



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**COMPLICACIONES MATERNOPERINATALES Y PARTO
EUTÓCICO EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA, HOSPITAL
SERGIO E. BERNALES, 2020-2021**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
DALIA ROJAS CCOILLO**

**ASESORA
SARITA ASUNCION BOCANEGRA GONZALES**

**LIMA - PERÚ
2023**



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**COMPLICACIONES MATERNOPERINATALES Y PARTO
EUTÓCICO EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA,
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, 2020-2021**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
DALIA ROJAS CCOILLO**

**ASESORA
SARITA ASUNCION BOCANEGRA GONZALES**

LIMA, PERÚ

2023

Índice

Portada.....	i
Índice.....	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Descripción de la situación problemática.....	1
1.2 Formulación del problema.....	2
1.2.1 Problema General.....	2
1.2.2 Problemas específicos.....	2
1.3 Objetivos.....	2
1.3.1 Objetivo general.....	2
1.3.2 Objetivos específicos.....	3
1.4 Justificación.....	3
1.4.1 Importancia.....	3
1.4.2 Viabilidad y Factibilidad.....	4
1.5 Limitaciones.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Antecedentes bibliográficos.....	5
2.2 Bases Teóricas.....	8
2.3 Definición de términos básicos.....	10
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	12
3.1 Formulación.....	12
3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	12
3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	12
3.2 Variables Y Definición Operacional.....	12
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	14
4.1 Diseño Metodológico.....	14
4.2 Diseño Muestral.....	14
4.3 Técnica de recolección de datos.....	15
4.4 Procesamiento y análisis de datos.....	15
4.5 Aspectos éticos.....	16
ANEXOS.....	22

Resumen

Objetivo: Determinar las complicaciones materno-perinatales asociadas al parto eutócico en gestantes con cesárea previa, Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021.

Metodología: el diseño metodológico del estudio es cuantitativo, observacional, descriptivo, y transversal. El presente estudio incluirá a una población que cumpla con todos los criterios de elegibilidad que se mencionan en el acápite siguiente, el cual fue de 320 pacientes. El tipo de muestreo que se utilizará será probabilística aleatorizado, de un total de 183 pacientes, debido a que todos los pacientes tienen la posibilidad de ser ingresados en el estudio. La recolección de datos se empleará la técnica de análisis documental y la ficha de recolección de datos realizará por medio de revisión de historias clínicas. Esta ficha está compuesta por 13 preguntas, los cuales se dividieron en tres segmentos; 5 preguntas para las características sociodemográficas, 4 preguntas sobre las características maternas, y 4 preguntas sobre las características perinatales. Para su procesamiento se emplearán los programas Microsoft Office Excel 2019, después se exportará al programa SPSS v. 26.

Abstract

Objective: To determine the maternal-perinatal complications associated with normal delivery in pregnant women with a previous cesarean section, Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021.

Methodology: the methodological design of the study is quantitative, observational, descriptive, and cross-sectional. The present study will include a population that meets all the eligibility criteria mentioned in the following section, which was 320 patients. The type of sampling to be used will be randomized probabilistic, out of a total of 183 patients, since all patients have the possibility of being entered into the study. The data collection will use the documentary analysis technique and the data collection form will be carried out by reviewing medical records. This sheet is made up of 13 questions, which were divided into three segments; 5 questions for sociodemographic characteristics, 4 questions on maternal characteristics, and 4 questions on perinatal characteristics. For its processing, the Microsoft Office Excel 2019 programs will be used, then it will be exported to the SPSS v. 26.

NOMBRE DEL TRABAJO

**COMPLICACIONES MATERNOPERINATA
LES Y PARTO EUTOCICO EN GESTANTE
S CON CESÁREA PREVIA, HOSPITAL SER
GIO**

AUTOR

DALIA ROJAS CCOILLO

RECuento de palabras

4766 Words

Recuento de caracteres

26879 Characters

Recuento de páginas

28 Pages

Tamaño del archivo

1.2MB

Fecha de entrega

May 8, 2023 9:22 AM GMT-5

Fecha del informe

May 8, 2023 9:22 AM GMT-5

● **12% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cros:

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

El parto posterior a cesárea ha permitido que la morbilidad y mortalidad se hayan incrementado durante los últimos años. Aproximadamente el 80% de todos los partos vaginales únicos son a término mediante trabajo de parto espontáneo, mientras que el 11% son prematuros y el 10% son postérmino (1). A nivel mundial, la cesárea se debe de emplear como procedimiento de urgencia o emergencia; permitiendo poder salvaguardar la vida del neonato y de la madre. Sin embargo, en los últimos años este procedimiento se viene realizando cada vez con más frecuencia, consecuentemente con un incremento de la probabilidad de complicaciones maternos (2).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cesáreas solo se deben emplear en casos necesarios, y las tasas de cesáreas con una prevalencia superior a 10%, genera un incremento en las tasas de complicaciones maternas y neonatales. Aun no quedan claros la repercusión de la cesárea en términos de morbilidad materna, mortinatalidad, morbilidad perinatal, resultados en personas pediátricas, además de un bien social o psicológico (3).

