



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Complicaciones del parto en cesareadas anteriores Hospital Carlos Alcántara

Butterfield 2019 - 2021

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Rocca Bernal, Juan De Dios

(ORCID: 0009-0004-0938-6680)

ASESORA

Ramos La Madrid, Myriam Rosa

(ORCID: 0009-0000-2883-9949)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Rocca Bernal, Juan De Dios

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 44172272

Datos de la asesora

Ramos La Madrid, Myriam Rosa

Tipo de documento de identidad de la ASESORA: DNI

Número de documento de identidad de la ASESORA: 06024000

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Paredes Ayala, Benjamín

DNI: 06254175

Orcid: 0000-0003-3048-8468

SECRETARIO: Herrera Vera, Alfredo José

DNI: 09399530

Orcid: 0009-0003-1082-7124

VOCAL: Calderón Cornejo, Jorge Richard

DNI: 10790589

Orcid: 0009-0000-5221-1385

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.02

Código del Programa: 912399

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Juan De Dios Rocca Bernal, con código de estudiante N°202021075, con DNI N° 44172272, con domicilio en calle Fray Angélico 443 departamento 401, distrito San Borja, provincia y departamento de Lima, en mi condición de Médico Cirujano de la Escuela de Residencia Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

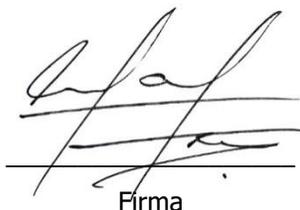
El presente Proyecto de Investigación titulado: "Complicaciones del parto en cesareadas anteriores Hospital Carlos Alcántara Butterfield 2019 - 2021" es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Myriam Rosa Ramos La Madrid, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 18% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 22 de abril del 2024



Firma

Juan De Dios Rocca Bernal

N° DNI:44172272

Complicaciones del parto en cesareadas anteriores Hospital Carlos Alcántara Butterfield 2019 - 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	Submitted to unjbg Trabajo del estudiante	4%
3	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	3%
4	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	revistas.investigacion-upelipb.com Fuente de Internet	1%
7	www.colibri.udelar.edu.uy Fuente de Internet	1%
8	Submitted to uncedu Trabajo del estudiante	1%
9	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	

		1 %
10	docplayer.es Fuente de Internet	1 %
11	revistas.uap.edu.pe Fuente de Internet	1 %
12	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

ÍNDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Línea de investigación.....	2
1.4 Objetivos: General y específicos	2
1.4.1 General	2
1.4.2 Específicos.....	2
1.5 Justificación	2
1.6 Delimitación.....	3
1.7 Viabilidad	3
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	4
2.1 Antecedentes de investigación.....	4
2.2 Bases teóricas.....	9
2.3 Definiciones conceptuales	9
2.4 Hipótesis.....	9
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	10
3.1 Tipo de estudio.....	10
3.2 Diseño de investigación	10
3.3 Población y muestra	10
3.3.1 Población	10
3.3.2 Muestra	11
3.4 Operacionalización de variables.....	11
3.4.1 Variables	11
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	11
3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos	11
3.7 Aspectos éticos.....	11
CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA	12
4.1 Recursos.....	12
4.2 Cronograma.....	12

4.3 Presupuesto	13
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
ANEXOS	16
1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	16
2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	18
3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	19

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La paciente en gestación con antecedente de cesárea previa se ha convertido en las últimas décadas tema de investigación de muchos autores nacionales además de internacionales, y esto se debe a la especial condición y a lo controversial que podría resultar su manejo en la vía de la finalización de la gestación.

Cragin en 1916, lanzó la premisa de «una cesárea, siempre cesárea», que continuó defendiéndola hasta la década de los setenta. Esta idea inicio a cambiar progresivamente aproximadamente hace treinta años, debido a que muchos investigadores describen la posibilidad segura de dar chance vaginal después de una cesárea previa(1).

El parto vaginal posterior a una cesárea, refiere a una mujer que da un parto vaginal que previamente dio “parto” por cesárea en una gestación anterior. Las pacientes que aceptan realizar esta práctica, ingresan a una experiencia distinta de trabajo de parto (por el antecedente de cesárea previa), también llamada “prueba de trabajo de parto después de una cesárea” conocida también por sus iniciales “TOLAC”. En la actualidad esta es una práctica bien aceptada y habitualmente segura para las pacientes, pero presenta importantes complicaciones a tener en cuenta como dehiscencia de cicatriz uterina, ruptura uterina y aumento de la morbilidad del neonato y/o materna (2).

