para pronosticar una nueva cesárea; sin embargo, los estudios han cuestionado este pronóstico por el hecho de que el embarazo gemelar, por ejemplo, no implica un riesgo mayor. A ello se suma el tipo de incisión: si tiene una histerotomía transversal, se opta por el PVDC.
Obesidad materna	Esta condición hace referencia a la relación entre la obesidad de la paciente y el índice de éxito del PVDC. En este caso, los estudios han confirmado que una mayor obesidad implica un índice de éxito bajo.
Muerte fetal	Esta condición refiere al historial de muerte fetal previa durante el parto por cesárea. Esta complicación sucede cuando la paciente gestante presenta una alta morbilidad, la cual afecta al feto. Si la paciente presenta ese riesgo la opción es la realización del PVDC. De hecho, debe tener en cuenta las condiciones anteriores.

Nota. Adaptado de Cunningham *et al.* (2015)

Las pacientes gestantes que reúnan las condiciones mostradas en la Tabla 4 podrán ser candidatas óptimas para tener un PVDC. Madar *et al.* (2017) sostienen que el éxito de este proceso depende, en gran medida, de los datos obstétricos que puedan obtenerse de la observación de la paciente. Estos deben ser comparados con los estándares y, de ese modo, planificar un correcto PVDC.

3.3 Riesgos y complicaciones del PVDC

Los riesgos del PVDC son variados y se encuentran relacionados con complicaciones poscesárea. El hecho de que la paciente posea uno o más antecedentes de cesárea previa sirve como indicación para prevenir un trabajo de parto espontáneo o inducido debido a los riesgos que presentaría al momento de la dilatación del útero. Hidalgo-Lopezosa & Hidalgo-Maestre (2017) señalan que esto se debe a la cicatriz dejada por la incisión de la cesárea. De hecho, es

el riesgo más común que han identificado los estudios. Por ello, se evidencia una actitud preventiva con respecto a la realización del PVDC.

Ybaseta-Soto *et al.* (2020) indican que esta actitud preventiva está arraigada a los médicos obstetras debido a que en sus centros de salud no cuentan con planes que uniformicen la cantidad de riesgos del PVDC. Por lo tanto, no pueden dilucidar qué es lo mejor para la paciente. A ello se suma la ausencia de equipamiento, sin el que no se puede determinar con certeza médica si esta alternativa es viable o no. Generalmente, el riesgo de ruptura uterina es un riesgo que impacta en gran medida en la morbilidad y mortalidad materno-perinatal, por lo que debe ser evitado a toda costa.

De acuerdo con Hidalgo-Lopezosa & Hidalgo-Maestre (2017), las incisiones clásicas y las incisiones en forma de T constituyen contraindicaciones para realizar un PVDC pues el modo en que se ha entramado la cicatriz es endeble ante un trabajo de parto. De ahí que las mujeres que poseen una corte transversal en el segmento uterino inferior son las mejores candidatas para un PVDC, pues la herida, en su momento, no ha comprometido la solidez muscular del cuerpo uterino.

De acuerdo con Kingdom *et al.* (2020), el corte transversal en el fórnix uterino inferior se realiza cuando se ha detectado un embarazo ectópico que llevó a los médicos obstetras a ordenar una cesárea. Si la paciente que ha pasado por este procedimiento, o sea, que tiene un antecedente de cesárea previa, quiere evitar esta opción y tener un PVDC, tendrá que recurrir a un tratamiento especial que pueda acondicionar su fisionomía a las condiciones necesarias para un parto de este tipo. No necesariamente puede ser efectivo, depende del desarrollo obstétrico de la paciente en cuestión.

A ello se suma el hecho de que, además de las cesáreas, las pacientes hayan sido sometidas a otro tipo de cirugías uterinas tales como la extirpación de fibromas, histerectomía

radical, cervicectomía, la disección de los ganglios linfáticos pélvicos, entre otros (Gárate *et al.*, 2019). En efecto, si la paciente ha pasado por estas intervenciones quirúrgicas, entonces no se le recomienda pasar por un PVDC, debido a la reapertura de las cicatrices de aquellas operaciones, o sea, por ruptura uterina.

Madar *et al.* (2017) acotan que los riesgos también aparecen en el tipo de cesárea realizada. De hecho, se presenta mayor riesgo cuando la cesárea es de emergencia o de urgencia, la cual puede ser producida por los siguientes factores:

- Heridas quirúrgicas
- Complicaciones hemorrágicas
- Infecciones en el lugar de intervención quirúrgica
- Útero cicatricial
- Obesidad materna
- Incontinencia anal
- Incontinencia urinaria
- Prolapso
- Trastornos sexuales
- Dolores pélvicos crónicos
- Complicaciones en la pared uterina

Cada uno de los anteriores puntos es una indicación materna que, a efectos del trabajo de parto, constituye una contraindicación para el PVDC. En efecto, la observación médica y las evaluaciones posteriores pueden verificar si es o no procedente. Es más, si aun así los médicos obstetras la programan, la probabilidad de aparición de riesgos durante el trabajo de parto se acrecienta. Es por ello que se afirma que una orden de este tipo, que obvia las

contraindicaciones, compromete la morbilidad y mortalidad de la paciente encinta, tanto durante el parto como durante el puerperio.

Hay riesgos perinatales que también son contraindicaciones para la realización de un PVDC. Por ejemplo, los problemas relacionados con la placenta y con la posición anómala del feto. Ortiz *et al.* (2019) señalan los dos riesgos placentarios más comunes. El primero es la placenta previa, que consiste en la obstrucción parcial o total de la abertura uterina por el órgano de la placenta. Y el segundo es la adherencia profunda de la placenta a las paredes uterinas, la cual, después del parto, permanece en el útero.

La figura anterior muestra la obstrucción generada por la indicación de placenta previa. Ortiz *et al.* (2019) sostienen que esta contraindicación tiene una estrecha relación con el riesgo de hemorragia uterina, la cual se hace más mortal cuando el tiempo del PVDC se prolonga. Esta y otras complicaciones que involucren hemorragias pueden dañar tanto a la madre como al bebé que se encuentra por nacer. Si sucede, la mejor opción obstétrica no sería el PVDC, sino una nueva cesárea que, de igual manera, acarreará más riesgo materno-perinatal.

3.4 Cuidados del PVDC

Una paciente embarazada que posee antecedente de cesárea previa tiene tres opciones de parto: una cesárea por indicación de cesárea previa, una cesárea iterativa y un parto vaginal normal posterior a una cesárea. Como es sabido, las dos primeras incluyen más riesgos que la tercera, el PVDC, a pesar de que la mujer posee la cicatriz de su primera cesárea. La diferencia estriba en el cuidado o cuidados especiales que esta última implica.

Los cuidados de un PVDC empiezan con las indicaciones materno-perinatales, porque justifican el proceso, y la disposición de la paciente a realizarlo, porque le exige seguir un tratamiento o cuidado especial. Estos dos requisitos son importantes tanto si ella ha tenido atención obstétrica desde el inicio como desde el fin del desarrollo de su embarazo, aunque hay

más probabilidad de éxito cuando la madre ha condicionado su cuerpo —de manera responsable— desde el inicio de su período intergenésico.

Por consecuencia, estos cuidados apuntan a garantizar el estado óptimo de la paciente embarazada que desea tener un PVDC o, dicho en otros términos, promueven la condición óptima de sus características obstétricas y sociodemográficas (Ybaseta-Soto *et al.*, 2020). Son estrictos porque las indicaciones que se deriven de estas características comprometerán la constitución muscular del útero. De hecho, se sirve de aquellas indicaciones para fijar los lugares que requieren más cuidado que otros.

De este modo, los cuidados mantienen un desarrollo obstétrico óptimo que termina en un exitoso PVDC. Si desde un inicio hay contraindicaciones, el mejor cuidado para la paciente será optar por una nueva cesárea y, con ese antecedente, se puede tener mayor consciencia para prepararla para un posible PVDC. Al respecto, los que administran o gestionan tales cuidados han propuesto el uso de modelos predictivos para este proceso. Pan *et al.* (2018) señalan los siguientes modelos predictivos:

- Modelo de Grobman
- Modelo de Troyer y Parisi
- Modelo de Schoorel
- Modelo de Flamm
- Modelo de Gonen
- Modelo de Weinstain
- Modelo de Smith

Cada uno de estos modelos presenta un porcentaje estándar para calificar a una paciente obstétrica como candidata para un PVDC. Su función consiste en calcular la probabilidad de

éxito del proceso. Asimismo, su utilidad se fundamenta en que las mediciones permiten determinar si el proceso es viable en la paciente o no es viable.

Las mujeres embarazadas que se alejen de ese estándar, a pesar de poseer una condición saludable, tendrán menos probabilidad de éxito o, en todo caso, no podrán realizarlo. En ese sentido, los cuidados del PVDC no son para todas las pacientes que deseen tener un PVDC, sino solo para aquellas que, además de desearlo, se encuentran dentro del rango del puntaje.

Las pacientes calificadas para tener un PVDC de todos modos necesitan estar bajo un tratamiento y cuidados constantes debido a su misma condición de paciente obstétrica. Si bien ya es una candidata para este proceso, no puede alejarse de la atención médica o tener algún descuido que comprometa su condición. En pocas palabras, una paciente calificada para este proceso de parto debe prepararse a fin de que no presente complicaciones.