En este mismo contexto, la incidencia de cesárea se ha incrementado entre los países del tercer mundo como en países desarrollados; sin embargo, la distribución es muy desigual, con un total del 29.2% entre Latinoamérica y el Caribe, considerándose una de las tasas más elevadas a nivel mundial; además se reportó un 3.5% de prevalencia en el continente africano. los países desarrollados tienen una prevalencia del 21.1%; caso contrario se presenta entre países considerados del tercer mundo, entre los cuales llega a solo un 2%(4,5).

En el Perú, la prevalencia llegó ser del 31.06%, siendo los departamentos de Lambayeque y Tumbes con mayor incidencia(6); asimismo para el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2019, la prevalencia se ha incrementado a un 45%, mostrando una alarmante elevación del número de casos(7).

Los partos por cesárea se encuentran relacionados a secuelas como es la pérdida de sangre, presencia de efectos adverso a la anestesia, aumento de la

probabilidad de infección, o la infección de la herida operatoria que pueden generar daños a los órganos adyacentes que pueden persistir en el tiempo o hasta el siguiente embarazo (8).

La presencia de complicaciones materno –perinatales son variadas, sin embargo no se han reportado de manera directa, además se debe de tener en cuenta que existen estudios observacionales que muestran la asociación entre la ruptura uterina entre los que tienen antecedente de cesárea; así como su asociación a la oxitocina y la secreción de prostaglandina E2, no mostrando resultados consistentes (9).

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuáles son las complicaciones materno-perinatales asociadas al parto eutócico en gestantes con cesárea previa, Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuáles son las complicaciones maternas asociadas al parto eutócico en gestantes con cesárea previa en el Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021?

¿Cuáles son las complicaciones perinatales asociadas al parto eutócico en gestantes con cesárea previa en el Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021?

¿Cuáles son las características materno-perinatales de las pacientes que entran a parto eutócico en gestantes con cesárea previa en el Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar las complicaciones materno-perinatales asociadas al parto eutócico en gestantes con cesárea previa, Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021

1.3.2 Objetivos específicos

Establecer las complicaciones maternas asociadas al parto eutócico en gestantes con cesárea previa en el Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021

Conocer las complicaciones perinatales asociadas al parto eutócico en gestantes con cesárea previa en el Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021

Identificar las características materno-perinatales de las pacientes que entran a parto eutócico vs distócico en gestantes con cesárea previa en el Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

El presente estudio permitirá lograr obtener la prevalencia de las complicaciones materno-perinatales más importantes, debido a que la vida tanto de la madre como del nuevo ser son de vital importancia en el contexto perinatal. Asimismo, se sabe que el proceso natural del embarazo debe culminar en un parto eutócico, lo cual permite una adecuada recuperación del útero permitiendo así una óptima preparación para una próxima fecundación teniendo en cuenta un adecuado periodo intergenésico.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que existen gestaciones que no cursan de manera adecuada generando complicaciones que no culminan en partos vaginales, y es en ese caso en el cual se creó una actividad de emergencia, que es la cesárea. En tal sentido, durante las últimas décadas, este método se volvió electivo, lo cual ha permitido su incremento constante, generando repercusiones sobre la madre debido a que prolonga su recuperación y limita la posibilidad de partos eutócicos posteriores.

Además, este claro aumento se ha dado debido a la solicitud y decisión de las gestantes en culminar su gestación en cesárea; generando complicaciones a corto y largo plazo.

Por lo antes descrito, y ante la presencia de la problemática actual en condiciones de pandemia, es de vital importancia describir las complicaciones que se presentan por este tipo de elección de parto.

1.4.2 Viabilidad y Factibilidad

Es viable el presente estudio debido a que hay disponibilidad de recursos financieros, humanos, materiales, de ética profesional, tiempo, con una buena orientación de nuestras docentes para el mejor conocimiento del tema, conocemos sobre la metodología de estudio y el grupo de estudio.

Además, se cuenta con la disponibilidad del investigador, el esfuerzo y la garantía de elaborar bien esta investigación. Por otro lado, a través de la empatía

lograremos la comunicación recíproca entre la paciente, lo cual nos permitirá realizar de manera eficaz el estudio y lograr efectuar los objetivos de la presente investigación.

1.5 Limitaciones

Dentro de las limitantes del estudio se pueden estipular todas aquellas que generen dificultades en la realización del estudio, el cual en nuestro estudio no se presentarán debido a que los permisos y la resolución económica serán cubiertos por el mismo investigador; asimismo, el lugar donde se realizará es el área donde el investigador está laborando actualmente, teniendo las facilidades para los permisos y realización del estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes bibliográficos

INTERNACIONALES

Asgarian *et al*, en Irán (2019), reportó La edad materna media oscila entre 27 y 37 años, además el éxito del VBAC fue del 85.33% y solo el 14.67% repitieron cesárea posterior a la falta de fracaso de un parto eutócico. Asimismo, el tiempo medio entre el parto y la cesárea anterior demostró estar relacionado estadísticamente entre los grupos con resultado positivo y negativos ($p:0.002$).