En lo manifestado por la OMS sobre las tasas de “parto por cesárea”, considera que la tasa ideal de cesárea debe encontrarse entre el 10% y el 15% pero a nivel mundial, esta práctica es cada vez más frecuentes tanto en los países desarrollados como en países en vías de desarrollo(3).

A nivel mundial, la tasa de parto por cesárea se ha visto incrementada exponencialmente, esta tasa puede oscilar entre un 15 a 40 %, según las distintas regiones. Por ejemplo en Estados Unidos, la tasa aumentó del 5% de todos los nacimientos en 1970 a un incremento del 31,9% en el año 2016(4).

En Latinoamérica, Chile informa un incremento aproximado de 30%, en Argentina se ubica entre 14 – 35 % de aumento y nuestro país se evidencia esta misma tendencia en los últimos años, ya que como se describe en distintas investigaciones nacionales se encuentra un aumento de la tasa de incidencia de cesárea; estas probablemente se deban a la asociación de diferentes factores, algunos de estos maternos, fetales y en otros casos estrictamente causas personales, ideológicas y/o económicas (3).

Es en esta problemática de salud en aumento, sobresale la poca uniformidad en los criterios de elección para esta práctica quirúrgica, además de que en un futuro exista una posibilidad de generalización de esta tendencia, y a nivel de atención tendríamos una menor atención de parto eutócico, aumento de las complicaciones post quirúrgicas y un aumento del gasto familiar por parte de la población debido que muchas mujeres optarían por parto por cesárea (3).

1.2 Formulación del problema

¿Son menos frecuentes las complicaciones materno-perinatales en pacientes con antecedente de una cesárea previa con parto vaginal versus cesárea iterativa en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield en el periodo 2019 - 2021?

1.3 Línea de investigación

La presente investigación se enmarca en las “prioridades nacionales de investigación en salud en Perú 2019-2023”, en la que se prioriza la salud materna, y neonatal; asimismo en las líneas de investigación de la universidad Ricardo Palma las cuales se enfocan en la prioridad clínica médica, clínica quirúrgica y sus especialidades dentro del área de la Medicina Humana y Enfermería.

1.4 Objetivos: General y específicos

1.4.1 General

Determinar si son menos frecuentes las complicaciones materno-perinatales en gestantes con antecedente de una cesárea previa que finalizaron en parto vaginal versus las pacientes que terminaron en cesárea iterativa en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield 2019 – 2021.

1.4.2 Específicos

- Determinar la incidencia de parto vaginal pacientes con antecedente de una cesárea previa.
- Investigar las características epidemiológicas de la población estudiada.
- Establecer la tasa morbilidad materno perinatal en pacientes con antecedente de una cesárea previa con parto vaginal.
- Determinar la tasa de morbilidad materno perinatal en pacientes con cesárea iterativa.
- Comparar las complicaciones maternas y su frecuencia en ambos grupos
- Hallar las complicaciones perinatales y su frecuencia en ambos.

1.5 Justificación

Se necesita tener una valoración actualizada de los datos sobre las complicaciones materno perinatales con respecto al tipo de parto y poder discernir

el riesgo y/o beneficio del tipo de parto, las cuales son las razones principales del presente trabajo. En nuestro país, actualmente no se cuenta con claridad los criterios y/o factores que nos permita decidir sobre la vía de término de la gestación con una cesárea previa.

El presente trabajo además busca contribuir con la data del hospital Carlos Alcántara Butterfield para posteriores investigaciones y tomar decisiones apropiadas y oportunas de término de la gestación en casos de gestantes con cesárea anterior.

1.6 Delimitación

El presente estudio se limitará a la revisión de historias clínicas de pacientes gestantes y/o puérperas que tuvieron atención de parto con antecedente de cesárea anterior previa en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Carlos Alcántara Butterfield en el periodo comprendido entre Enero 2019 y Diciembre 2021.

1.7 Viabilidad

El presente estudio cuenta con viabilidad debido a que es posible acceder a la información para la recolección de datos, además se cuenta con pacientes con las características que nos permita realizar la presente investigación.