Por ello, los médicos obstetras establecen los cuidados con base en los antecedentes médicos de paciente de PVDC. Si la atención que brindan es requerida por ella de manera constante, ellos deben registrar la información de su estado actual y evaluar algunas indicaciones que pudiesen identificar. Así pues, el norte de los cuidados del PVDC es asegurar su éxito a través del cuidado materno. En la Tabla 5 se ofrecen algunos ejemplos de cuidados obstétricos para el PVDC.

Tabla 5. *Cuidados obstétricos para asegurar un exitoso PVDC*

Instituciones internacionales	Cuidados
Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos	<p>Se ofrece a la mayoría de las mujeres con una incisión transversal inferior previa; se considera para dos incisiones transversales inferiores previas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento: • Instalaciones:

	<p>Es más segura si es posible realizar una cesárea de inmediato; se debe permitir que la paciente acepte que existe mayor riesgo cuando no está disponible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otros: <p>No está contraindicada por: gemelos, macrosomía, incisión vertical inferior previa o de tipo desconocido</p>
<p>Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento: <p>Se ofrece a mujeres con una cesárea transversal inferior previa; con >1 cesárea previa el parto vaginal después de una cesárea probablemente será satisfactorio, pero con mayor riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones: <p>El parto se debe realizar en un hospital donde se pueda realizar una cesárea de urgencia; intervalo aproximado de 30 min</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otros: <p>Es segura la inducción con oxitocina o sonda de Foley, pero no se deben usar prostaglandinas; la macrosomía, diabetes, embarazo de postérmino y los gemelos no son contraindicaciones</p>
<p>Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento: <p>Discutir la opción del PVDC en la mujer que tiene una cesárea previa en el segmento inferior; la decisión debe ser tomada entre el obstetra y la paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones: <p>Se puede llevar a cabo en una sala de partos con cuidados y monitoreo continuo; debe estar equipado para realizar una cesárea de urgencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otros: <p>Cautela con gemelos y macrosomía</p>

Nota. Tomado de Cunningham *et al.* (2015)

Las instituciones indicadas en la Tabla 5 recomiendan seguir estos cuidados a fin de que el PVDC sea exitoso. De acuerdo con su visión, el monitoreo continuo es un requisito porque prepara a los médicos, les permite estar a la expectativa de la aparición de riesgos. Por esta razón, se recomienda que los cuidados tienen que realizarse con un tiempo de antelación considerable, que puede ser desde el inicio del período intergenésico incluso, ya que esto permite que la madre cesareada sepa que una intervención quirúrgica puede arriesgar su vida

y la de su bebé a pesar de que se trate de una alternativa que busca agilizar la labor de parto y salvar al bebé de complicaciones en él.

En la actualidad, el cuidado más conocido es recomendado por Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Esta institución, en particular, destaca la importancia de sugerir el PVDC desde un inicio a través del servicio de asesoría médica. La intención es preparar psicológicamente a la paciente cesareada para que, en un futuro, cuando nuevamente esté embarazada, voluntariamente pueda acudir a un médico obstetra para que determine si es o no es una candidata para PVDC. A continuación, se expone dicho protocolo.

Tabla 6. *Protocolo de cuidado Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos*

Educación y asesoramiento
<ul style="list-style-type: none"> • Antes de la concepción • Proporcionar a la paciente prenatal información • Diseñar un plan preliminar • Consultas cuando menos cada trimestre • Disponibilidad de modificar la decisión • Contar con instalaciones disponibles
Valoración de riesgo
<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la nota quirúrgica previa • Revisar las contraindicaciones relativas y absolutas • Considerar de nuevo los riesgos conforme el embarazo avanza • Cuidado con más de una cesárea transversal previa, incisión desconocida, gemelos y macrosomía fetal
Parto y trabajo de parto
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado con la inducción, cuello uterino desfavorable, estación superior • Contemplar la posibilidad de ruptura artificial de membranas • Evitar prostaglandinas • En cuanto a oxitocina, saber cuándo suspenderla • Cuidado con un avance anormal del trabajo de parto • Cuidado con las anomalías en el patrón del monitoreo fetal electrónico • Saber cuándo abandonar la prueba de trabajo de parto

Nota. Adaptado de Cunningham *et al.* (2015)

La Tabla 6 muestra un plan articulado en tres fases: el asesoramiento para la paciente, la valoración de sus riesgos y el trabajo de parto durante el PVDC. Contempla, a su vez, las fases del desarrollo obstétrico (embarazo, parto y puerperio), puesto que una paciente de PVDC pasa por ellos con la diferencia que se encuentra con la cicatriz de la incisión. Justamente, para que sea efectivo este cuidado, la madre debe recuperarse de cualquier complicación anterior; pero también acceder a una atención médica de calidad.

Esta última resulta una condición muy importante porque desde ella se planifican los mencionados protocolos de cuidado PVDC. Asimismo, se encuentra gestionada por un personal médico-obstetra que interactúa con la paciente. También hace referencia al equipamiento adecuado usado para atender a las candidatas para este proceso. Si esta atención no es suficiente, el trabajo de parto puede tener complicaciones, de modo que el riesgo materno-perinatal aumenta.

En síntesis, los cuidados del PVDC buscan que sea exitoso, pero para lograrlo requieren de medios de índole médico-investigativa. Además, necesita de evidencia científica actualizada porque se trata de un proceso que, a pesar de ser practicado desde hace unos veinte años aproximadamente, aún no constituye un proceso generalizado entre la comunidad obstétrica. Esta situación se debe a que la tasa de cesáreas en el mundo sigue siendo alta. Por esta razón, se debe investigar más este proceso con el fin de ampliar el rango de éxito y difundir su práctica como opción a nuevas cesáreas.

CAPÍTULO IV

CARACTERIZACIÓN DE CESAREADAS PREVIAS

ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL

DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL “JULIO

CÉSAR DEMARINI CARO” DE CHANCHAMAYO,

DURANTE LOS AÑOS 2020 Y 2021

La cesárea es una alternativa recomendable cuando se detectan complicaciones en los partos vaginales. Facilita el alumbramiento y acelera el tiempo de expulsión del neonato; sin embargo, acarrea dificultades que comprometen el bienestar del bebé y de la madre, cuyo riesgo es mayor si ha tenido cesáreas anteriormente. A fin de reducir considerablemente la morbilidad y mortalidad de ambos, se necesita tomar decisiones justificadas en conocimientos y observaciones minuciosas.

En concordancia con ello, la presente investigación atendió y describió la realidad problemática de las pacientes cesareadas con antecedente de cesárea previa intervenidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de la provincia de Chanchamayo, departamento de Junín, desde enero de 2020 hasta junio de 2021. Con los resultados y conclusiones alcanzadas, se busca contribuir a la comunidad de profesionales obstetras que se encargan de cuidar la salud materno-perinatal de las mujeres que se atienden en dicha institución.

4.1. Objetivo general

- Determinar las características de las pacientes cesareadas con antecedente de cesárea previa atendidas en el hospital Regional de Medicina “Tropical Julio César Demarini” Caro de Chanchamayo, durante los años 2020 y 2021.

4.2 Objetivos específicos

- Describir la frecuencia de las cesáreas previas que fueron indicaciones para atender cesáreas en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo, durante los años 2020 y 2021.
- Describir las indicaciones secundarias de las pacientes cesareadas con antecedente de cesárea previa atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo, durante los años 2020 y 2021.
- Describir las características sociodemográficas de las pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo, durante los años 2020 y 2021.
- Describir las características obstétricas de las pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo, durante los años 2020 y 2021.
- Describir las complicaciones maternas de las pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo, durante los años 2020 y 2021.
- Describir las complicaciones perinatales de las pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo, durante los años 2020 y 2021.

- Describir los tipos de cesáreas que presentaron las pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo, durante los años 2020 y 2021.
- Describir la edad de las pacientes de acuerdo con el tipo de cesárea previa en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo, durante los años 2020 y 2021.

4.3. Variable de estudio

El estudio presentó la variable “Caracterización de las pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa”. A continuación, la Tabla 7 muestra las dimensiones que la componen.

Tabla 7. Dimensiones de la variable estudiada

Dimensiones de la variable	Indicadores
Indicaciones de cesárea	<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea previa • SFA • DCP • Trastornos funiculares • Trastornos hipertensivos • Distocias de presentación • Embarazo múltiple • Trabajo de parto disfuncional • Oligohidramnios severo • Anhidramnios • Ruptura prematura de membranas
Características sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Procedencia • Estado civil • Grado de instrucción • Ocupación
Características obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> • Paridad • Periodo intergenésico • Atención prenatal (APN) • Antecedentes de cirugía previa • Tipo de Pelvis
Complicaciones maternas	<ul style="list-style-type: none"> • Atonía

	<ul style="list-style-type: none"> • Rotura uterina • Infección de herida quirúrgica • Sepsis • Anemia moderada o severa
Complicaciones perinatales	<ul style="list-style-type: none"> • Asfixia neonatal • Recién nacido prematuro • Síndrome de distres respiratorio • Taquipnea transitoria • Apgar
Tipos de cesáreas	<ul style="list-style-type: none"> • Electiva • Urgencia o emergencia

Nota. Tomado de Romero y Villcas (2021)

4.4. Tipo de investigación

El tipo de la presente investigación fue cuantitativo.

4.5. Nivel de la investigación

El nivel de la presente investigación fue descriptivo.

4.6. Método de la investigación

El método de la presente investigación fue observacional, retrospectivo y transversal.

4.7. Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación fue no experimental.