En el mismo contexto, los resultados mostraron que la principal causa de falla de VBAX fue el incremento del tiempo de parto (OR: 4.7), paro cardíaco (OR: 2.7), disminución de la frecuencia cardíaca fetal (OR=5.31). entre las conclusiones se obtuvo que tuvo una alta tasa de éxito; por el contrario, el PVDC obtuvo un nivel de éxito mayor en aquellos con periodos intergenésico largo y se observaron menos complicaciones entre los intervalos 2 y 4 años (10).

Young C *et al.* en Canadá (2018); demostrando que la morbilidad materna grave son bajas, sin embargo, se asocia significativamente con niveles altos posterior al intento de parto comparado con aquellas que es cesárea repetida. Las diferencias entre las tasas morbilidad materna y neonatal graves son pequeñas; además, la asociación entre el parto eutócico posterior a la cesárea y la presencia de la morbilidad neonatal grave demostró tener un empeoramiento temporal (RR ajustado:2.07). Se concluye que las tasas de resultados adversos se reportaron como bajas, y la asociación del intento de parto vaginal y las morbilidad materna es alta (11).

Krizman E *et al.*, en Estados Unidos (2019), se halló que Un total de 1.837 cumplieron los criterios de inclusión. Los sujetos en los grupos de cirugía vaginal (DVO) contaban con una probabilidad mayor de tener un antecedente de un parto vaginal previo (vacío 34,2%; fórceps 34,3%) que el grupo de parto por cesárea repetida (RCD) (22,6%; $p < 0,0001$). La mayoría de los intentos de OVD tuvieron éxito (fórceps 90,4%; vacío 92,6%). La morbilidad neonatal no fue diferente (12,1% fórceps vs 14,6% de vacío; 14,8% RCD). La morbilidad materna fue más alta entre los partos con fórceps (32,3 frente a 24,3% de vacío; 22,0% RCD, $p = 0,0001$). La RCD se asoció con lesión quirúrgica (2,7% vs 0,7% fórceps; 0% de vacío; $p < 0,0001$), endometritis (8,4% vs 3,2% fórceps, 1,2% de vacío; $p < 0,0001$) y complicaciones de la herida (1,9% vs 0,4%) fórceps; 0,3% de vacío; $p = 0,006$). La DVO se asoció con laceración del esfínter anal (22,7% con fórceps, 15,5% de vacío; 0% RCD; $p = 0,01$). Se concluyó que la tasa de éxito de OVD es alta en TOLAC con resultados similares a RCD. Los resultados compuestos maternos fueron más altos con los partos vaginales asistidos con fórceps. Sin embargo, considerando la morbilidad general, la DVO en la

segunda etapa del trabajo de parto en TOLAC es una opción razonable y segura en casos seleccionados(12).

Takeya A *et al*, en Japón (2020) informaron que registraron a 647 098 nacimientos, de los cuales los criterios de inclusión fueron 34 460 mujeres, 5% (1730) se sometieron a TOLAC, mientras que el 95% (32 730) fueron sometidos a ERCD. En total, el 76,4% de los hospitales no realizaron TOLAC en absoluto. Generalmente en los centros médicos perinatales, que están mejor equipados con instalaciones, el 58,7% de las mujeres no realizaron TOLAC. En cuanto a las complicaciones, identificamos ocho casos (0,46%) de rotura uterina con TOLAC. Los nacimientos TOLAC no incluyeron la muerte materna y la muerte perinatal. Entre las mujeres que intentaron TOLAC, 1532 (88,6%) tuvieron partos vaginales exitosos; se llegó a la conclusión que la tasa de TOLAC en Japón fue considerablemente más baja que la reportada en otros países, a pesar de las tasas de complicaciones comparables(13).

Davidson C *et al*, en Estados Unidos (2019), encontraron que Setecientas mujeres con una cesárea previa y 73 mujeres con dos cesáreas previas se sometieron a TOLAC después de la implementación de la guía de 2011. La morbilidad materna compuesta fue similar entre los grupos (18,3 frente al 23,3%, $p = 0,30$ para las mujeres con 1 frente a 2 partos por cesárea previos, respectivamente). Lo mismo sucedió al comparar mujeres con 1 versus 2 cesáreas previas que nunca habían tenido un parto vaginal previo (25.5 versus 33.3%, $p = .28$ para 1 versus 2 partos por cesárea previos, respectivamente). No hubo diferencias en los resultados neonatales. La tasa de éxito del parto eutócico posterior a una cesárea (PVDC) fueron similares entre los grupos (78,9% en féminas con 1 cesárea previa vs 74,0% en féminas con 2 cesáreas previas, $p = 0,33$), incluso cuando solo se analizaron mujeres sin parto eutócico previo. 69,4% en mujeres con 1 cesárea previa versus 71,4% en mujeres con 2 cesáreas previas, $p = 0,78$). Se concluyó que la adopción de los cambios en la práctica de TOLAC del ACOG, específicamente ofrecer TOLAC a mujeres con dos cesáreas previas incluso sin un parto vaginal previo, y ofrecer inducción del trabajo de parto independientemente de la favorabilidad del cuello uterino, puede aumentar

las tasas de VBAC sin aumentar la morbilidad materna o neonatal de TOLAC (14).