La financiación de la presente investigación será con recursos del investigador, por lo el presente trabajo no será financiado o auspiciado de fuentes externas.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

Wu, Y., Kataria, Y., Wang, Z., Ming, W.-K., & Ellervik, C. (2019). En el estudio **“Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: a systematic review and meta-analysis”** tuvieron como objetivo analizar sistemáticamente los datos publicados sobre madres y factores fetales para parto eutócico después de cesárea previa exitoso. Se incluyeron 94 estudios observacionales (239,006 mujeres embarazadas con 163,502 parto vaginal después de cesárea previa). Los factores fueron asociado con finalización de la gestación via vaginal después de cesárea exitoso: “probabilidad (OR; IC del 95%): edad (0,92; 0,86–0,98), obesidad (0,50; 0,39–0,64), diabetes (0,50; 0,42–0,60), trastornos hipertensivos que complican el embarazo (HDCP) (0,54; 0,44–0,67), puntuación de Bishop (3,77; 2,17–6,53), inducción del trabajo de parto (0,58; 0,50–0,67), macrosomía (0,56; 0,50–0,64), raza blanca (1,39; 1,26–1,54), anterior parto vaginal antes de la cesárea (3,14; 2,62–3,77), PVDC anterior (4,71; 4,33–5,12), las indicaciones de la anterior cesárea (desproporción cefalopélvica (0,54; 0,36–0,80), distocia o falta de progresión (0,54; 0,41–0,70), fallida inducción (0,56; 0,37–0,85) y mala presentación fetal (1,66; 1,38–2,01)”. Los OR ajustados fueron similares(4).

Jeanne G, et al. (2010) “Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes” su estudio tuvo como objetivo revisar sistemáticamente la evidencia sobre los resultados maternos y neonatales relacionados con el parto vaginal después de una cesárea, obteniendo como resultado que las tasas generales de daños maternos fueron bajas tanto para el ensayo de trabajo de parto como para el parto por cesárea electiva repetida, la mortalidad materna aumentó significativamente para el parto por cesárea electiva repetida en un 0,013% en comparación con el 0,004% para el ensayo de parto. “Las tasas de histerectomía materna, hemorragia y transfusiones no tuvieron cambios significativamente entre la prueba de trabajo de parto y la cesárea electiva repetida. La tasa de rotura uterina para todas las mujeres con cesárea previa fue del 0,30% y el riesgo aumentó significativamente para la prueba del trabajo de parto. La mortalidad perinatal también aumentó significativamente para la prueba del trabajo de parto (0,13% en comparación con 0,05% para la cesárea repetida electiva)”(5)

Attanasio L, et al (2019) en su estudio **“Women's preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean”** analizaron una muestra de 3006 mujeres, la muestra analítica incluyó pacientes con una cesárea en su primer embarazo e informaron el modo de preferencia del parto para su próximo parto a los 12 meses posparto (n = 616). Obteniendo como resultado: que 12 meses posparto, 45% de pacientes que tuvieron parto por cesárea en su primer embarazo deseaban en su

próximo parto sea por vía vaginal, concluyendo que la razón más común para querer un parto vaginal fue obtener la experiencia de parto vía vaginal y la causa más común para elegir un parto por cesárea fue que su primer parto fue por cesárea(6).

Hidalgo p, et al (2017) en su investigación “Risk of uterine rupture in vaginal birth after cesarean: Systematic review”

Su objetivo fue evaluar el riesgo de rotura uterina en el intento de parto vaginal después de una cesárea e identificar los factores de riesgo. De un total de 39 investigaciones, evaluadas por relevancia e interés se identificó pocos ensayos clínicos. En los estudios analizados de la incidencia de RU los resultados fluctuó entre 0,15 y 0,98% en el trabajo de parto espontáneo; 0,3-1,5% en inducción con oxitocina del trabajo de parto y 0,68-2,3% en inducción con prostaglandinas(7).

Yun-Xiu Li et al (2019) en su investigación “Predicting the success of vaginal birth after caesarean delivery: a retrospective cohort study in China”

tuvo como objetivo desarrollar un flujo grama para predecir la probabilidad de parto vaginal después de una cesárea en mujeres después de una cesárea previa, obteniendo como resultado que de las mujeres que planificaron prueba de trabajo de parto con cesárea previa, el 84,0% (1686/2006) tenía parto vaginal. La edad gestacional, los antecedentes de parto vaginal, el peso al nacer estimado, el índice de masa corporal, espontáneo inicio de trabajo de parto, la escala de Bishop del cérvix y la rotura de membranas ovulares se asociaron independientemente con el parto(8).