4.8. Población

La población estuvo conformada por 417 pacientes con antecedente de cesárea previa atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro”, entre enero de 2020 hasta junio de 2021.

4.9. Muestra

La muestra estuvo constituida por 200 mujeres cesareadas con indicación de cesárea previa que fueron atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo, entre enero de 2020 y junio de 2021.

4.10. Muestreo

La técnica de muestreo fue probabilístico aleatorio simple. Los criterios de selección de individuos fueron los siguientes:

Tabla 8. *Criterios de muestreo*

Criterios de inclusión
<ul style="list-style-type: none">• Mujeres cesareadas.• Historias clínicas de cesareadas por indicación de cesárea previa.• Historias clínicas completas de cesareadas por indicación de cesárea previa.• Historias clínicas legibles de cesareadas por indicación de cesárea previa.
Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• Historias clínicas de mujeres con parto vaginal.• Historias clínicas incompletas de cesareadas por indicación de cesárea previa.• Historias clínicas ilegibles de cesareadas por indicación de cesárea previa.

Nota. Tomado de Romero y Villcas (2021)

4.11. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica fue la observación y los instrumentos fueron la ficha de recolección de datos y las historias clínicas completas y legibles de las pacientes que conforman la muestra. Además, se consideraron todos los aspectos éticos necesarios relacionados con la confidencialidad de las identidades de cada paciente.

4.12. Validez y confiabilidad

Las técnicas y los instrumentos fueron validadas por dos jueces y dos expertos en el área, y ambas son confiables porque permiten obtener información precisa acerca de la variable.

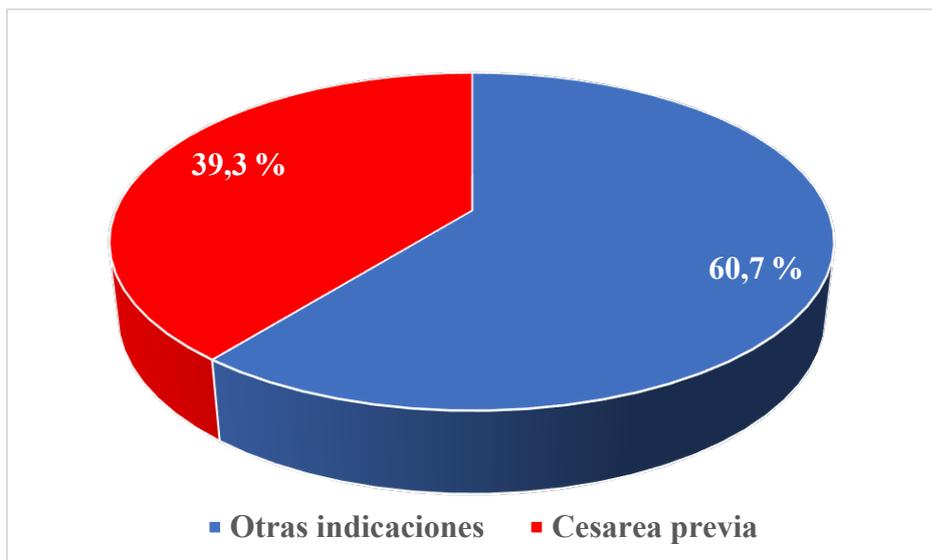
4.13. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

La información recabada fue ordenada y codificada en una tabla de Excel. Posteriormente, se usó el programa SPSS [versión 25] (IBM, s.f.) para diseñar tablas y gráficos de análisis de resultados.

4.14. Análisis e interpretación de resultados

A continuación, se muestran los resultados de la aplicación de las técnicas de procesamiento y análisis de datos recabados acerca de las gestantes cuyos partos culminaron en una cesárea con indicación de cesárea previa, del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro, entre enero de 2020 y junio de 2021.

Figura 3. *Frecuencia de las cesáreas previas*



Nota. Tomado de Romero y Villcas (2021)

Como se puede observar, la Figura 3 muestra que, del 100 % de pacientes gestantes (1062) cuyos partos culminaron en cesárea, el 39.3 % (417) tuvo una cesárea con indicación de cesárea previa y el 60.7 % (645) tuvo indicaciones distintas.

Tabla 9. *Indicaciones secundarias de las cesareadas con indicación de cesárea previa*

Indicación secundaria				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No hubo	80	40.0	40.0	40.0
Sufrimiento fetal agudo	38	19.0	19.0	59.0
Desproporción cefalopélvica	21	10.5	10.5	69.5
Trastornos funiculares	12	6.0	6.0	75.5
Trastornos hipertensivos	11	5.5	5.5	81.0
Oligohidramnios severo	10	5.0	5.0	86.0
Distocias de presentación	8	4.0	4.0	90.0
Anhidramnios	8	4.0	4.0	94.0
Ruptura prematura de membranas	6	3.0	3.0	97.0
Otros	3	1.5	1.5	98.5
Embarazo múltiple	2	1.0	1.0	99.5
Trabajo de parto disfuncional	1	.5	.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Nota. Tomado de Romero y Villcas (2021)

Como se puede observar, la Tabla 9 muestra que, del 100 % (200) de pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa, el 40.0 % (80) no tuvo indicación secundaria; el 19.0 % (38) tuvo sufrimiento fetal agudo; el 10.5 % (21), desproporción cefalopélvica; el 6.0 %

(12), trastornos funiculares; el 5.5 % (11), trastornos hipertensivos; el 5.0 % (10), oligohidramnios severos; el 4.0 % (8), distocias de presentación; el 4.0 % (8), anhidramnios; el 3.0 % (6), ruptura de prematura de membranas; el 1.0 % (2), embarazo múltiple; y el 1.5 % (3), otras indicaciones.

Tabla 10. *Características sociodemográficas de las cesareadas con indicación de cesárea previa*

Edad por grupos				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Adolescente	5	2.5	2.5	2.5
Joven	145	72.5	72.5	75.0
Adulta	50	25.0	25.0	100.0
Grado de instrucción				
Primaria	27	13.5	13.5	13.5
Secundaria	128	64.0	64.0	77.5
Superior técnico	25	12.5	12.5	90.0
Superior universitario	20	10.0	10.0	100.0
Lugar de procedencia				
Urbano	120	60.0	60.0	60.0
Urbano marginal	70	35.0	35.0	95.0
Rural	10	5.0	5.0	100.0
Estado civil				
Conviviente	161	80.5	80.5	80.5
Casada	27	13.5	13.5	94.0
Soltera	12	6.0	6.0	100.0
Ocupación				

Ama de casa	167	83.5	83.5	83.5
Trabajo independiente	17	8.5	8.5	92.0
Trabajo dependiente	16	8.0	8.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Nota. Tomado de Romero y Villcas (2021)

Como se puede observar, la Tabla 10 muestra que, del 100 % (200) de pacientes con indicación de cesárea previa, 2.5 % (5) son adolescentes; 72.5 % (145), jóvenes; 25.0 % (50), adultas; 13.5 % (27), con instrucción primaria completa; 64.0 % (128), con instrucción secundaria completa; 12.5 % (25), con educación superior técnica; 10.0 % (20), con educación superior universitaria; 60.0 % (120), de procedencia urbana; 35.0 % (70), de procedencia urbano marginal; 5.0 % (10), de procedencia rural; 80.5 % (161), en condición de conviviente; 13.5 % (27), en condición de casada; 6.0 % (12), en condición de soltera; 83.5 % (167), con oficio de ama de casa; 8.5 % (17), con trabajo independiente; y 8.0 % (16), con trabajo dependiente.

Tabla 11. *Características obstétricas de las cesareadas con indicación de cesárea previa*

Paridad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Múltipara	167	83.5	83.5	83.5
Gran múltipara	33	16.5	16.5	100.0
Periodo intergenésico				
Corto	52	26.0	26.0	26.0
Adecuado	125	62.5	62.5	88.5
Largo	23	11.5	11.5	100.0
Atención prenatal (APN)				

Atención prenatal adecuada	138	69.0	69.0	69.0
Atención prenatal inadecuada	46	23.0	23.0	92.0
Sin atención prenatal	16	8.0	8.0	100.0
Tipo de pelvis				
Ginecoide	169	84.5	84.5	84.5
Otros	21	10.5	10.5	95.0
Androide	7	3.5	3.5	98.5
Antropoide	3	1.5	1.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Nota. Tomado de Romero y Villcas (2021)

Como se puede observar, la Tabla 11 muestra que, del 100 % (200) de gestantes con indicación principal de cesárea previa, el 83.5 % (167) es múltipara; el 16.5 % (33), gran múltipara; el 26.0 % (52), con periodo intergenésico corto; el 62.5 % (125), con período intergenésico adecuado; el 11.5 % (23), con período intergenésico largo; el 69.0 % (138), con APN adecuada; el 23.0 % (46), con APN inadecuada; el 8.0 % (16), sin APN; el 84.5 % (169), con tipo de pelvis ginecoide; el 3.5 % (7), con tipo de pelvis androide; el 1.5 % (3), con tipo de pelvis antropoide; y el 10.5 % (21), con otros tipos de características obstétricas.