NACIONALES

Juscamaita A, Lévano J y Lazo M (2013), Perú; emplearon una metodología que tiene de acuerdo al tipo de recolección de datos retrospectivo, y comparativo; en el que se incluyeron a un total de 398 gestante que tenían antecedente de una cesárea anterior. Además, se halló que el área bajo la curva ROC, se obtuvo un 0.79 según la escala de Flamm y 0.74 para la presencia de la escala de Grobman, cursando con una diferencia estadística significativa ($p=0,03$). Al comparar puntajes entre ambos sistemas se observó que el mejor predictor fue la escala de Flamm; mostrando que son útiles para la predicción el éxito en aquellos que desean optar por el parto eutócico luego de un antecedente de cesárea(15).

Sáenz C, Santana S y Torres L (2010), Perú; emplearon el método de investigación descriptivo para una serie de casos, en el que incluyeron a 1591 pacientes. Se obtuvo que la tasa de parto vaginal luego de una cesárea es del 19%, y el 81% se sometió a cesárea. Asimismo, se reportó que se presentó endometritis en 18 casos, y 3 cursaron con infección de herida operatoria; y hubo pocos casos con bajo APGAR, y ninguna muerte neonatal. Se concluyó que las complicaciones con similares en los dos grupos(16).

Huertas E y Pocco D (2010), Perú; utilizaron un método de estudio de cohorte, retrospectivo, analítico, en el cual se incluyeron a 584 historias clínicas. Se incluyeron a un total de 266 gestantes que cumplían los criterios, el 65.3% cursaron con éxito. Además, entre los resultados maternos se obtuvo una histerectomía, 2 pacientes con hemorragia postparto, y 1 histerectomía; entre los grupos de prueba no obtuvieron rotura uterina, hemorragia postparto. Asimismo, entre las complicaciones perinatales, no se observación muertes bu apgar es bajo (17).

Santisteban J, Sánchez M y Minaya L (2010), Perú, se empleó un método descriptivo, longitudinal, en el que se incluyeron a 89 casos, el 86.5% cursaron

con éxito en el parto vaginal, 69.7% en partos espontáneos, mientras que 14.6% por parto con estimulación con oxitocina. Entre los factores obstétricos el control prenatal es del 76.4%; 68.5% APGAR normal, edad media materna es 27.3 años, educación secundaria en el 60.7%, ama de casa en el 79.7%, mientras que el 13.5% curso con fracaso de parto. Entre los factores obstétricos están la presentación podálica, distocia uterina y sufrimiento fetal (18).

2.2 Bases Teóricas

La cesárea es considerada al parto que se lleva a cabo por medio de una incisión quirúrgica que se realiza en el abdomen, (también conocida como laparotomía), además estos involucran en el corte del útero para extraer al bebe. Esta actividad debe de practicarse solo en el caso de que el parto eutócico conduzca a complicaciones médicas. Es necesario tener en cuenta de no confundirlo episiotomía con la episiotomía, el cual consta de una incisión en el periné para que el parto sea más viable; a diferencia de la cesárea que se debe de realizar por encima de la pelvis (19).

Las cesáreas se pueden clasificar según diversas características como

a) Antecedentes obstétricos

Primera vez

Iterativa: haber sido cesareada en dos o más oportunidades

Previa: tener una cesárea anterior

b) Indicaciones

Electiva: es la cesárea que se programa para su realización de acuerdo a indicación del especialista, además se realiza antes del trabajo de parto.

Urgente: Es la cirugía que se lleva a cabo con la finalidad de prevenir complicaciones y lograr solucionar las etapas críticas del feto y de la madre.

c) Técnica quirúrgica

Segmento corporal (Beck)

Segmento arciforme (Kerr)

Corporal o clásica (20).