Familiari, A (2020) “Vaginal birth after caesarean section: a multicentre study on prognostic factors and feasibility”

estudio retrospectivo en dos centros de referencia italianos. La población de estudio fueron embarazos únicos y morfológicamente normales con cesárea previa y como resultado obtuvieron que de los 300 pacientes incluidos, 224 (74,7%) lograron parto vaginal, mientras que 76 (25,3%) se sometieron a cesárea después de TOLAC fallido. “Los factores asociados positivamente con el logro del VBAC fueron el parto vaginal previo (OR de 6,88 para uno y 9,68 para más de uno) y la implementación de oxitocina (OR 3,32). No se produjeron eventos adversos maternos ni neonatales”(9).

Abou, M (2013) en su estudio **“Frequency of vaginal birth after cesarean section at clinic of gynecology and obstetrics in Sarajevo”** informa que el mayor número de pacientes que fueron encuestados tenía entre 31 y 35 años (n = 25), seguido del grupo entre 26 y 30 años (39,58%). “El análisis de las complicaciones de parto eutócico posterior a cesárea previa reveló que el 93,75% de las pacientes no presentaron ninguna complicación, en un 4,17% se produjo hemorragia posparto y en una paciente se presentó condición febril. El parto después de la cesárea se puede completar con éxito por vía vaginal, con una aplicación cuidadosa de prostaglandinas, con una buena estimación de un obstetra experimentado y las condiciones adecuadas para completar el parto por cesárea si un parto vaginal no va en la dirección correcta y según lo planeado”(10).

Cuero, o; clavijo,C (2011) **“Parto vaginal después de una cesárea previa, hospital San Juan de Dios, Cali - Colombia.”** Tuvo como objetivo en su estudio de cohorte, manifestar la incidencia de parto vaginal posterior a cesárea previa y a la vez determinar la capacidad “predictiva” del puntaje predictor de parto vaginal manifestado por Flamm. La investigación fue realizada en mujeres con antecedente de cesárea y embarazo de al menos 37 semanas. Encontró que el grupo de paciente de parto vaginal fue del 20,3%, el 36% de gestantes con puntajes que se encontraban entre 4 y 7 finalizaron su gestación con parto vaginal y 83% de las gestantes obtuvieron 8 o más puntos y también finalizaron su gestación vía vaginal. Como conclusión obtuvo que 20% de las pacientes finalizaron en parto vaginal posterior a cesárea. Además identificó que las gestantes con puntajes menos de 4 puntos presentaron una probabilidad baja de finalizar la gestación vía vaginal”(11)

Miller,E; Grobman, W. (2016) **“Does the interval since vaginal delivery influence the chance of vaginal birth after cesarean?”**

Tuvo como objetivo examinar la asociación existente entre el intervalo desde el parto vaginal y el parto vaginal posterior a una cesárea previa, que incluyeron a este estudio de cohorte mujeres con una cesárea transversal baja previa y un parto vaginal previo sometidas a un ensayo de trabajo de parto después de una cesárea a término, obteniendo como resultado que de las 5628 mujeres incluidas, 4901 (87%) lograron un PVDC. Cada año adicional desde el parto vaginal disminuyó las probabilidades de VBAC en un 11% (IC del 95%: 10-13%). “Cuando se agregó a un modelo predictivo existente que incluía solo factores disponibles en la atención prenatal temprana, el intervalo desde el parto vaginal mejoró marginalmente la capacidad predictiva del modelo (área bajo la curva [AUC] 0,73 versus 0,71, p <0,01). Cuando se agregó a un modelo que incluía factores disponibles próximos al momento del parto, la adición del intervalo desde el parto vaginal no cambió el AUC (0,76 versus 0,75, p = 0,08)”(12).

Wai, L (2016) et al, en su estudio “**Vaginal birth after cesarean section: 10 years of experience in a tertiary medical center in Taiwan**” “tuvo como objetivo encontrar los factores que impactan la tasa de éxito de TOLAC y comparar los resultados con los datos del registro nacional de Taiwán, obteniendo como resultado “que la tasa de éxito de TOLAC fue del 80,70% (205/254), incluidos 146 (57,5%) partos normales, 45 (17,7%) partos asistidos por ventosa y 14 (5,5%) partos asistidos con fórceps. La tasa de conversión a cesárea fue del 19,3%. No hubo casos de ruptura uterina en nuestro estudio, y solo hubo dos casos sospechosos, que resultaron no tener ruptura real. Al analizar los factores que afectan los resultados de TOLAC, encontramos que un bebé que nació espontáneamente con éxito tenía un peso al nacer menor que los casos de TOLAC fallidos que se convirtieron en parto por cesárea (media, 2989 g frente a 3379 g; $p < 0,001$). Entre las pacientes que fueron convertidas a cesárea, la razón más común fue el trabajo de parto disfuncional (79,6%), seguido del sufrimiento fetal (14,3%)”(13).