Tabla 12. *Complicaciones maternas de las cesareadas con indicación de cesárea previa*

Complicaciones maternas				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Anemia moderada o severa	129	64.5	64.5	64.5
Sin complicación	35	17.5	17.5	82.0
Rotura uterina	21	10.5	10.5	92.5

Atonía uterina	10	5.0	5.0	97.5
Infección de herida quirúrgica	2	1.0	1.0	98.5
Otros	3	1.5	1.5	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Nota. Tomado de Romero y Villcas (2021)

Como se puede observar, la Tabla 12 muestra que, del total 100 % (200) de pacientes cesareadas con indicación principal de cesárea previa, el 17.5 % (35), no presentó complicaciones maternas; el 64.5 % (129) presentó anemia moderada y anemia severa; el 10.5 % (21), rotura uterina; el 5.0 % (10), atonía uterina; el 1.0 % (2), infección de herida quirúrgica; el 1.5 % (3), otras complicaciones maternas.

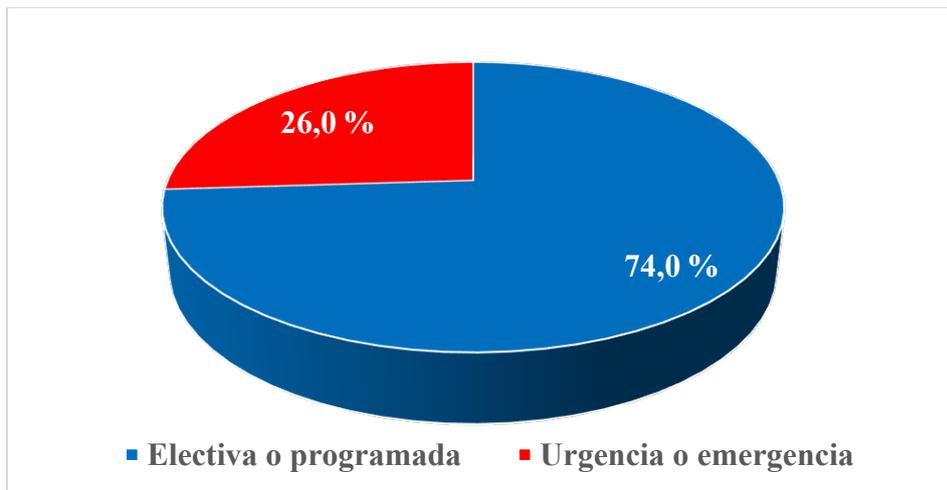
Tabla 13. *Complicaciones perinatales de las cesareadas con indicación de cesárea previa*

Complicaciones perinatales				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin complicación	119	59.5	59.5	59.5
Apgar menor o igual a 7	30	15.0	15.0	74.5
Asfixia neonatal	22	11.0	11.0	85.5
Síndrome de distrés respiratorio	18	9.0	9.0	94.5
Recién nacido premature	5	2.5	2.5	97.0
Otros	4	2.0	2.0	99.0
Taquipnea transitoria	2	1.0	1.0	100.0
Total	200	100.0	100.0	

Nota. Tomado de Romero y Villcas (2021)

Como se puede observar, la Tabla 13 muestra que, del 100 % (200) de gestantes con indicación principal de cesárea previa, el 59.5 % (119), no tuvo complicaciones; el 15.0 % (30), presentó el Apgar menor igual a 7; el 11.0 % (22), asfixia neonatal; el 9.0 % (18), síndrome de distrés respiratorio; 2.5 % (5), recién nacido prematuro; el 1.0 % (2), taquipnea transitoria; y el 2.0 % (4), otras complicaciones perinatales.

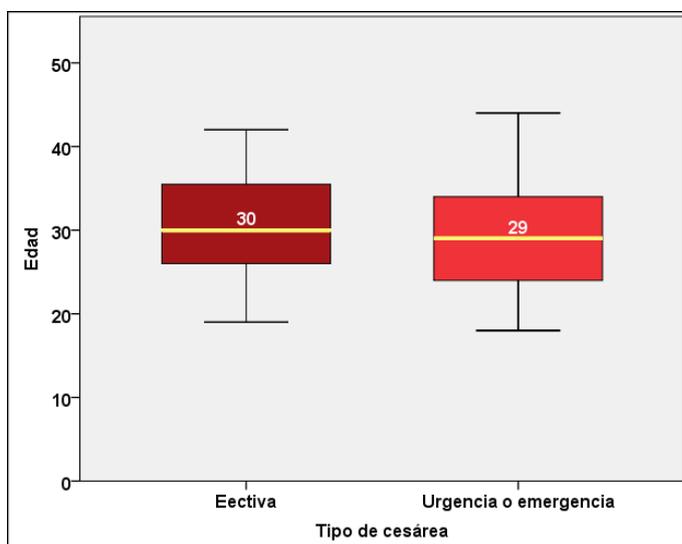
Figura 4. Tipos de cesáreas que presentaron la cesareadas con indicación de cesárea previa



Nota. Tomado de Romero y Villcas (2021)

Como se puede observar, la Figura 4 muestra que, del 100 % (200) de gestantes con indicación principal de cesárea previa, el 74.0 % (148) tuvo una cesárea de electiva o programada y el 26.0 % (52), una cesárea de urgencia o de emergencia.

Figura 5. Edad de las pacientes de acuerdo con el tipo de cesárea previa



Nota. Tomado de Romero y Villcas (2021)

Como se puede observar, la Figura 5 muestra que, del total de gestantes con indicación principal de cesárea previa, la edad media de las cesáreas electivas fue de 30 años y la edad media de las cesáreas de urgencia fue de 29 años.

4.15. Discusión de resultados

La presente investigación determinó que las principales características de las cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo fueron las siguientes: jóvenes, multíparas, con complicaciones maternas en un 82.5 %, con complicaciones perinatales en un 40.5 % y con cesárea programada en un 74.0 %.

Este último resultado es distinto al de las fuentes consultadas. Velasco (2018) reportó que el 61.17 % de pacientes culminó su gestación en parto vaginal y el 38.83 %, en cesárea iterativa. Por su parte, Mozo (2015) reportó que, de 110 mujeres, 42 optaron por la cesárea iterativa de acuerdo con su preferencia y 68, el parto vaginal para el nacimiento de su segundo bebé; de estas 68 mujeres, 55 consiguieron un parto vaginal exitoso, pero los 13 restantes precisaron de una cesárea luego de iniciar el trabajo de parto.

A partir de lo expuesto, se evidencia el abuso de la *cesárea previa* como indicación para practicar una nueva cesárea en las mujeres que se atienden en el hospital “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo. En efecto, la frecuencia de las cesáreas previas como indicación para cesáreas atendidas presenta un 39.3 %, cifra preocupante y alta, puesto que, en todos los casos, la cesárea previa no deben ser la única indicación para una nueva cesárea, a menos que se haya hecho todo lo necesario para evitarla.

En relación con las indicaciones secundarias, no hubo indicación secundaria en el 40 % del total de las pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa del hospital “Julio César Demarini Caro”. En cambio, en el 60 % se presentó las siguientes indicaciones: sufrimiento

fetal agudo en un 19.0 %, desproporción céfalo pélvica en un 10.5 %, trastornos funiculares, en un 6.0 %, trastornos hipertensivos en un 5.5 %, oligohidramnios severo en un 5.0 %, distocias de presentación en un 4.0 %), anhidramnios en un 4.0 %, ruptura prematura de membranas en un 3.0 %, otros en un 1.5 %, embarazo múltiple (1.0 %) y trabajo de parto disfuncional (0.5 %).

Los resultados anteriores coincidieron con los hallazgos de las siguientes fuentes. Apaza (2019) reportó que, del total de pacientes observadas, las principales indicaciones de cesáreas son las siguientes: De acuerdo con el factor materno, se encuentra la cesárea anterior y la preeclampsia, con 13.7 % y 5 % respectivamente; en relación con el factor fetal, el sufrimiento fetal agudo alcanzó 10.4 %; y de acuerdo con los factores ovulares o materno-fetales, el DCP obtuvo 2.2 %.

Mientras tanto, Velazco (2018) reportó que el 38.83 % concluyó su parto con una cesárea iterativa; además, los motivos secundarios de dicha cesárea iterativa fueron por sufrimiento fetal agudo (31.25 %), por trabajo de parto disfuncional (22.50 %), y macrosomía fetal (12.50 %). A partir de dichas fuentes, se afirma que para esta investigación las razones de indicación secundaria más frecuentes, después de la cesárea previa, fueron el sufrimiento fetal agudo y la desproporción céfalo pélvica.

Con respecto a las características sociodemográficas, las pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa del hospital “Julio César Demarini Caro” presentaron las siguientes: Según la edad, jóvenes (72.5 %) y adultas (25.0 %); según nivel de instrucción, primaria (13.5 %), secundaria (64.0 %), superior técnica (12.5 %) y superior universitaria (10.0 %); según la procedencia, urbana (60.0 %), urbano marginal (35.0 %) y rural (5.0 %); según el estado civil, convivientes (80.5 %), casadas (13.5 %) y solteras (6.0 %); y según el

oficio, amas de casa (83.5 %), trabajadoras independientes (8.5 %) y trabajadoras dependientes (8.0 %).

Dichos resultados concuerdan con los de Pelaez (2020), quien reportó que el 51.7 % presentó edades entre 29 a 34 años y el 75 % tenía instrucción básica. Por su parte, Vargas (2018) reportó que, según la edad, el 27.87 % posee entre 30 a 34 años y el 8.2 %, entre 15 y 19 años; según el estado civil, el 36.07 % es conviviente y el 30.33 % es casada; según el grado de instrucción, el 37.7 % posee secundaria y el 19.67 %, estudios superiores. En consecuencia, las características sociodemográficas más notorias de las pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa del hospital “Julio César Demarini Caro” fueron la edad joven, el estado civil de conviviente y el nivel de instrucción básica secundaria.