Como se acabada de mencionar en la clasificación anterior, la técnica quirúrgica se detalla a continuación:

1. **Corporal/Clásica:** el tipo de incisión es vertical realizado en el cuerpo del útero. Entre las indicaciones con más frecuencias están la gestación pretérmino, situación transversa del feto, neoplasia maligna cervical uterina, proceso adherencial, histerorrafia corporal anterior, varices en segmento inferior, cesárea postmortem, placenta previa, mioma uterino de gran tamaño y en aquellos casos en el que se decide realizar histerectomía post cesárea. Entre las desventajas tanto la apertura como su cierre es difícil, hemorragia masiva, frecuentes adherencias, histerorrafia de poca resistencia que podrá ser dehiscente durante una nueva gestación (21).
2. **Segmental corporal o Beck:** el tipo de incisión es vertical y es realizado en el segmento y parte del útero. Dentro de las principales indicaciones están la gestación gemelar, y prematuro, situación transversa del feto, presentación de pelvis, presencia de placenta previa, histerorrafia corporal anterior o presencia de anillo de retracción. Entre las desventajas son similares a las propuestas en la clásica (21).
3. **Segmental transversal o arciforme tipo Kerr:** la incisión es la más empleada debido a la presencia de múltiples ventajas. La realización es de tipo transversal en el segmento inferior, permitiendo una menor hemorragia, además de presentar una apertura fácil de la pared uterina, al igual que el cierre del mismo. Asimismo, la cicatriz es mucho más resistente y cursa con baja probabilidad de dehiscencia y/o ruptura en los casos de gestaciones siguientes, disminuyendo la presencia de adherencias.

Complicaciones

Entre los riesgos que se deben de valorar en pacientes con una cesárea anterior están en primera instancia documentar adecuadamente el tipo incisional uterina que se ha empleado, en caso de que la información no está clara o disponible es necesario investigar si la histerotomía fue segmentaria o transversa. En caso esta probabilidad sea alta, se debe de realizar una prueba de parto por vía vaginal; y debemos tener en cuenta que las incisiones desconocidas en su mayoría son transversa bajas y por tanto ofrecen un riesgo bajo de ruptura uterina (22,23).

Existe un mayor riesgo que se asocian al parto vaginal, entre los cuales se encuentran una mortalidad perinatal de 0.13% comparado con el 0.05% ($p=0.002$); esto debido a su asociación con el riesgo de ruptura uterina, así

como las acidosis metabólicas neonatales severas, el cual se presenta en el 33% de las rupturas uterinas a término. Sin embargo, debemos tener en cuenta que no hay evidencia suficiente sobre la presencia de sepsis, trauma, encefalopatía hipóxico-isquémica o daño neurológico a largo plazo (22,24).

En un estudio realizado en un total de 1185 féminas no se halló diferencia entre el parto antes de los 19 meses o posterior (79% vs 85.5%, $p=0.12$). Comparado con otro estudio en 1768 féminas el riesgo de ruptura uterina disminuye conforme se incrementa el tiempo con respecto un tiempo menor a 18 meses de la cesárea anterior con un 4.8%, entre los 18 y 23 meses es de 1.9%; y más o igual a 24 meses en un 1.3%. En tal sentido, existe incremento del riesgo de rotura uterina si ocurre parto anterior a los 18 meses del proceso quirúrgico anterior. Además, el riesgo deben de comunicarse a la gestante para una planificación adecuada en futuros embarazos (25).

2.3 Definición de términos básicos

Complicaciones materno perinatales.- se le consideran aquellos riesgos que ocurren en el embarazo; que involucran la salud tanto de la madre o del bebe o ambos(26).

Parto eutócico.- se le conoce como parto espontaneo que se lleva a cabo con un bajo riesgo durante el inicio del parto y es mantenido hasta su alumbramiento, de manera frecuente el nuevo ser nace en posición cefálica durante las semanas 37 y 42, asimismo, los dos se deben encontrar en condiciones óptimas (27).

Cesárea.- El parto de un feto a través de incisiones quirúrgicas hechas mediante una laparotomía (abdominal) y la histerotomía (28).

Morbilidad. - estado de tener una enfermedad o condición específica. Si bien la morbilidad puede referirse a una afección aguda, como una infección respiratoria, a menudo se refiere a una afección crónica (de larga duración)(29).

Oxitocina. - tiene un papel en el proceso reproductivo de las féminas. Este es una hormona que es liberada en cantidades elevadas cuando se está en el trabajo de parto y posterior a la estimulación del pezón. Además, ayuda al parto y a la lactancia, su aplicación es antigua y tiene un uso terapéutico. Es un estimulante ampliamente empleado para inducir o estimular el trabajo de parto, especialmente a término, cuando están presentes los receptores de oxitocina

adecuados. También es uno de los principales fármacos uterotónicos utilizados para prevenir la hemorragia posparto(30).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

No amerita el planteamiento de hipótesis debido a que son objetivos descriptivos.

3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

No amerita el planteamiento de hipótesis debido a que son objetivos descriptivos.