Espino, E (2017) en su estudio “**Complicaciones materno – neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el hospital maría auxiliadora en el año 2016**” se propuso analizar las complicaciones materno-neonatales y las características sociodemográficas en este grupo de pacientes con parto vaginal posterior a una cesárea previa. Los resultados revelaron que en cuanto a las características sociodemográficas, el grupo de edad más representado fue el de 25-29 años con un 31% de los casos, el 75% tenían secundaria, el 94% de estas eran ama de casa, el 75% convivían con la pareja, el 98% tenía antecedente de cesárea anterior y el 36% eran primíparas. Respecto a las complicaciones maternas el 59% no experimentó ninguna complicación, pero el 31% sufrió desgarro perineal siendo esta la complicación más frecuente. En cuanto a las complicaciones neonatales, el 92% no presentó complicaciones(14).

Saenz, C et al (2010) en su investigación titulada “**Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones maternoneonatales**” se propuso analizar las complicaciones materno neonatales asociadas con la cesárea electiva y parto vaginal en mujeres con historia de cesáreas previas, revelando que el número de partos vaginales en mujeres con cesárea previa fue el 19%, mientras que el 81% se sometió a una nueva cesárea. En el grupo de mujeres con cesáreas iterativas, se observaron 18 casos de endometritis y 3 de infección de la herida operatoria, en contraste con dos casos de endometritis y ningún caso de infección de herida operatoria en el grupo de parto vaginal. Se registraron pocos casos de bajo puntaje de Apgar y ningún caso de muerte neonatal en ninguno de los grupos(15).

De la Vega, G Et Al (2001) “Parto vaginal en cesareada anterior dos veces. Hospital San Bartolomé” llegaron a la conclusión de que el parto vaginal después de una o dos cesáreas anteriores, cuando se lleva a cabo siguiendo un protocolo y con el consentimiento informado de la paciente, puede ser una opción beneficiosa. Este enfoque, implementado en hospitales que cuentan con los recursos técnicos y personal especializado necesarios, puede contribuir significativamente a la reducción de los costos asociados con cesáreas repetidas tanto para las pacientes como para las instituciones de salud. Además, puede resultar en una disminución de la duración de la estancia hospitalaria y de la morbilidad materna como perinatal(16).

Lindo, M et al (2004) en su investigación titulada **“Parto vaginal en cesareada anterior: experiencia de 4 años en un hospital de seguridad social”** se propuso analizar las características materno perinatales, forma de finalización de la gestación y complicaciones en gestantes que optaron por parto vaginal posterior a cesárea previa. Registraron una tasa de éxito de parto vía vaginal del 54.7% (163 pacientes). Como conclusión, encontraron que el parto vía vaginal posterior a una cesárea previa se considera seguro y presenta altas probabilidades de éxito(17).

Huertas, E et al (2010) en su estudio titulado **“Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior”** se propusieron determinar los resultados materno perinatales en gestantes con historia de cesárea previa a quienes se les dio la oportunidad de intentar parto vaginal. De un total de 266 gestantes con antecedente de una cesárea anterior y sin contraindicación para el parto vía vaginal, 188 pacientes que representa el 70,7% fueron programadas para cesárea iterativa electiva, mientras que 78 pacientes (29,3%), se les indicó prueba de trabajo de parto. De estas últimas pacientes el 65.3 % (51) tuvieron parto vaginal exitoso (1).

Aquino, J et al, en su estudio titulado **“Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital "Laura Esther Rodríguez Dulanto" de Supe 2004-2008”** propusieron identificar los factores obstétricos asociados con el éxito del parto vaginal después de una cesárea. Como resultado, encontraron que el “el éxito del parto vaginal fue del 86.5%, de los ellos el 69.7% terminaron en partos espontáneos y 14.6% fueron partos con estimulación con oxitocina. Destacaron que un factor obstétrico significativo fue el control prenatal que representó el 76.4% de los casos(18).

2.2 Bases teóricas

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA PREVIA:

Fin del embarazo por parto vía vaginal con el antecedente de cesárea en una gestación anterior, teniendo en cuenta los riesgos y beneficios de este tipo de situaciones.

La implementación de la prueba de parto vaginal posterior a una cesárea ha llevado a un aumento significativo y con éxito de finalización de partos vía vaginal, además de una reducción en la tasa de cesáreas. No obstante, es importante reconocer que este enfoque puede conllevar complicaciones potenciales, como la ruptura del útero o la dehiscencia uterina, que son riesgos asociados con el parto vaginal después de una cesárea (14).