Con respecto a las características obstétricas, las pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa del hospital “Julio César Demarini Caro” presentaron las siguientes: El 83.5 %, multiparidad y el 16.5 %, gran multiparidad; el 26.0 %, período intergenésico corto, el 62.5 %, período intergenésico adecuado y el 11.5 %, período intergenésico largo; el 69.0 %, APN adecuada, el 23,0 %, APN inadecuada, y 8.0 % sin APN; y el 84,5 %, pelvis ginecoide.

El anterior resultado es coherente con los resultados reportados por Pelaez (2020): El 55.2 % presentó APN completos; el 54.3 %, sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica; el 94 %, edad gestacional a término; y el 67.2 %, período intergenésico mayor o igual a 24 meses. Ante estos resultados, es razonable la preocupación de que las gestantes con una APN adecuada y período intergenésico adecuado concluyan sus partos en una cesárea y, por tanto, con un incremento del índice de morbilidad materno-perinatal.

En relación con las complicaciones maternas, las pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el hospital “Julio César Demarini Caro” presentaron las siguientes: El 64.5 %, anemia moderada y severa; el 10.5 %, rotura uterina; el 5.0 %, atonía

uterina; y el 1.0 %, infección de herida quirúrgica. Estos resultados concuerdan con los de las siguientes fuentes consultadas. Primero, Curahua (2015) reportó que el 42.4 % presentó anemia; el 11.1 %, fiebre puerperal; el 4 %, infección de herida operatoria; y el 3 %, hemorragia posparto e infección del tracto urinario.

Segundo, Pelaez (2020) reportó que el 5.2 % presentó hemorragia posparto; 8.6 %, infecciones puerperales; el 48.3 %, anemia posparto; y el 3.4 %, ruptura uterina. Tercero, Velazco (2018) evidenció que las principales complicaciones maternas en el grupo de parto por cesárea fueron la endometritis, la infección de herida operatoria, la dehiscencia y la anemia. Por último, Silva (2019) indicó que la anemia destacó entre las demás complicaciones mencionadas. Con todo este historial, se infiere que la anemia puerperal y las infecciones de herida operatoria, que dificultan la recuperación de una mujer —más de seis semanas—, pueden aparecer en el proceso de cesárea.

Con respecto a las complicaciones perinatales, las pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el hospital “Julio César Demarini Caro” presentaron las siguientes: El 15.0 %, Apgar menos igual a siete; el 11.0 %, asfíxia neonatal; el 9.0 %, síndrome de distrés respiratorio; y el 2.5 %, recién nacido prematuro. Los resultados anteriores concuerdan con los de las siguientes fuentes. Pelaez (2020) reportó que el 15.5 % presentó líquido amniótico meconial; el 4.3 %, Apgar al minuto menor igual a seis; y el 9.0 %, Apgar a los cinco minutos menor igual a seis. Velazco (2018), señaló la morbilidad respiratoria como complicación principal. Ante estos resultados, se infiere que las cesáreas incrementan el riesgo de los recién nacidos, que no presentan un buen Apgar al nacer y con problemas respiratorios

Con respecto a los tipos de cesáreas, el 74.0 % de las doscientas pacientes cesareadas con indicación de cesárea previa del hospital “Julio César Demarini Caro” optó por una cesárea electiva o programada, mientras que el 26.0 %, por una cesárea de urgencia o emergencia. El

porcentaje del primer grupo parece indicar que las pacientes no tuvieron la opción del parto vaginal, que hubiese sido una decisión idónea de culminar su parto. De este modo, se ha incrementado el índice de morbilidad y mortalidad materno-perinatal.

Asimismo, se ha evidenciado que la edad de acuerdo con el tipo de cesárea fue de 29 años (cesáreas electivas) y 30 años (cesáreas de urgencia). Con estos datos, se afirma que las mujeres jóvenes con antecedente de cesárea y con pelvis de tipo ginecoide no recibieron la oportunidad de un parto vaginal. Si la hubiesen recibido, su riesgo de morbilidad y mortalidad materna-perinatal hubiera disminuido en futuros embarazos.

4.16. Conclusiones

- Las principales características de las cesareadas previas atendidas en el hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo son las siguientes: jóvenes, multíparas, con cesárea programada (74.0 %), con complicaciones maternas (82.5 %) y complicaciones perinatales (40.5 %).
- La frecuencia de cesáreas previas como indicación para cesáreas atendidas en el hospital “Julio César Demarini Caro” presentó el porcentaje de 39.3 %, de manera que fue importante describir las características de las cesareadas que tienen esta indicación.
- Las indicaciones secundarias de las cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo fueron las siguientes: sufrimiento fetal agudo (19.0 %), desproporción céfalo pélvica (10.5 %), trastornos funiculares (6.0 %), trastornos hipertensivos (5.5 %), oligohidramnios severo (5.0 %), distocias de presentación (4.0 %), anhidramnios (4.0 %) y ruptura prematura de membranas (3.0 %); mientras tanto, el 39.3 % no tuvo indicación secundaria.

- Las características sociodemográficas de las cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo fueron las siguientes: jóvenes (72.5 %), adultas (25.0 %), instrucción primaria (13.5 %), secundaria (64.0 %), superior técnico (12.5 %), superior universitario (10.0 %), de procedencia urbana (60.0 %), urbano marginal (35.0 %), rural (5.0 %); convivientes (80.5 %), casadas (13.5 %), solteras (6.0 %), amas de casa (83.5 %), trabajo independiente (8.5 %) y trabajo dependiente (8.0 %).
- Las características obstétricas de las cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo fueron las siguientes: multiparidad (83.5 %), gran multiparidad (16.5 %); con periodo intergenésico corto (26.0 %), adecuado (62.5 %) y largo (11.5 %); APN adecuada (69.0 %), APN inadecuada (23.0 %), sin APN (8.0 %) y pelvis ginecoide (84.5 %).
- Las complicaciones maternas de las cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo fueron las siguientes: anemia moderada y severa (64.5 %), rotura uterina (10.5 %), atonía uterina (5.0 %) e infección de herida quirúrgica (1.0 %).
- Las complicaciones perinatales de las cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo fueron las siguientes: Apgar menor igual a 7 (15.0 %), asfíxia neonatal (11.0 %), síndrome de distrés respiratorio (9.0 %) y recién nacido prematuro (2.5 %).
- Los tipos de cesáreas de las cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de

Chanchamayo fueron la cesárea de tipo de electiva o programada (74.0 %) y de urgencia o emergencia (26.0 %).

- La edad de las cesareadas con indicación de cesárea previa atendidas en el hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo de acuerdo con el tipo de cesárea previa fue 29 para las cesáreas electivas o programadas y 30 para las cesáreas de urgencia o emergencia.

4.17. Recomendaciones

A partir de lo revisado en la investigación, se plantea las siguientes recomendaciones:

- Al director del Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo, fortalecer el comité de prevención de mortalidad materno-perinatal, con especial énfasis en la evaluación del abuso de las prácticas de cesáreas en el hospital. Esta práctica permitirá disminuir la morbilidad materna y perinatal, como también el costo económico y social que ocasionan las cesáreas electivas para las cesareadas con antecedente de cesárea.
- A la Jefatura de Obstetricia del Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo, elaborar un protocolo que permita la evaluación conjunta de la pertinencia de las cesáreas que van en beneficio de la salud materno-perinatal de la población.
- A las obstetras que ejercen su labor en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo, fortalecer sus programas de atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica, y empoderar a sus gestantes para que las incline a culminar su parto por vía vaginal, dados los múltiples beneficios que ello implica.
- A los investigadores interesados, llevar a cabo estudios prospectivos y de incidencia, que consideren el impacto económico que ocasiona el uso indebido de la práctica de

cesárea que se realizan en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” de Chanchamayo.

CAPÍTULO V

CUIDADO Y SEGURIDAD DEL PARTO CON INDICACIÓN DE CESÁREA PREVIA

El trabajo de parto debe ser asistido con todas las garantías médicas porque tanto la madre como el neonato se encuentran expuestos a múltiples factores de riesgo. Sin un cuidado adecuado, el bienestar materno-perinatal puede comprometerse al punto de generar complicaciones fisiológicas futuras como traumas en el bebé o procesos de gestación defectuosos en la madre. Claramente, estos efectos adversos exigen al personal obstétrico una gestión y cuidado adecuados, mucho antes del nacimiento del bebé.

También es necesario considerar el aspecto psicológico de la madre, puesto que las pacientes gestantes de hoy, en su mayoría, vienen con la predisposición —generada por el temor razonable al dolor del parto— a tener un parto por cesárea, la cual es una alternativa siempre y cuando haya necesidad médica de realizarla. Si no es así, lo más saludable es convencer a la paciente de optar por el parto normal y, para conseguir ello, debe tener una evaluación psicológica constante.

Con estas consideraciones, se puede inferir que la asistencia obstétrica para la madre y, posteriormente, también para el bebé debe ser integral, en el sentido de que no deben olvidarse ciertos aspectos como el psicológico y que deben ser optimizadas las condiciones que rodean a las madres que están en pleno proceso de parto. En ese sentido, el presente capítulo considera tres puntos esenciales cuyo fortalecimiento tendrá efectos positivos y significativos cuando sean puestos en práctica por los profesionales.