3.2 Variables Y Definición Operacional

Variabl e	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicadores	Escal a de medic ión	Categorías	Medio de verificación
Características sociodemográficas						
Edad materna	Cantidad de años cuantificados en años.	Cuantitativa	En cantidad de años	Ordinal	<20 años ≥20 años	DNI
Estado civil	Característica que determina su situación jurídica.	Cualitativa	De acuerdo al DNI	Nominal	Soltera Casada/Conviviente Viuda Divorciada	DNI
Grado de instrucción	Nivel máximo de estudios.	Cualitativa	Según historia clínica	Ordinal	Primaria Secundaria Superior	Historia clínica
Trabaja	Situación laboral actual	Cualitativa	Según historia clínica	Nominal	Sí No	Historia clínica
Paridad	Número de partos.	Cualitativa	Según historia clínica	Ordinal	Múltipara Gran Múltipara	Historia clínica
Complicaciones maternas						
Cesárea posterior a trabajo	Intervención quirúrgica	Cualitativa	Según historia clínica	Nominal	Sí No	Historia clínica

de parto	realizada posterior a la presencia de un trabajo de parto no viable.					
Ruptura uterina	Rotura del útero por complicación del trabajo de parto.	Cualitativa	Según historia clínica	Nominal	Sí No	Historia clínica
Hemorragia postparto	Sangrado profuso luego del parto.	Cualitativa	Según historia clínica	Nominal	Sí No	Historia clínica
Estancia hospitalaria	Hospitalización ≥ 6 días	Cualitativa	Según historia clínica	Nominal	Sí No	Historia clínica
Complicaciones perinatales						
APGAR	Prueba de adaptabilidad y vitalidad del recién nacido.	Cualitativa	Según historia clínica	Nominal	Sí No	Historia clínica
Resucitación	Necesidad de RCP neonatal.	Cualitativa	Según historia clínica	Nominal	Sí No	Historia clínica
Admisión en unidad neonatal	Ingreso al área de unidad de cuidados intensivos.	Cualitativa	Según historia clínica	Nominal	Sí No	Historia clínica
Resultado perinatal adverso compuesto	Se considera a la morbilidad, severa, secuelas o muerte.	Cualitativa	Según historia clínica	Nominal	Sí No	Historia clínica

Activar Windows

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño Metodológico

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación cursa con un enfoque metodológico de tipo cuantitativo, debido a que las variables incluidas en el presente estudio serán cuantificadas de manera numérica y se procesarán mediante técnicas estadísticas.

Además, de acuerdo a la intervención del investigador es observacional, debido a que solo se observará cómo se comportan las variables sin manipularlas.

Según el alcance del estudio es descriptivo, ya que la recolección de datos se basa en buscar la correlación de las variables.

De acuerdo al número de mediciones de las variables de nuestro estudio es transversal

Según el momento de recolección de datos es retrospectivo, debido a que se basaran en las historias clínicas.

4.2 Diseño Muestral

Población universo

La población a incluirse en el presente estudio es la totalidad de pacientes que se fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales durante el año 2020-2021

Población de estudio

El presente estudio incluirá a una población que cumpla con todos los criterios de elegibilidad que se mencionan en el acápite siguiente, el cual fue de 320 pacientes.

Criterios de elegibilidad

De inclusión:

- Gestantes que hayan acudido al Hospital Sergio E. Bernales
- Gestante que tenga diagnóstico de cesárea previa
- Gestante que culmine en parto eutócico

De exclusión:

- Gestante que culmine en parto distócico

- Gestante múltiple

Tamaño de la muestra

La muestra se obtendrá mediante muestra estadísticamente representativa, en tal sentido, se empleará la siguiente fórmula en el que se trabajará con un nivel de confianza del 95%, error muestral del 5%, para lo cual se incluirá a una población de 350 pacientes.

$$n = \frac{350 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (350 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} \cong 183$$

Muestreo o selección de la muestra

El tipo de muestreo que se utilizará será probabilística aleatorizado, de un total de 183 pacientes, debido a que todos los pacientes tienen la posibilidad de ser ingresados en el estudio.

4.3 Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos se empleará la técnica de análisis documental y la ficha de recolección de datos realizará por medio de revisión de historias clínicas. Esta ficha está compuesta por 13 preguntas, los cuales se dividieron en tres segmentos; 5 preguntas para las características sociodemográficas, 4 preguntas sobre las características maternas, y 4 preguntas sobre las características perinatales. En cuanto a la validación del instrumento será realizados por medio de juicio de 5 expertos, que incluye como mínimo a un especialista (gineco-obstetra), un estadista y un asesor metodológico; los que luego se validarán por medio de la aplicación de V de Aiken.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos por medio de la revisión documental de historias clínicas, se codificarán para luego ser registrados de manera anónima en el programa Microsoft Office Excel 2019, después se exportará al programa SPSS v. 26; en este programa se realizaran el procesamiento estadístico descriptivo (media, y desviación estándar), e inferencial, que incluye la determinación del coeficiente de correlación, mediante la prueba de Spearman.

4.5 Aspectos éticos

Para la realización de la presente investigación se respetarán los principios de ética entre los cuales se están incluyendo la confidencialidad y la autonomía de cada uno de los pacientes; de la misma manera, se cumplirán con todos los criterios que pide el comité ético de la Universidad Privada de San Martín de Porres, incluyendo cada uno de los principios de No maleficencia, justicia, beneficencia.