VIA DE CULMINACION DEL PARTO:

Tipo de parto con el cual se finaliza el embarazo, ya sea vía vaginal o vía abdominal (cesárea).

2.3 Definiciones conceptuales

Cesárea electiva: Cesárea programada por indicación médica y se ejecuta antes del inicio del trabajo de parto.

Parto vaginal: proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación por vía vaginal.

Complicaciones maternas: situaciones adversas que ocurren durante o después del parto, que amenaza su bienestar.

Complicaciones neonatales: situaciones adversas del recién nacido ocurridas durante o después del parto que amenaza su bienestar.

Periodo intergenésico corto: Se refiere a la imposibilidad de parto vaginal a una gestante con antecedente de cesárea previa cuyo período intergenésico no supera 1 año 6 meses;

2.4 Hipótesis

Hipótesis general:

Son menos las complicaciones materno perinatales en pacientes que dan parto vía vaginal posterior de cesárea anterior.

Hipótesis específicas:

- Son menos frecuentes las complicaciones maternas en pacientes que terminan en parto vaginal luego de una cesárea anterior.
- Son menos frecuentes las complicaciones perinatales en pacientes que terminan en parto vía vaginal posterior de una cesárea anterior.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio: Estudio observacional.

3.2 Diseño de investigación: Analítico, transversal, retrospectivo.

3.3 Población y muestra:

3.3.1 Población: Gestantes a término con antecedente de una cesárea previa sin contraindicaciones para chance vaginal, que culminaron su parto en el servicio de obstetricia atendidas en el Hospital Carlos Alcántara Butterfield en el período 2019-2021.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Gestantes quienes se encuentran con edad gestacional a término con el antecedente de cesárea en la anterior gestación mayor de 1 año 6 meses
- Pelvis compatible para parto vaginal.
- Presentación cefálica de vertex.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Gestación múltiple.
- Antecedente de periodo intergenésico corto.
- Antecedente de cirugía pélvica.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Trastorno hipertensivo del embarazo principalmente: preeclampsia / eclampsia.
- Gestación menor de 37 semanas.
- Placenta previa.
- Perdida de bienestar fetal.
- Óbito fetal.

3.3.2 Muestra: Toda la población.

3.4 Operacionalización de variables

• **3.4.1 Variables:**

INDEPENDIENTE: Tipo de parto.

DEPENDIENTES: Complicaciones maternas.

Complicaciones perinatales.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- Recolección de la información de las historias clínicas.
- Ficha para la recolección de datos.

3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos

Como se trata de una investigación correlacional asociativa los datos obtenidos serán ingresados al programa estadístico ibm spss v23.0 (statistics program for social sciences). y se realizara un análisis bivariado (chi cuadrado cálculo de odds ratio y rr).

3.7 Aspectos éticos

En la presente investigación, no habrá interacción con los sujetos de estudio, sin embargo, para cumplir con las normas y consideraciones éticas necesarias se guardará absoluta reserva con los datos personales que se extraerán y así no poder perjudicar al participante del estudio.

CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

El presente trabajo será financiado por el mismo investigador, no contando con auspicio de terceros.

4.2 Cronograma

ETAPAS	2021		2022					2023	
	MES	MES	MES	ME S	ME S	ME S	ME S	MES	MES
Elaboración del proyecto	ENERO								
Presentación del proyecto		MARZO							
Revisión bibliográfica		MARZO							
Trabajo de campo y captación de información		ABRIL - DICIEMBRE							
Procesamiento de datos			ENERO						
Análisis e interpretación de datos			ENERO						
Elaboración del informe								NOVIEMBRE	
Presentación del informe									DICIEMBRE

4.3 Presupuesto

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO (S/)	
			UNITARIO	TOTAL
PERSONAL				
Asesor estadístico	Horas	100	XX	XX
BIENES				
Papel bond A-4	MILLAR	01	15	30
Lapiceros	UNIDADES	15	1	15
Corrector	UNIDADES	10	3	30
Resaltador	UNIDADES	10	2	20
Perforador	UNIDADES	02	5	10
Engrapador	UNIDADES	02	8	16
Grapas	CAJA	01	5	5
CD - USB	UNIDADES	4	20	80
Espiralado	UNIDADES	6	2	12
Internet	HORAS	900		360
Fotocopias	UNIDADES	600	0.1	60
Movilidad	HORAS	300	5	1500
COSTO TOTAL				2138