5.1 Registro y evaluación de las gestantes

Las pacientes gestantes que acuden a un centro de salud son atendidas por el personal médico obstetra, cuya labor consiste en examinar la condición en que se encuentran, fijar el día o semana aproximados en que nacerá el bebé y predecir posibles complicaciones (Garcés-Burbano *et al.*, 2021). Estas actividades articulan un proceso clínico complejo porque exigen minuciosidad en cada observación y análisis de las características materno-perinatales. Con base en estos datos recabados, ellas reciben recomendaciones y órdenes para seguir un tratamiento con prescripción médica.

El instrumento utilizado en este proceso es el diagnóstico porque, a través de la información que contiene, los médicos determinan qué tienen o presentan, qué procedimiento ordenarles seguir a fin de tener mayor amplitud de su condición, cómo tratarlas adecuadamente, etc. Por tanto, su objetivo es ofrecer claridad con respecto al estado en que se encuentran a fin de determinar lo más óptimo para su salud y para la del feto que se desarrolla en ellas.

De ese modo, los tratamientos que se les hacen a las pacientes tienen su base en el contenido del diagnóstico que ellos registran para determinar el estado real de la paciente embarazada y para diseñar alguna estrategia orientada a un desarrollo óptimo de su embarazo, por lo que el diagnóstico debe ser adecuado. Si este no lo es, entonces los médicos no pueden prever posibles complicaciones ni, por consecuencia, estar preparados para reducir su impacto en la salud materno-perinatal.

Como ejemplo, Huertas (2018) expone la siguiente situación. El estado de una mujer gestante presenta estos procesos fisiopatológicos: contracciones uterinas regulares antes de las 37 semanas, infecciones uterinas y presión arterial alta. Los médicos infieren la posibilidad trabajo de un parto prematuro. Al momento del trabajo de parto, se evidencia la indicación de preeclampsia, por lo que debe ser atendida con un protocolo específico.

Evidentemente, se hizo patente una dificultad que muy bien pudo ser evitada. De hecho, el parto prematuro se relaciona con las dos primeras características obstétricas mencionadas, no con la tercera, la cual está relacionada con la preeclampsia. De lo anterior se desprende que los médicos no profundizaron sus observaciones, omitieron información por no dar importancia a una característica y, por consecuencia, cometieron un error de diagnóstico que expuso la salud y bienestar de la paciente y de su bebé.

El ejemplo anterior explicita la importancia de la labor médico-investigativa. Para Huertas (2018), esta labor consiste en reunir los datos que sirvan para realizar un plan de prevención efectivo. Dicha planificación requiere de información veraz acerca del estado de la paciente encinta, a fin de determinar un tratamiento que pueda seguir para que no haya complicaciones en el desarrollo de su embarazo.

Esta información se consigue a partir del registro de la paciente y de las evaluaciones hechas o que se le puedan hacer, pues ambos permiten obtener detalles de su estado actual. De hecho, la relación que mantienen con el diagnóstico se debe a que son fuentes de información para este instrumento. El registro consiste en reunir las características obstétricas y sociodemográficas que presenta la paciente y la evaluación en obtener detalles sobre dichas características. En ese sentido, se afirma que estos requerimientos son de índole investigativa.

Asimismo, el registro y las evaluaciones son acciones que los médicos realizan día a día. Amplían la percepción de la realidad problemática en la que se ubican los médicos obstetras. Permiten afrontar de manera adecuada tanto casos comunes como casos extraordinarios. Su efectividad se valida cuando se utilizan en la labor médica. Al respecto, Albarracín (2018) señala que son útiles para realizar lo siguiente:

- Diagnósticos
- Resultados de laboratorio

- Exámenes radiológicos
- Prescripción de medicamentos
- Órdenes y tratamientos médicos
- Resultados de los tratamientos

Cada una de estas pruebas de recojo de información tienen un doble aspecto: por un lado, están orientadas por los datos recogidos y el criterio médico; por otro, son ejecutadas para recabar más información a fin de complementar, confirmar o descartar la data anterior. De esta manera, los resultados que arrojan son utilizados como base para ordenar algún tratamiento o posible operación. En pocas palabras, permiten que cualquier prescripción médica posea validez o necesidad médica.

En el caso de una paciente embarazada, son más importantes porque permiten observar los aspectos involucrados en el desarrollo del feto, pero también permiten determinar si es pertinente o no realizar un parto espontáneo, un parto inducido, una cesárea o un PVDC. Estas indicaciones son atendidas con un determinado procedimiento, cuya pertinencia está amparada en la información de la paciente. Por esta razón, se afirma la estrecha relación entre el registro y las evaluaciones de las pacientes obstétricas con las atenciones o intervenciones quirúrgicas que se les brindan en los centros de salud.

Entonces, es admisible destacar la relevancia del registro y las evaluaciones de la labor médica en la atención a las pacientes obstétricas, sobre todo, las que serán cesareadas o las que tienen antecedente de cesárea, pues son vulnerables. El incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad de estas pacientes en específico no solo corresponde a las características obstétricas y sociodemográficas que presentan, sino también al uso excesivo de la indicación de cesárea previa, cuya validez está siendo discutida en la actualidad y afrontando con investigaciones que optan por el PVDC como una alternativa más saludable.

5.2 Protocolos de prevención de riesgos maternos y perinatales

En los últimos años, las cesáreas han sido el tema de investigación obstétrica más frecuente dado el aumento de su cantidad en el mundo. Alfaro-Alfaro *et al.* (2017) indican que los estudios realizados confirmaron que, para estas épocas, la práctica de la cesárea ya no estaba completamente orientada al bienestar materno-perinatal, sino que estaba influenciada por la conveniencia de la atención médica, esto es, el tiempo de la operación, la agilización del diagnóstico y el aumento de los costos médicos.

De ahí que los autores citados sostengan que en el mundo se ordenan cesáreas innecesarias, las cuales pueden ser evitadas si siguen un adecuado control materno del desarrollo del embarazo, de la alimentación de la encinta, de modo de vida, entre otros protocolos a largo plazo. No obstante, la ejecución de dichos protocolos es limitada porque los tratamientos y asistencia médica que los conforman implican gastos en términos de tiempo y dinero, recursos que no pueden ser solventados por una población que en su mayoría es de bajo nivel económico como el caso de Perú y otros países latinoamericanos.

Las limitaciones de estos recursos influyen en la propagación de las cesáreas innecesarias, cuyo aumento se debe al uso excesivo de la indicación de cesárea previa en los diagnósticos de madres que poseen uno o más de un antecedente de cesárea. Asimismo, contribuyen al aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad materno-perinatales. Esta situación lleva a pensar en las estrategias del servicio médico de cada país.

Cada una de estas últimas está conformada por los protocolos, que consisten en el conjunto de instrucciones o recomendaciones que los miembros de una comunidad o de una institución deben seguir en casos particulares. Si se trata de una situación de peligro inminente, el más idóneo es el protocolo de prevención de riesgos, que contiene instrucciones de cómo aplicar determinados criterios a la resolución eficaz de tal situación.

Para satisfacer tal exigencia, los protocolos están contruidos con base en la evidencia científica. Su validez depende del registro y evaluaciones realizados en los pacientes. De ahí que Morgan-Ortiz *et al.* (2018) indiquen que deben estar actualizados, o sea, deben ser adecuados a la realidad del paciente porque si no es así, el procedimiento es insuficiente ante la aparición de complicaciones no ordinarias.

En el caso de las pacientes obstétricas, los protocolos se articulan en función al desarrollo obstétrico, en el cual ellas mantienen una condición física vulnerable. Están orientados a reducir el impacto de los factores de riesgo a los que están expuestas durante el embarazo, el parto o cesárea, y el puerperio. Por ello, estas estrategias deben ser denominadas *protocolos de prevención de riesgos obstétricos*.

Hay protocolos para cada caso de riesgo obstétrico. Su efectividad se comprueba en el índice de madres que han podido ser atendidas sin mayores complicaciones posparto, aunque no puede garantizar completamente la reducción del número de complicaciones que presentan las pacientes, sobre todo, las cesareadas. Así pues, tienen límites que los hacen insuficientes en determinados casos, más aún en aquellos que faltan ser estudiados.

Un ejemplo, ahora conocido, es el caso de los partos vaginales después de una cesárea. Anteriormente, se indicó que el principal riesgo que presenta es la rotura del útero debido al trabajo de parto, asimismo, se tiene la presunción de que pueden aparecer complicaciones perinatales debido a esa rotura. Por estos motivos, los médicos que son conscientes de las limitaciones de sus recursos descartan su práctica; sin embargo, aquellos que tienen un protocolo de prevención de riesgos para un PVDC sí lo aprueban.

Es claro que la indicación de la cesárea previa es un motivo por el que los médicos obstetras no se arriesgan a optar por un PVDC debido a la limitación de sus protocolos, pero incluso las nuevas cesáreas que se realizan a partir de esta indicación deben estar amparados

por protocolos de prevención de riesgos pues las complicaciones son más graves en el parto y en el puerperio. En ese sentido, esta indicación debe ser un criterio para actualizar los protocolos de riesgos materno-perinatales. Incluso, se puede ampliar el tiempo de su ejecución, lo cual sería positivo pues, de ese modo, por ejemplo, una paciente puede adaptarse físicamente a la posibilidad de poder tener un PVDC que no implique un riesgo alto para su salud.

5.3 Ética y responsabilidad médica

La atención médica es una labor que tiene el objetivo de determinar el estado de salud del paciente a fin de establecer un tratamiento para su recuperación. Implica reunir información con criterio médico y usar herramientas investigativas para escrutar detalles que, por prevención, no pueden dejarse de lado. En ese sentido, se puede hablar de una dimensión científica y epistemológica de esta labor.