CRONOGRAMA

MESES	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
FASES						
Aprobación del proyecto de investigación	X	X				
Recolección de datos			X	X		
Procesamiento y análisis de datos				X	X	
Elaboración de informe						X

PRESUPUESTO

Personal	Costo	Costo total
Investigador	500	1850
Asesor metodológico	800	
Asesor estadístico	300	
Especialista	200	
Digitador	50	
Servicios		
Fotocopias	250	570
Anillado	40	
Transporte	280	
Suministros, insumos		
Útiles de oficina en general	100	2630
USB	30	
Laptop	2500	
Otros		
Total		5050

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Desai NM, Tsukerman A. Vaginal Delivery [Internet]. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2021 [citado 21 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559197/>
2. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage [Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2010 [citado 14 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. Suiza; 2019 [citado 19 de mayo de 2021]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=95090794F0CB23C75F4F7399C1FA7175?sequence=1
4. Betrán AP, Merialdi M, Lauer J, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: Analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2017;21(2):98-113.
5. Byamugisha J, Adroma M. Caesarean Section in Low-, Middle- and High-Income Countries [Internet]. *Recent Advances in Cesarean Delivery*. IntechOpen; 2020 [citado 14 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.intechopen.com/books/recent-advances-in-cesarean-delivery/caesarean-section-in-low-middle-and-high-income-countries>
6. Sinchitullo Castillo AE, Roldán-Arbieto L, Arango-Ochante PM. Factors associated with cesarean delivery in a Peruvian Hospital. *RFMH*. 2020;20(3):452-9.
7. Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín Estadístico 2019. Lima - Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2019.
8. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. *Williams Obstetricia*. 25a ed. Vol. 1. Mexico: Mc GrawHill; 2019.
9. Vecchioli E, Cordier AG, Chantry A, Benachi A, Monier I. Maternal and neonatal outcomes associated with induction of labor after one previous cesarean delivery: A French retrospective study. Gurgel RQ, editor. *PLoS ONE*. 2020;15(8):e0237132.

10. Asgarian A, Rahmati N, Nasiri F, Mohammadbeigi A. The Failure Rate, Related Factors, and Neonate Complications of Vaginal Delivery after Cesarean Section. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2019;25(1):65-70.
11. Young CB, Liu S, Muraca GM, Sabr Y, Pressey T, Liston RM, et al. Mode of delivery after a previous cesarean birth, and associated maternal and neonatal morbidity. *CMAJ.* 2018;190(18):E556-64.
12. Krizman E, Grzebielski P, Antony KM, Sampene E, Shanahan M, Iruretagoyena JI, et al. Operative Vaginal Delivery Is a Safe Option in Women Undergoing a Trial of Labor after Cesarean. *AJP Rep.* 2019;09(02):e190-4.
13. Takeya A, Adachi E, Takahashi Y, Kondoh E, Mandai M, Nakayama T. Trial of labor after cesarean delivery (TOLAC) in Japan: rates and complications. *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 2020;1(301):995-1001.
14. Davidson C, Bellows P, Shah U, Hawley L, Drexler K, Gandhi M, et al. Outcomes associated with trial of labor after cesarean in women with one versus two prior cesarean deliveries after a change in clinical practice guidelines in an academic hospital*. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* 2020;33(9):1499-504.
15. Vargas Juscamaita AT, Lévano Castro JA, Lazo Porras M de los Á. Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hosp. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2013;59(1):261-6.
16. Sáenz CN, Santana SR, Torres L. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones maternoneonatales. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2010;56(1):232-7.
17. Huertas Tacchino E, Pocco Hinostraza DJ. Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010;56:284-8.
18. Aquino JES, Pérez MDSCS, Minaya LL. Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital «Laura Esther Rodríguez Dulanto» de Supe. 2004-2008. *Rev Aporte Santiaguino.* 2010;222-30.
19. Cunningham FG, Williams JW. *Williams obstetricia* [Internet]. 25a ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2019 [citado 26 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3214442>
20. Menacho M. I, Arancibia UFL. Césarea electiva. *Univ Cienc Soc* [Internet]. 2010 [citado 25 de agosto de 2021];1(2). Disponible en:

http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=&lng=es&nrm=iso&tlng=

21. Sáenz C, Santana S, Torres L. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones maternoneonatales. *Rev peru ginecol obstet.* 2015;56(3):232-7.
22. Ministerio de Salud del Perú. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Perú [Internet]. Lima-Perú: Ministerio de Salud; 2004 [citado 25 de agosto de 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
23. Eshkoli T, Weintraub AY, Sergienko R, Sheiner E. Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208(3):219.e1-7.
24. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth [Internet]. Estados Unidos: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2015 [citado 10 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.rcog.org.uk/media/kpkjwd5h/gtg_45.pdf
25. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. [Internet]. España: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010. Disponible en: http://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_protocolo_pvdc_2010.pdf
26. Office of Women's Health. Pregnancy complications [Internet]. 2020 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.womenshealth.gov/pregnancy/youre-pregnant-now-what/pregnancy-complications>
27. Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area 1 de salud de la región de Murcia. *AIBR* [Internet]. 2012 [citado 2 de febrero de 2022];07(02). Disponible en: <https://www.aibr.org/antropologia/07v02/articulos/070204.pdf>
28. Medscape. Cesarean Delivery: Overview, Preparation, Technique. 2021 [citado 2 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/263424-overview>

29. Healthline. Morbidity vs. Mortality Rate: What's the Difference? [Internet]. Healthline. 2020 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.healthline.com/health/morbidity-vs-mortality>
30. Magon N, Kalra S. The orgasmic history of oxytocin: Love, lust, and labor. *Indian J Endocrinol Metab.* 2011;15(Suppl3):S156-61.

ANEXOS

Anexo 1. INSTRUMENTO- FICHA DE RECOLECCION DE DATOS HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Título: COMPLICACIONES MATERNOPERINATALES ASOCIADO AL PARTO EUTOCICO EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA, HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, 2020-2021

Nº DE FICHA: ----- Nº DE HISTORIA CLINICA: -----

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Edad materna

- a. <20 años
- b. ≥20 años

2. Estado civil

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Viuda
- d. Divorciada

3. Grado de instrucción

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Superior

4. Trabaja

- a. Si
- b. No

5. Paridad

- a. Multípara
- b. Gran Multípara

COMPLICACIONES MATERNAS:

1. Cesárea posterior a trabajo de parto

- a. Si
- b. No

2. Ruptura uterina

- a. Si
- b. No

3. Hemorragia postparto

- a. Si
- b. No

4. Estancia Hospitalaria

- a. Si
- b. No

COMPLICACIONES PERINATALES

1. Apgar <7 a los 5'

- a. Si ()
- b. No ()

2. Resucitación

- a. Si ()
- b. No ()

3. Admisión a unidad neonatal

- a. Si ()
- b. No ()

4. Resultado perinatal adverso compuesto

- a. Si ()
- b. No ()

ANEXO N°2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuáles son las complicaciones materno-perinatales asociadas al parto eutócico en gestantes con cesárea previa, Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021?</p> <p>Específicos: PE1: ¿Cuáles son las complicaciones maternas asociadas al parto eutócico en gestantes con cesárea previa en el Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021?</p> <p>PE2: ¿Cuáles son las complicaciones perinatales asociadas al parto eutócico en gestantes con cesárea previa en el Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021?</p> <p>PE3: ¿Cuáles son las características materno perinatales de las pacientes que entran a parto eutócico</p>	<p>General: OG: Determinar las complicaciones materno-perinatales asociadas al parto eutócico en gestantes con cesárea previa, Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021</p> <p>Específicos: OE1: Establecer las complicaciones maternas asociadas al parto eutócico en gestantes con cesárea previa en el Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021</p> <p>OE2: Conocer las complicaciones perinatales asociadas al parto eutócico en gestantes con cesárea previa en el Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021</p> <p>OE3: Identificar las características materno</p>	<p>General: HG: No amerita el planteamiento de hipótesis debido a que son objetivos descriptivos.</p> <p>Específicas: HE1: No amerita el planteamiento de hipótesis debido a que son objetivos descriptivos.</p> <p>HE2: No amerita el planteamiento de hipótesis debido a que son objetivos descriptivos.</p> <p>HE3: No amerita el</p>	<p>Variable</p> <p>Características sociodemográficas Edad materna Estado civil Grado de instrucción Trabaja Paridad</p> <p>Complicaciones maternas Cesárea posterior a trabajo de parto Ruptura uterina Hemorragia postparto Estancia hospitalaria ≥6 días</p>

en gestantes con cesárea previa en el Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021?	perinatales de las pacientes que entran a parto eutócico vs distócico en gestantes con cesárea previa en el Hospital Sergio E. Bernales, 2020-2021	planteamiento de hipótesis debido a que son objetivos descriptivos.	
Diseño metodológico		Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El nivel de estudio es no experimental <p>- Tipo de Investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observacional, transversal • Descriptivo 	<p>Población:</p> <p>La población estará constituida por los pacientes que cumplan con los siguientes criterios de elegibilidad:</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <p>Gestantes que hayan acudido al Hospital Sergio E. Bernales</p> <p>Gestante con antecedente de cesárea previa</p> <p>Gestante que haya culminado en parto eutócico</p> <p>Criterios de exclusión</p> <p>Gestante que culmine en parto distócico</p> <p>Gestante múltiple.</p> <p>Muestra</p> <p>La muestra se obtuvo mediante la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión en la población y el tipo de muestreo es estadística probabilística</p>	<p>Técnica:</p> <p>Documental</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos 	