5.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huertas e, pocco d. prueba de trabajo de parto en cesareada anterior. Rev Ginecol Obstet. octubre de 2010;(56):284-8.
2. Habak PJ, Kole M. Vaginal Birth After Cesarean Delivery. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado 4 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507844/>
3. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. En SUIZA; 2015. (WHO/RHR; vol. 02). Disponible en: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
4. Wu Y, Kataria Y, Wang Z, Ming W-K, Ellervik C. Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 17 de octubre de 2019;19(1):360.
5. Guise J-M, Denman MA, Emeis C, Marshall N, Walker M, Fu R, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. Obstet Gynecol. junio de 2010;115(6):1267-78.
6. Attanasio LB, Kozhimannil KB, Kjerulff KH. Women's preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean. Birth Berkeley Calif. marzo de 2019;46(1):51-60.
7. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M. Risk of uterine rupture in vaginal birth after cesarean: Systematic review. Enfermeria Clin. febrero de 2017;27(1):28-39.
8. Yun-Xiu Li, Zhi Bai, Da-Jian Long, Hai-Bo Wang, Yang-Feng Wu, Reilly KH, et al. Predicting the success of vaginal birth after caesarean delivery: a retrospective cohort study in China. BMJ Open. 24 de mayo de 2019;9(5):e027807.
9. Familiari A, Neri C, Caruso A, Airoidi C, Barone-Adesi F, Zanconato G, et al. Vaginal birth after caesarean section: a multicentre study on prognostic factors and feasibility. Arch Gynecol Obstet. febrero de 2020;301(2):509-15.
10. Abou El-Ardat M, Izetbegovic S, Mehmedbasic E, Duric M. Frequency of vaginal birth after cesarean section at clinic of gynecology and obstetrics in sarajevo. Med Arch Sarajevo Bosnia Herzeg. diciembre de 2013;67(6):435-7.
11. Cuero-vidal OL, Clavijo-Prado CA. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia). Estudio de cohorte. Rev Colomb Obstet Ginecol. 30 de junio de 2011;62(2):148-54.

12. Miller ES, Grobman WA. Does the interval since vaginal delivery influence the chance of vaginal birth after cesarean? J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. 2016;29(2):294-7.
13. Li W-H, Yang M-J, Wang P-H, Juang C-M, Chang Y-W, Wang H-I, et al. Vaginal birth after cesarean section: 10 years of experience in a tertiary medical center in Taiwan. Taiwan J Obstet Gynecol. junio de 2016;55(3):394-8.
14. ESPINO - FELIPA E. COMPLICACIONES MATERNO – NEONATALES EN PACIENTES CON PARTO VAGINAL LUEGO DE CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN EL AÑO 2016. 2017; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1021/TITULO%20-%20Espino%20Felipa%2C%20Elda%20Johanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. SAENZ C, SANTANA S, TORRES L. CESAREA ELECTIVA Y PARTO VAGINAL EN CESAREADAS PREVIAS: COMPARACION DE COMPLICACIONES MATERNONEONATALES. Rev Ginecol Obstet. 9 de marzo de 2010;56:232-7.
16. DE LA VEGA G, GOMEZ L, BAUTISTA F, LUDMIR J. PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR DOS VECES. HOSPITAL SAN BARTOLOME. 2001;47(3):193-7.
17. LINDO M, PAREDES A, ZEA C, CIENFUEGOS H, LIMAS M. PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR: EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGURIDAD SOCIAL. 2004;50:217-22.
18. Aquino JES, Pérez MDCS, Minaya LL. Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital «Laura Esther Rodríguez Dulanto» de Supe. 2004-2008. Aporte Santiaguino. 19 de diciembre de 2010;ág. 222-230.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿SON MENOS FRECUENTES LAS COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE UNA CESAREA PREVIA CON PARTO VAGINAL VERSUS CESAREA ITERATIVA EN EL HCAB EN EL PERIODO 2019 - 2021?	<p>OBJETIVO GENERAL DETERMINAR SI SON MENOS FRECUENTES LAS COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN GESTANTES CON ANTECEDENTE DE UNA CESAREA PREVIA QUE FINALIZARON EN PARTO VAGINAL VERSUS LAS PACIENTES QUE TERMINARON EN CESAREA ITERATIVA EN EL HCAB 2019 – 2021.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • DETERMINAR LA INCIDENCIA DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE UNA CESÁREA PREVIA. • INVESTIGAR LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA. • ESTABLECER LA TASA MORBIMORTALIDA 	<p>HIPOTESIS GENERAL: SON MENOS LAS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN PACIENTES QUE DAN PARTO VIA VAGINAL POSTERIOR DE CESAREA ANTERIOR.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • SON MENOS FRECUENTES LAS COMPLICACIONES MATERNAS EN PACIENTES QUE DAN PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA ANTERIOR. • SON MENOS FRECUENTES LAS COMPLICACIONES PERINATALES EN PACIENTES QUE DAN PARTO VAGINAL DESPUES DE 	<ul style="list-style-type: none"> • TIPO DE PARTO (INDEPENDIENTE) • COMPLICACIONES MATERNAS. • COMPLICACIONES PERINATALES. 	ESTUDIO OBSERVACIONAL, ANALITICO, TRANSVERSAL, RETROSPECTIVO	<p>GESTANTES A TERMINO CESAREADA ANTERIOR CON PARTO VAGINAL O PARTO POR CESAREA ATENDIDAS EN EL HCAB.</p> <p>MUESTRA: TODA LA POBLACION</p>	<p>RECOLECCION DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS</p> <p>FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.</p>	<p>COMO SE TRATA DE UN INVESTIGACION CORRELACIONAL ASOCIATIVA LOS DATOS OBTENIDOS SERAN INGRESADOS AL PROGRAMA ESTADISTICO IBMSPSS V23.0 (Statistics Program for Social Sciences). Y SE REALIZARA UN ANALISIS BIVARIADO (CHI CUADRADO CALCULO DE ODDS RATIO Y RR)</p>