Por otro lado, la atención médica está dirigida a una persona y no a un objeto. Esta diferencia es valiosa porque influye en el modo en que el profesional interactúa con el paciente; por ejemplo, una atención de calidad durante el embarazo implica informar debidamente las opciones que puede elegir con respecto al parto, complicaciones que trae, riesgos recurrentes, beneficios para la madre y el costo total del servicio. En ese sentido se habla de una dimensión humana y ética de esta labor.

Tiende a afirmarse que la dimensión humana invade la dimensión científica de la atención médica en el sentido de que comprender al paciente significa incluir sus apreciaciones personales en los criterios médicos; sin embargo, ello no es así porque, si lo fuera, implicaría cometer un error médico. Una evaluación médica está amparada en las indicaciones identificadas por el médico; si una paciente se niega por el hecho de considerar doloroso el proceso, el médico debe informar e insistir su cooperación a fin de seguir con el tratamiento o intervención, y lograr asegurar su salud.

La situación hipotética anterior describe la tendencia de la práctica de cesárea por solicitud materna. De acuerdo con Vallejos *et al.* (2016), este tipo de cesárea es planeada y realizada sin indicación médica, es decir, la futura cesárea no tiene necesidad médica. Para la comunidad obstétrica, esta elección es problemática porque, en primer lugar, se incluyó el deseo de la paciente en los criterios médicos y, en segundo lugar, se le expone de manera irresponsable a riesgos materno-perinatales.

En contraposición a esta situación, la dimensión ética de la atención médica debe orientar a la paciente obstétrica hacia la elección más favorable para su bienestar y la del bebé que lleva dentro. Carreño *et al.* (2018) señala que la cesárea es una opción favorable cuando está bien indicada y fundamentada en razones médicas comprobables. Aquí, el consentimiento de la madre es importante para que sepa de antemano las complicaciones que puede sufrir.

Hasta ahora, se puede distinguir de manera sencilla cuando la atención médico-obstétrica es de calidad y cuando no; pero se complejiza cuando se tiene en cuenta el fenómeno del aumento de cesáreas y la controversia acerca de la validez de la indicación de cesárea previa. Los estudios determinaron que hay un uso irresponsable de esta indicación, que promueve el aumento de estas intervenciones quirúrgicas por diversos motivos. El resultado de esta situación cuestiona el papel de la atención obstétrica.

Siguiendo con el planteamiento inicial, las dimensiones humana y científica no se confunden entre sí, sino que se complementan cuando ambas están orientadas a determinar el estado de la paciente para asegurar su salud materno-perinatal. Dado que se trata de una persona, es responsable realizar evaluaciones mucho más minuciosas para confirmar una indicación o descartarla y proponer otra alternativa, tal como el PVDC y no una nueva cesárea. De esta manera, la atención obstétrica brinda cuidado y seguridad de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albarracín, R. (2018). Resultados de la implementación de registros médicos electrónicos (EMR) a nivel regional. *INGENIO*, 1(1), 5–14. <https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/INGENIO/article/view/153>
- Alfaro-Alfaro, N., Herrera, K., & Zapiain-Sánchez, M. (2017). La deambulacion en embarazos de bajo riesgo y cesáreas. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 3(1), 3-9. <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/241>
- Alvez, A., Sobrino, M., Gutiérrez, C., & Alarcón-Villaverde, J. (2017). Prevalencia y factores asociados a la macrosomía en Perú, 2013. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(1), 36-42. <https://www.scielosp.org/article/rpmpesp/2017.v34n1/36-42/es/#>
- Angarita-Durán, D., Torres, O., Pacheco, M., Gil, Y., & Suárez, B. (2020). Onfalocoele gigante y acretismo placentario. *QhaliKay. Revista de Ciencias de la Salud*, 4(1), 26-34. <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/2710>
- Apaza, I. (2019). Indicaciones de cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno perinatales en el hospital EsSalud III Puno, año 2018. [Tesis para optar título profesional de médico cirujano, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/9773>
- Barrena, M., Quispe, P., Flores, M., & León, C. (2020). Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 66(2), 1-6. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000200004
- Basurto, G. & Alcívar, E. (2020). Violencia obstétrica en la etapa de embarazo, parto y puerperio, en el hospital regional Dr. Verdi Cevallos Balda, período 2019 – 2020. *Socialium*, 4(2), 445–458. <https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/socialium/article/view/607>
- Batres, E., Contreras, F., Pinel, S., Ardón, E., Nazar, S., Silva, K., & Aguilar, R. (2016). *Manejo de las complicaciones obstétricas*. Gobierno de Honduras. <http://www.bvs.hn/Honduras/PROTOCOLOS.ATENCION.PRECONCEPCI%C3%93N.EMBARAZO.PARTO.PUERPERIO.NEONATO/VOLUMEN3.MANEJO.DE.LA.S.COMPLICACIONES.OBSTETRICAS.pdf>
- Bernal-García, C., & Nahín-Escobedo, C. (2018). Cesárea: situación actual y factores asociados en México. *Revista Salud Quintana Roo*, 11(40), 28-33. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92469>

- Betrán, A., Ye, J., Moller, A., Zhang, J., Gülmezoglu, A., & Torloni, M. (2016). The Increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS ONE*, 11(2), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
- Carreño, B., Castillo, V., Aichele, D., Marshall, M., Cáceres, D., Vesperinas, G., & Salinas, H. (2018). Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson: Análisis comparativo entre dos hospitales universitarios. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(4), 415-425. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000400415&script=sci_arttext&tlng=pt
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman B., Casey, B., & Sheffield J. (2015). Cesárea Previa. En Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman B., Casey, B., y Sheffield J. (Eds.), *Obstetricia* (Capítulo 31). McGraw Hill. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100460323#1117771971>
- Curahua, L. (2015). Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. CYBERTESIS. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4149>
- Faleiros, M., & Oliveira, N. (2019). Como o trabalho precarizado na saúde afeta o modo de nascer: revisão integrativa sobre violência obstétrica. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 7(3), 345-356. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497960141009>
- Faundes, A. (2021). La evolución histórica de la tasa de la cesárea: de una excepción en la antigüedad a un exceso en la actualidad. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 67(1), 1-5. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322021000100004&script=sci_arttext&tlng=pt
- Felgueres-Hermida, A, Correa-Castillo, M., Padilla-Correa, A., Hugues-García, M., Avendaño-Barroeta, A., & Bermúdez-Rodríguez, A. (2022). Riesgo e incidencia de cesárea en inducción de trabajo de parto electivo con misoprostol: desenlace materno. *Anales Médicos ABC*, 67(1), 18-23. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104363>
- Fonseca, J., Rodriguez, J., & Maya, D. (2019). Validación de modelos predictivos para parto vaginal exitoso después de cesárea. *Colombia Médica*, 50(1), 13-21. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/3927>
- Gallo, A., Escudero, C., Caratti, M., & Paredes, O. (2021). Aplicación del modelo de clasificación de Robson en la práctica de la operación cesárea. *Revista FAGSO*, 20(2), 11-32. <https://bit.ly/3Mq9K59>
- Gárate, M., Moreira, C., Zambrano, J., Saltos, M., Guerrero, S., & Muñoz, R. (2019). Cuidados de las pacientes sometidas a cirugías de cáncer uterino. *RECIAMUC*, 3(3), 1323-1346. <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/392>

- Garcés-Burbano, Y., Bastidas-Sánchez, B., Ijají-Piamba, J., Rodríguez-Gamboa, M., Cajas-Santana, D., & Ordoñez-Mosquera, O. (2021). Predicción de complicaciones maternas en trastornos hipertensivos del embarazo. *Ginecología y Obstetricia de México*, 89(8), 583-594. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101043>
- García, A., Cortés, M., Tenorio, C., & Torres, E. (2010). Eventos adversos perinatales y anomalías neuroanatómicas en pacientes con hipopituitarismo idiopático. *Endocrinología y Nutrición*, 57(6), 251–255. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-eventos-adversos-perinatales-anomalias-neuroanatomicas-S1575092210000793>
- Góngora-Ávila, C., Fernández-Borrego, D., Mejías-Arencibia, R., Vázquez-Carvajal, L., & Frías-Pérez, A. (2022). Características sociodemográficas que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 48(1), 7-12. <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/976>
- Grunfeld, M. (2018). Los errores médicos en la atención primaria de la salud. *Salud(i) Ciencia*, 23(1), 74-76. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1667-89902018000200013
- Guerrero-Patiño, N., Aguilera-Cervantes, S., González-Aldeco, P., & Rodríguez-Ayala, C. (2019). Eficacia y seguridad de la sonda Foley transcervical y oxitocina vs oxitocina sola en la inducción del trabajo de parto en pacientes con cesárea previa. *Ginecología y Obstetricia de México*, 87(1), 26-35. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412019000100005&script=sci_arttext
- Hernández, J., Mir, E., Peinado, R., Villalba, L., Giménez, M., & Azón, E. (2017). Factores asociados con éxito de parto vaginal en mujeres con cesárea previa. Estudio transversal descriptivo. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 14(89), 1-13. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278364>
- Hidalgo-Lopezosa, P., & Hidalgo-Maestre, M. (2017). Riesgo de rotura uterina en el parto vaginal tras cesárea: revisión sistemática. *Enfermería Clínica*, 27(1), 28–39. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113086211630122X>
- Huertas, E. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 399-404. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013
- Ibarra, R., Santalla, M., Carabeo, M., López, N., & Legón, A. (2017). Profilaxis de la hipotensión arterial en la cesárea de urgencia. *MediCiego. Revista Médica de Ciego de Ávila*, 23(3), 12-18. <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/568>
- IBM (s.f.). *SPSS Statistics* (versión 25) [software]. IBM. <https://www.ibm.com/mx-es>

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2021). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2021 Nacional y Departamental*. INEI. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/
- Instituto Nacional Materno Perinatal. (2021). *Anuario estadístico 2021*. Ministerio de Salud. <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>
- Kayem, G., & Raiffort, C. (2019). Técnicas quirúrgicas de la cesárea. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 55(1), 1–12. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X19417025>
- Kingdom, J., Hobson, S., Murji, A., Allen, L., Windrim, M., Lockhart, E., Collins, S., Hooman, P., Alazzam, M., Naaisa, F., Shamshirsaz, A., Belfort, & Fox, K. (2020). Minimizing surgical blood loss at cesarean hysterectomy for placenta previa with evidence of placenta increta or placenta percreta: the state of play in 2020. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(3), 322–329. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937820300661>
- Langer, B., Sananes, N., Gaudineau, A., Lecointre, L., & Boudier, E. (2017). Adaptaciones del feto al trabajo de parto. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 53(3), 1–5. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X17859658>
- Madar, H., Brun, S., Coatleven, F., Chabanier, P., Gomer, H., Nithart, A., Coustel, M., Hocké, C., Brun, J., Horovitz, J., Dallay, D., Merlot, B., & Sentilhes, L. (2017). Embarazo y útero cicatricial. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 53(1), 1–16. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X16832427>
- Manrique-Abril, F., Herrera-Amaya, G., Bernal, B., Cuevas, O., Manrique, V., Santos, D., Barrera, J., & Ospina-Díaz, J. (2018). Cesárea hoy, riesgo vs protección materno fetal. *Revista Salud, Historia y Sanidad*, 12(3), 15–28. <https://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/252>
- Mendoza-Vilcahuaman, J., Villca-Vargas, R., Romero-Parejas, P., Muñoz-De La Torre, R., Cárdenas-Pineda, L., & Guerra-Olivares, T. (2022). Menor opción de parto en cesáreas repetidas: estudio de caracterización. *Ginecología y Obstetricia de México*, 90(4), 342–347. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412022000400006&script=sci_arttext
- Morgan-Ortiz, F., Luna-Hernández, K., Peraza-Garay, F., Morgan-Ruiz, F., Martínez-Román, J., Corona-Sapien, C., Esquivel-Leyva, B., López-Manjarrez, G., & Báez-Barraza, J. (2018). Frecuencia de las indicaciones de operación cesárea de acuerdo con la clasificación de Robson. *Revista Médica UAS*, 8(1), 20–30. <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v8/n1/cesarearobson.pdf>
- Mozo, E. (2015). Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional de la UCM. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/29014/>
- Munares-García, O. (2022). Evolución de cesáreas en el Perú, un elemento a evaluación. *Revista de Salud Materno Fetal*, 7(1), 1–2. <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/270>

- Olivares-Albornoz, C. (2021). El rol histórico de la cesárea y su relación con la mortalidad materna. *Perinatología y Reproducción Humana*, 35(3), 99-103. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372021000300099&script=sci_arttext
- Oncoy, A. (2018). Indicaciones de Cesárea. *Revista Médica Panacea*, 7(2), 69-73. <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/30>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Organización Mundial de la salud <https://bit.ly/3nyBtqx>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (10 de abril de 2015). *La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria*. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3HKzne9>
- Ortiz, R., Moreno, E., Mambuscay, J., & Muñoz, J. (2019). Prevalencia de complicaciones en pacientes sometidas a cesárea en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2016 en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia 2016. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 84(6), 435-448. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262019000600435&script=sci_arttext
- Pan, R., An, L., Zhang, W., & Li, W. (2018). Application of predictive model for vaginal birth after caesarean delivery. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 15–17. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013217302491>
- Pardina, S., Domingo, R., & Jaén, M. (2022). Gestación ectópica en cicatriz de cesárea previa con desenlace adverso. *Progresos de Obstetricia y Ginecología: Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 65(3), 81-85. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8513423>
- Pelaez, R. (2020). Complicaciones maternas y neonatales del parto vaginal y del parto por cesárea en parturientas con antecedentes de cesárea previa, atendidas en el hospital San José—Callao en el 2018. [Tesis de licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio académico de la USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6565>
- Pradillo, T., Sevilla, J., Valdés, M., Pérez, E., Fraga, S., González, M., Laguna, M., Bordés, M., Sobrino, L., & Rodríguez, J. (2021). Tratamiento del embarazo ectópico en cicatriz de cesárea. Revisión de la literatura a propósito de 3 casos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 86(1), 104-119. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262021000100104&script=sci_arttext
- Rivas, E. (2019). Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa, enfoque terapéutico y revisión de la literatura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(3), 1-14. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000300012
- Romero, J., Elizalde, A., Kundycki, J., Frowen, U., & Romero, V. (2022). Embarazadas con una cesárea previa: parto vaginal o parto por cesárea. *Revista FASGO*, 22(1), 1-8. <https://bit.ly/3HH6Ypg>

- Romero, M., Brunos, C., & Arteaga, N. (2019). Contraindicaciones de analgesia epidural con morfina post cesárea. *RECIMUNDO*, 3(3), 596-613. <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/540>
- Romero, P. & Villcas, R. (2021) Caracterización de cesareadas previas atendidas en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro de Chanchamayo, 2020 y 2021 [Tesis de grado, Universidad Nacional de Huancavelica] <https://repositorio.unh.edu.pe/items/bdaac44c-aa6e-4dea-ada8-8235147444b3>
- Ruiz, M., Campos, E., Cruz, P., Caetano, M., & Paschoini, M. (2021). Parto vaginal después de una cesárea previa en un hospital de enseñanza. *Revista Familia, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 9(1), 292-299. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497969745011>
- Saavedra, M., & Guelfand, M. (2017). Enfoque actual de las malformaciones pulmonares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(1), 29–36. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300032>
- Sadler, M. (2018). Los efectos de la cesárea en la salud infantil: Un asunto urgente. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(4), 561-562. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062018005000706&script=sci_arttext&tlng=en
- Sánchez-Torres, D., Salazar-Arquero, F., Soto-Sánchez, E., Martínez-Carrillo, D., De la Fuente-Valero, J., & Hernández-Aguado, J. (2021). Operación cesárea. Una revisión histórica. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 45(4), 61–72. <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1711>
- Sarduy, M., Molina, L., Tapia, G., Medina, C., & Chiong, D. (2018). La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(2), 1-19. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87456>
- Sarmiento, A. (2018). Trends in Cesarean Section. En Androutopoulos (Ed.), *Caesarian Section* (Capítulo 2). IntechOpen. <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.77309>
- Schnapp, C., Sepúlveda, E., & Robert, J. (2014). Operación cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 987–992. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706480>
- Silva, M. (2019). Antecedentes de cesárea previa asociado a complicaciones materno – neonatales en gestantes atendidas en el hospital de Vitarte julio—diciembre 2018. [Tesis para optar título profesional de médico cirujano, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio institucional de la URP. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1880>
- Sinchitullo-Castillo, A., Roldán-Arbieto, L., & Arango-Ochante, P. (2020). Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 444-451. https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000300444

- Vallejos, A., Espino, S., López, M., & Durán, L. (2016). ¿Las mujeres prefieren las cesáreas? *Perinatología y Reproducción Humana*, 30(3), 127-129. <https://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-articulo-las-mujeres-prefieren-cesareas-S018753371730002X>
- Vargas, C. (2018). Características epidemiológicas y factores asociados a la cesárea en el centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui de agosto 2016 a julio 2017. [Tesis de licenciatura inédita]. Universidad Privada Norbert Wiener. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3148665>
- Vázquez-Rodríguez, J., Arellano-Cornejo, K., Vázquez-Arredondo, J., Del Ángel-García, G., & Gaona-Ramírez, M. (2021). Maternal complications during cesarean section in patients with severe preeclampsia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 89(12), 956-962. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=102775>
- Velasteguí, J., Hernández, M., Real, J., Roby, A., Alvarado, H., & Haro, A. (2018). Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 37-44. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80701>
- Velazco, L. (2018). Complicaciones materno neonatales y su asociación con la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, atendidas en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado—2017. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3333>
- Yaipén-Sánchez, P., Ordinola-Luna, R., Gonzáles-Cornejo, L., & Fernández-Mogollón, J. (2017). Puntaje apgar obtenido en recién nacidos con sufrimiento fetal agudo en un hospital del ministerio de salud. Lambayeque, Perú. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque: REM*, 3(3), 90-93. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126904>
- Ybaseta-Medina, J. (2020). Ruptura uterina en gestantes con antecedente de cesárea previa. *Revista Médica Panacea*, 9(1), 1-3. <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/289>
- Ybaseta-Soto, G., Quijandría, C., & Ybaseta-Soto, M. (2020). Parto vaginal en gestantes con cesárea previa en un Hospital General de Perú. *Revista Médica Panacea*; 9(1), 4-12. <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/290>

Determinación de parto por cesárea en
pacientes con cesárea previa
*es un libro editado y publicado por la
editorial UTP en presentación electrónica
de descarga libre, publicado el 19 de
julio del 2023.*