	<p>D MATERNO PERINATAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE UNA CESÁREA PREVIA CON PARTO VAGINAL.</p> <ul style="list-style-type: none"> • DETERMINAR LA TASA DE MORBIMORTALIDAD MATERNO PERINATAL EN PACIENTES CON CESÁREA ITERATIVA. • COMPARAR LAS COMPLICACIONES MATERNAS Y SU FRECUENCIA EN AMBOS GRUPOS • HALLAR LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y SU FRECUENCIA EN AMBOS. 	<p>CESAREA ANTERIOR.</p>					
--	---	--------------------------	--	--	--	--	--

2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
TIPO DE PARTO (INDEPENDIENTE)	<ul style="list-style-type: none"> PARTO VAGINAL proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación por vía vaginal. 	. Vía de culminación de la gestación	NOMINAL	CUALITATIVA	SI =1 NO = 0
	<ul style="list-style-type: none"> PARTO ABDOMINAL El parto por cesárea es el alumbramiento de un bebé a través de la incisión quirúrgica que se hace en el abdomen y el útero de la madre. 		NOMINAL	CUALITATIVA	SI =1 NO = 0
COMPLICACIONES MATERNAS (DEPENDIENTE).	Presencia de patología materna que ocurren durante y/ o después del parto.	Alteración negativa que sufren las gestantes con anemia durante la dilatación, el expulsivo y el alumbramiento.	NOMINAL	CUALITATIVA	SI =1 NO = 0
COMPLICACIONES PERINATALES (DEPENDIENTE)	Presencia de patología PERINATAL que ocurren durante y/ o después del parto.	Enfermedades que complican la evolución y el desarrollo DEL FETO O RECIEN NACIDO.	NOMINAL	CUALITATIVA.	SI =1 NO = 0

3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. FILIACION:

1. Edad :
2. Estado Civil:
3. Grado de instrucción:
4. Ocupación:

II. ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

ANTECEDENTES MEDICOS:

ANTECEDENTES QUIRURGICOS:

HOSPITALIZACIONES PREVIAS

RAMS:

III. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Número de controles prenatales:

Lugar de controles prenatales:

G: P:

Edad gestacional al momento del parto: ____

Motivo de la cesárea anterior:

Forma de finalización de la gestación actual:

IV. COMPLICACIONES MATERNAS:

Ruptura uterina SI___ NO___

Sangrado post parto: cc

Desgarro perineal: SI___ NO___

Episiotomía: SI___ NO___

Infecciones posterior al parto: SI___ NO___

Histerectomía: SI___ NO___

Muerte materna: SI___ NO___

Otro tipo de complicaciones:

IV. COMPLICACIONES NEONATALES

Trauma obstétrico

Complicaciones respiratorias: SI___ NO___ , Describa:

Líquido amniótico meconial: SI___ NO___

Uso de ventilador mecánico: SI___ NO___

APGAR:

Muerte neonatal: SI___ NO___

Otro tipo de complicaciones: