



**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO
RUIZ GALLO.**

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

PROYECTO DE INVESTIGACION

**PARA OPTAR POR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA**

TEMA

**Complicaciones maternas perinatales en parto vaginal
después de cesárea previa en pacientes del
Hospital Regional Docentes Las Mercedes 2019-2020**

AUTOR

Huamanchumo Delgado Claudia Vanessa

ASESOR DE TESIS

Dr. Jorgue Luis Sosa Flores

CHICLAYO-PERÚ-2022

Dedicatoria

A mis padres, por el apoyo incondicional que me brindaron, a mi hermana por alentarme día a día y celebrar mis logros y a mi sobrino por llegar a alegrar nuestra existencia.

Agradecimientos

A mis padres por confiar en mi y su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios .

A mi hermana por estar siempre conmigo y apoyarme en todo.

A mi abuelo Urbano que me cuida desde el cielo y guía mis pasos.

A toda mi familia por estar conmigo a lo largo de mi carrera.

INDICE

	Pag.
I. DATOS INFORMATIVOS:	8
1.1. Titulo	8
1.2. Investigador y Asesor	8
1.3. Duración del Proyecto	8
1.4. Lugar de Ejecución	8
II. PLAN DE INVESTIGACION	9
2.1. Realidad Problemática	9
2.2. Formulación del Problema	12
III. SINTESIS DEL DISEÑO TEORICO	13
3.1. Antecedentes	13
3.1.1. Antecedentes Internacionales	13
3.1.2. Antecedentes Nacionales	15
3.2. Bases Teóricas	18
3.3. Definición y Operacionalización de Variables	21
3.4. Justificación e Importancia	23
3.5. Operacionalización de Variables	24
IV. DISEÑO METODOLOGICO	28
4.1. Tipo y Diseño de Investigación	28
4.2. Población, muestra y muestreo	28
4.2.1. Población	28
4.2.2. Muestra	28
4.3. Criterios de Inclusión y exclusión	29
4.3.1. Criterios de inclusión	29
4.3.2. Criterios de Exclusión	29

INDICE

4.4. Procedimientos y Técnicas	29
4.4.1. Plan de Análisis	30
4.4.2. Aspectos Éticos	30
4.5. Instrumento De Recolección De Datos	30
4.6. Análisis Estadístico	30
V. ACTIVIDADES Y RECURSOS	30
5.1. Cronograma	31
5.2. Presupuesto	32
5.3. Financiamiento	32
VI. BIBLIOGRAFIA	33
VII. ANEXOS	

RESUMEN

Las cesáreas se siguen incrementando anualmente, la prevalencia indica 1 de cada 3 mujeres embarazadas tiene parto por cesárea. La cesárea ocupa el primer lugar como procedimiento quirúrgico más común, esta práctica respecto a los costos equivale al 50 por ciento de todos los gastos de las pacientes hospitalizadas por parto normal. Es por ello que representa una preocupación por el alto uso y la seguridad del mismo procedimiento no sólo para la paciente, sino para la salud pública y las políticas nacionales. En la tesis titulada: Complicaciones maternas perinatales en parto vaginal después de cesárea previa en pacientes del Hospital Regional Docente las Mercedes 2019 y 2020, tiene por objetivo determinar las complicaciones maternas y perinatales más frecuentes en nuestro medio de trabajo, el tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo para lo cual se empleó una ficha de recolección de datos. El estudio fue constituido por 100 mujeres que cursaron con gestaciones después de las 37 semanas que se tuvieron parto vaginal después de una cesárea, atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo provenientes de consultorio externo y de tópico de emergencia del servicio de ginecología, también de pacientes referidas de periferia como los Centros de Salud.

PALABRAS CLAVE: Complicaciones, cesárea, parto vaginal.

ABSTRACT

Cesarian sections continue to increase annually, the prevalence indicates that 1 in 3 pregnant women have a cesarean delivery. The cesarean section ranks first as the most common surgical procedure, this practice with respect to costs is equivalent to 50 percent of all expenses of hospitalized patients for normal delivery. That is why it represents a concern for the high use and safety of the same procedure, not only for the patient, but also for public health and national policies. In the thesis entitled: Perinatal maternal complications in vaginal delivery after previous cesarean section in patients of the Hospital Regional Docente las Mercedes 2019 and 2020, its objective is to determine the most frequent maternal and perinatal complications in our work environment, the type of study was descriptive, retrospective for which a data collection sheet was used. The study consisted of 100 women who were pregnant after 37 weeks after a vaginal delivery after a cesarean section, attended at the Las Mercedes de Chiclayo Regional Teaching Hospital from the outpatient clinic and emergency topic of the gynecology service. also from patients referred from the periphery such as Health Centers.

PORTADA

I. DATOS INFORMATIVOS.

1.1 Título

COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES EN PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA PREVIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCDES 2019 Y 2020.

1.2 Investigador y asesor

1.2.1 Autor

- Apellidos y Nombres: HUAMANCHUMO DELGADO CLAUDIA VANESSA
- Dirección: Leoncio Prado #416- Pimentel
- Teléfono: 995108477
- Email: claudia_sagitario_2007@hotmail.,com

1.2.2 Asesor:

- Apellidos y Nombres: JORGE LUIS SOSA FLORES
- Dirección:
- Teléfono:
- Email: jsosa@unprg.edu.pe

1.3 Duración del proyecto

1.3.1 Inicio: julio 2019

1.3.2 Término: julio 2020

1.4 Lugar de Ejecución

Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes.

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN.

2.1. Realidad problemática

En Estados Unidos, las cesáreas se siguen incrementando anualmente, la prevalencia indica 1 de cada 3 mujeres embarazadas tiene parto por cesárea. Datos que contradicen a la meta de disminuir la tasa de partos por cesáreas sobre todo cuando la necesidad de esta práctica en las mujeres de bajo riesgo, sobre todo se atribuye su causa a que los partos vía vaginal ya no se practican después que una mujer tuvo un antecedente de cesárea, de esta manera la prescripción de cesárea previo representa en más del 30% de todas las cesáreas (1).

La práctica de cesárea se remonta a un paradigma del siglo pasado que cita: "una vez cesárea, siempre cesárea". Sin embargo, recién a partir de 1982, el ACOG establece como recomendación "opción aceptable" de que una mujer puede tener parto vaginal después de un antecedente de cesárea (2).

En Estados Unidos por el 2010, los Institutos Nacionales de Salud mediante un consenso acuerdan manejar dicha problemática, se responsabiliza a los proveedores de salud de garantizar y brindar el apoyo y asesoramiento a la gestante para que experimente el parto vaginal, y no sólo se debe someter a parto por cesárea en repetidos partos cuando no hay riesgo para que este se practique (3).

La cesárea ocupa el primer lugar como procedimiento quirúrgico más común, esta práctica respecto a los costos equivale al 50 por ciento de todos los gastos de las pacientes hospitalizadas por parto normal. Es por ello que representa una preocupación por el alto uso y la seguridad del mismo procedimiento no sólo para la paciente, sino para la salud pública y las políticas nacionales (4).

Si las cesáreas aumentan más del 25% genera un impacto en la mortalidad de lactantes porque también aumenta, es así que se considera como un problema de salud pública que el aumento de las cesáreas es un. De allí la preocupación de los países por establecer procedimientos y guías para partos después de cesárea (5)

Los pacientes que se han sometido a un parto por cesárea anterior tienen la opción de intentar trabajo de parto después del nacimiento por cesárea (TOLAC) o un parto por cesárea repetida planificada (PRCB) en un embarazo posterior.

El Sistema de Vigilancia Perinatal de Canadá informó que el término TOLAC en Canadá entre 2003 y 2015 se asoció con un mayor riesgo relativo, pero con una tasa absoluta baja, de morbilidad y mortalidad materna grave en comparación con PRCB (razón de tasa ajustada [RR] 1,96, IC del 95 %: 1,76-2,19; 10,7 frente a 5,65 por 1000 partos). Lo mismo ocurrió con la morbilidad neonatal (convulsiones, ventilación asistida, presión positiva continua en las vías respiratorias) y la mortalidad (RR ajustado 1,49, IC del 95%: 1,38 a 1,61; 20,8 versus 14,5 por 1000 partos). (6)

No se han realizado grandes ensayos aleatorios para proporcionar datos comparativos sobre los resultados de TOLAC versus PRCB; una revisión sistemática identificó solo dos ensayos aleatorios con un total de 320 participantes, con datos mínimos sobre los resultados clínicos maternos e infantiles.

Se realizó un ensayo aleatorizado acerca de trabajo de parto después de una cesárea previa (TOLAC) versus cesárea repetida o planificada (PRCB) en pacientes con una cesárea previa. Este ensayo encontró que las tasas de infección uterina, lesión operatoria, SDR y sepsis del recién nacido fueron más bajas con cesárea repetida o planificada, de otro lado las tasas de histerectomía y complicaciones de herida operatoria fueron más altas en pacientes con cesárea repetida o planificada. Los estudios concluyeron que 62 pacientes (95 % IC 40-138) necesitarían una cesárea repetida o planificada para evitar un resultado desfavorable materno de TOLAC y 43 pacientes (95 % IC 29-78) necesitarían una cesárea repetida o planificada para evitar un resultado perinatal desfavorable de TOLAC. (7)

La incidencia de ruptura uterina es baja (en países ricos en recursos), pero si se presenta, mayormente se relaciona con parto vaginal después de una cesárea y con alto riesgo de mortalidad materna. De 100.000 gestantes que se sometan a parto vaginal después de una cesárea previa, se presentarían 468 casos de rotura uterina. En conclusión 1 de cada 200 gestantes que se someten a parto vaginal después de una cesárea previa presentarían como complicación rotura uterina. Por otro lado de 100.000 gestantes que se sometan a cesárea repetida o planificada, se presentarían 26 roturas uterinas.

Los resultados perinatales a corto y largo plazo en gestantes que se someten a parto vaginal con cesárea previa versus cesárea repetida o programada son limitados. Las tasas de morbilidad perinatal y neonatal son más altas para gestantes que se someten a parto vaginal después de una cesárea previa en comparación con las gestantes que se someten a cesárea repetida o programada (tasa de mortalidad perinatal: 0,13 frente a 0,05 por ciento; tasa de mortalidad neonatal: 0,11 frente a 0,06 por ciento).

Es importante reconocer que muchos estudios han comparado estas dos vías de nacimiento. La mayoría de estos estudios informaron resultados maternos y neonatales basados en la vía de nacimiento real en lugar de la vía prevista. (8)

En un metanálisis de 2010, los dos factores que aumentaron las probabilidades de VBAC al menos tres veces fueron los antecedentes de VBAC y los antecedentes de parto vaginal. El factor más importante asociado con TOLAC fallido (es decir, parto por cesárea intraparto) fue un parto por cesárea anterior por una indicación recurrente, como la falta de progreso. Otros factores que jugaron un papel, pero que no estuvieron tan fuertemente asociados con TOLAC fallido, fueron el aumento del índice de masa corporal y la edad materna más avanzada. (9)

En el Hospital Regional Docente las Mercedes, se atiende un promedio mensual de 347 partos¹⁷ tanto vaginales como por cesárea, observando un alto porcentaje de partos vaginales después de una cesárea, por lo que, mediante la presente investigación se pretende determinar las complicaciones maternas y perinatales en gestantes que se someten a parto vaginal después de una cesárea previa.

2.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son las complicaciones maternas perinatales en pacientes que se someten a parto vaginal después de una cesárea atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes desde julio 2019 a julio 2020?

2.3. Objetivos:

2.3.1 Objetivo General

Determinar las complicaciones maternas perinatales en pacientes que se someten a parto vaginal después de una cesárea atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes desde julio 2019 a junio 2021

2.3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar complicaciones maternas en pacientes que se someten a parto vaginal después de una cesárea atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes desde julio 2019 a junio 2021.

- b) Identificar las complicaciones perinatales en pacientes que se someten a parto vaginal después de una cesárea atendidas en el Hospital Regional

Docente Las Mercedes durante el periodo julio 2019 a junio 2021.

- c) Describir las características epidemiológicas de las gestantes que tuvieron complicaciones en parto vaginal tras una cesárea
- d) Asociar las características epidemiológicas con las complicaciones que se presentaron en pacientes que se sometieron a un parto vaginal luego de un cesárea previa.

III. SINTESIS DEL DISEÑO TEÓRICO:

3.1. Antecedentes

3.1.1 Antecedentes Internacionales

Campos J. publicó en el 2007 en Buenos Aires (Argentina) su estudio se encargó de “determinar los obstétricos y neonatales de pacientes con antecedente de cesárea y el último embarazo culminado en parto. La muestra fue de 423 paciente atendidas entre el 2001 y 2002. Del total de 423 pacientes estudiadas, 304 (71.8%) tuvieron parto vaginal y 119 pacientes (28.2%) cesárea. La indicación más frecuente de cesárea fue la falta de progresión del trabajo de parto. De las complicaciones sólo una paciente tuvo rotura uterina seguida de histerectomía. Se obtuvo cuando se

realiza un seguimiento adecuado se culmina con parto vaginal (71,8%) (10).

Ayachi A. (2016) realizaron un estudio cuyo objetivo comprendió “evaluar el parto vaginal después de una cesárea previa”. Este estudio es de tipo descriptivo, estos datos recopilados comprendieron el periodo de 27 meses, siendo la muestra final un total de 423 historias clínicas de pacientes. El 47% de las pacientes tenían un parto vaginal después de una cesárea previa, el 82,7% tuvieron éxito de este intento. Fueron factores de mal pronóstico para un parto vaginal ante una cesárea previa, el no contar con historial de parto vaginal previo, la edad gestacional, una indicación previa de cesárea por dilatación estacionaria, frecuencia cardíaca fetal anormal durante el parto, también se encontró un 1,7% de ruptura uterina, el 9,5% con morbilidad materna y no se encontró casos de muerte (11)

Beckmann L. (2014) Alemania. En un estudio analizó los resultados materno perinatales de madres que trabajaban en entornos extrahospitalarios de Alemania. La muestra fue de 24 545 gestantes con un solo embarazo a término y feto cefálico, el 7,8% tenían cesárea previa. La tasa general de PVDC fue del 77,8 %, encontraron un 38,3% de tasa de transferencia intraparto al hospital (cesárea previa) a un 4,6 % (vaginal anterior). La Fase Latente prolongada fue el motivo principal para que se realice una transferencia intraparto en ambos. Mientras, la transferencia

posparto por lo general se realizó por la retención de placenta. Concluyeron que tasa de PVDC exitoso fue alto (12).

Chen MM, en 2017 (TAIWAM) A pesar que la literatura se establece al parto vaginal como una de las formas más segura, antes que una cesárea. Sin embargo a las mujeres que tuvieron una experiencia anterior de cesárea no les brindaron una oportunidad diferente para no repetir de nuevo una cesárea. En la investigación determinaron los factores de la toma de decisiones del parto vaginal en las mujeres taiwanesas después de una cesárea. En el estudio incluyeron un total de 29 mujeres que tuvieron una cesárea previa y se encontraban entre las 34 y 38 semanas de gestación. Concluyó que las mujeres manifestaron su deseo por tener un parto vaginal, pero que no dependía de ellas decisión porque podría presentarse otros aspectos (13)

Minsart AF (2017) China, país con un incremento de cesáreas que siempre va en ascenso. En un estudio de tipo cohorte, que tuvo como objetivo establecer la prevalencia del parto vaginal después una experiencia de cesárea, de una muestra de 135 de 368 mujeres, el 36,68% tuvieron un parto y de estas el 55,4% fue por parto vaginal. El factor que determinaron fue la edad materna (14)

3.1.2 Antecedentes Nacionales

Pérez O.M. (2017) Lima en la investigación cuyo objetivo comprendió asociar la vía del parto con las complicaciones materno perinatales en gestantes con antecedente de cesárea previa en un

Instituto Materno Perinatal, durante el año 2014. La muestra fue un total de 132 controles gestantes de parto por cesárea y 191 casos de gestantes con parto vaginal después de una cesárea previa. El 0,05% tuvieron complicaciones maternas y el 0,8% tuvo en el parto por cesárea, el parto vaginal (2,1%). Concluyendo que hay asociación de la vía de parto y las complicaciones materno perinatales. (15)

Sosa YF (2020) Tacna en su estudio Parto eutócico en pacientes con antecedente de una cesárea previa y complicaciones materno perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, cuyo estudio se basó en determinar la conexión entre el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea y las complicaciones materno perinatales, fueron 84 pacientes con cesárea previa durante el 2014 y 2015. Cuya conclusión fue que no existe conexión entre gestantes con antecedentes de cesárea previa y complicaciones del parto vaginal. El 83.3% no presentaron alguna complicación. El 16.7% tuvo desgarro I grado y alumbramiento incompleto. (16)

Hidalgo TD (2020) Quito estudio realizado para determinar complicaciones maternas y perinatales en gestantes que se someten a parto vaginal y con antecedente de una cesárea previa en el Hospital de Quito: los resultados evidenciaron un 43,1% de casos de hemorragia postparto 1% de asfixia neonatal en casos que terminaron en cesárea después de una experiencia previa de cesárea presentaron el 39,7% hemorragia postparto, el 2,4%

histerectomía, el 2,4% de asfixia neonatal y el 6,3% tuvieron ingreso a cuidados intensivos materno 6.3%. (17)

Sáenz CN (2010) en Lima evaluó como se relaciona la Cesárea electiva y parto vaginal en gestante con una cesárea previa: identificaron las complicaciones maternas y neonatales. El estudio fue de tipo descriptivo, la muestra fue de 1591 gestantes con historial de cesárea durante 8 años. El 19% de las gestantes con cesárea previo tuvieron un parto vaginal, se presentaron 18 casos de infección uterina y 3 casos de ISO en aquellas que se sometieron a cesárea iterativa, en el grupo de parto vaginal se encontraron dos casos de infección uterina y hubo casos de ISO y ninguna caso de muerte neonatal. Conclusiones: Establecieron que las complicaciones fueron iguales en ambos grupos (18)

Castillo OL (2017) Lima en su estudio presentó como objetivo “identificar los factores asociados al predominio del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea, al mismo tiempo compara las complicaciones maternas y perinatales”, mediante un estudio analítico, de cohorte de tipo retrospectivo, consideró un total de 835 gestantes con historia de cesárea previa de un Hospital de Essalud, el número de partos vaginales, concluyó que pacientes con antecedente de un parto vaginal, fetos de menos de 4000gr, tener menos de 41 semanas de edad gestacional, haber realizado psicoprofilaxis, fueron factores favorecedores para tener parto vaginal con antecedente de una cesárea previa. (19)

3.2. Bases teóricas

En las mujeres gestantes que han tenido una cesárea alguna vez en su vida, tienen que decidir entre dar a luz por parto vaginal o cesárea iterativa. Se conoce que las ventajas obstétricas de un parto vaginal después de la cesárea previene el riesgo de la ruptura uterina, presencia de histerectomía, riesgo de muerte materna, muerte neonatal, severa morbilidad neonatal neurológica (20)

Los candidatos ideales para (PVDC) tienen menos prevalencia de presentar rotura uterina al momento del parto. La literatura es escasez para la predicción definitiva de los factores y de la elección de la muestra (21)

No se encuentra herramientas para predecir el resultado PVDC. Sólo hay algunos nomogramas que facilitan seleccionar a las mujeres con un parto por cesárea previa con cierta probabilidad de PVDC exitoso, aunque aun no han logrado demostrar su utilidad en la clínica. Para poder realizar la detección de las gestantes con probabilidad de obtener un parto vaginal exitoso después de una cesárea previa se basaron en los factores demográficos y obstétricos como la edad de la gestante, raza, etnia, [IMC]; además también se basan en el tipo de incisión y el número de cesáreas previas; historia de partos vaginales previos, ya

sea antes o después la cesárea; índice de Bishop. A pesar de ello no existe aun la manera de predecir la rotura uterina y complicaciones maternas y perinatales.

Existe literatura que indica si una mujer ha tenido una cesárea anterior mediante la práctica de una incisión tipo Munro Kerr tendría un menor riesgo de rotura uterina; entonces, el PVDC sería una adecuada elección segura. Además, la evidencia establece un éxito que oscila entre el 60% a 80% del PVDC del 60 al 80%, y una tasa de rotura uterina estimada de 0,4 a 0,7%. La mayor tasa de aceptación se presenta en aquellas gestantes que han tenido al menos un parto vaginal previo (23)

El trabajo de parto se define como contracciones uterinas regulares y dolorosas que provocan la dilatación progresiva y el borramiento del cuello uterino. La tasa de dilatación cervical se vuelve más rápida después de que el cuello uterino se borra por completo. El trabajo de parto normal resulta en el descenso y eventual expulsión del feto. La paridad afecta este proceso: las pacientes que han tenido un parto vaginal anterior tienen trabajos de parto más rápidos que las pacientes nulíparas. (24)

El periodo Intergenésico, sería un factor de riesgo fundamental para que se presente complicaciones como la rotura uterina y la morbilidad materna durante PVDC. Cuando hay alguna patología médica materna detectada previa a la gestación el PVDC no es exitoso. La presencia de alguna patología materna

previa a la gestación , como son hipertensión arterial crónica, el asma, la diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y alguna patología cardíaca, disminuyen el éxito PVDC. En las gestantes con antecedente de dos a más cesáreas previas aumentan la frecuencia de rotura uterina. Se aborda un riesgo alto cuando hay antecedente de dos cesáreas, de cinco estudios realizado fue significativo en tres estudios pero no en dos estudios. No se recomienda el PVDC en gestantes con dos o más cesáreas anteriores, aunque no se trata de un enfoque universal. También, las mujeres que buscan un PVDC después de las 40 semanas de gestación tienen menor éxito de lograr un parto vaginal. Se ha llegado a la conclusión que el riesgo es del 2 al 3% de rotura. (25)

Un IMC nada saludable disminuye el éxito de PVDC, aunque no se han establecido directrices; si hay discusiones de que se debe evitar un PVDC en mujeres con obesidad mórbida. Pero no está aún claro la limitación del IMC.

Si una mujer decide tener un PVDC deberá ser previamente evaluada por los médicos especialistas para definir si es candidata a tener éxito para tener su parto vaginal. Hasta el momento no hay estudios concluyentes acerca de los fármacos uterotónicos que se administran para la conducción del trabajo de parto en gestantes con cesárea anterior por ello se prefiere tener mucho cuidado y una adecuada monitorización de la gestante si son utilizados porque podrían generar rotura uterina según estudios demostrados en algunos casos , por ello se suele

utilizar durante el periodo expulsivo de trabajo de parto en menor cantidad comparada con la que se utiliza en gestantes sin cesárea previa, estudios demuestran que los análogos de prostaglandinas están contraindicados en gestantes con cesárea previa. (25)

3.3 Definición Y Operacionalización de Variables:

Parto vaginal: Se denomina al parto que comprende la expulsión del feto y otros por el canal de la vagina. Un parto normal si se presenta entre los límites de duración y evolución, necesariamente fisiológicos. Recibe el nombre de parto normal o eutócico si ha culminado por completo. Adicionalmente un parto se refiere al fin de la gestación (ACOG).

Cesárea: Procedimiento de intervención quirúrgica que se emplea para la extracción de un feto por medio de una incisión en la pared abdominal que es a la elección del médico especialista y otra en la pared uterina, tipo Munro Kerr.

Endometritis: se presenta cuando los microorganismos de la flora vaginal ascienden a la cavidad uterina durante el parto y generando así una infección .de tal manera que es mas frecuente en un parto por vía abdominal (cesárea), para su manejo se hacen uso de antibióticos de amplio espectro. (Mackeen et al., 2015). Varios estudios demuestran que la cesárea es uno de los factores principales para la presencia de endometritis puerperal (Guillen, 2016).

Hemorragia y transfusión: La hemorragia que se presenta después del parto se define como la pérdida de sangre de 500 ml. o más durante el puerperio inmediato en aquella paciente que se sometió a parto vaginal, y a su vez también se considera hemorragia postparto cuando se pierde más de 1000 ml. durante el puerperio inmediato en aquellas pacientes que se sometieron a cesárea, esto conllevaría una pérdida de volumen sanguíneo mayor a 150ml/min que significaría la pérdida de más del 50% del volumen sanguíneo total generando un estado grave para la puérpera (Asturizaga & Toledo, 2009). La HPP también se define como la pérdida sanguínea que conlleva a un fallo hemodinámico en el puerperio inmediato (Casale, 2018).

Ruptura uterina: Se denomina a la solución de continuidad de la pared uterina en la gestante. (Pérez et al., 2013)

De acuerdo a su extensión la ruptura uterina puede ser clasificada como total o parcial dependiendo del compromiso, del segmento uterino inferior o el cuerpo uterino. Por profundidad, se refiere a la afectación de la capa muscular y la capa mucosa del útero si respeta la serosa peritoneal será incompleta y completa si afecta el peritoneo y se produce una relación entre cavidad uterina y cavidad abdominal (Castro & Díaz, 1955). El periodo intergenésico corto (el cual equivale a menos de 12 meses desde la fecha del último parto), la gestante con más de 40 años, obesidad materna, fetos de más 4000mg, el segmento uterino inferior

adelgazado medido por ecografía son factores muy relacionados con rotura uterina (Zavala et al., 2018).

Histerectomía obstétrica: Comprende a un exéresis quirúrgica del útero que puede presentarse después de un legrado uterino, también se puede presentar después de un parto vaginal en pacientes con cesárea previa o de manera electiva por alguna patología uterina. (Hernández & Díaz, 2016).

3.4 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA:

La tasa de cesáreas ha ido incrementando a nivel mundial. En muchos países ya no intentan optar por parto vaginal como primera opción después de una cesárea, generando muchas veces más complicaciones postoperatorias. La OMS estableció un margen de tasa de cesáreas de 15% para las cesáreas primarias. A nivel mundial se han reportado tasas del 21% (países europeos) y, en el Perú, 36% en el año 2015. A nivel nacional las cesáreas en el sector privado de salud corresponden al doble comparado con la tasa que se reporta en el sector público de salud, dando a conocer así que se está dejando de lado el parto vaginal como primera opción. En una revisión sistemática del 2016 se evaluó la mortalidad materna se halló que 3,5% de las muertes fueron por complicaciones obstétricas. Por otro lado, es conocido que una cesárea aumenta el riesgo de muerte en seis veces al compararse con el parto vaginal.

Es necesario conocer las complicaciones maternas perinatales en pacientes que deciden intentar parto vaginal con antecedente de una cesárea previa, de esta manera nos permitirá definir que paciente es candidata y se podría intentar el parto vaginal y así evitar de manera oportuna complicaciones maternas o perinatales. La cesárea iterativa, después de una cesárea previa, son muy frecuentes en nuestro medio debido a la precaria información que se le da a la gestante y a la familia. La cesárea genera altos costos en salud y genera gastos que podrían ahorrarse, y su vez genera más riesgo de mortalidad materna. En la actualidad aun no existen estudios en la localidad que definan las complicaciones en la gestante que se somete a parto vaginal después de una cesárea previa, siendo así este estudio generara datos fundamentales que nos permitirán determinar que paciente tendría características para poder ser sometida a trabajo de parto después de una cesárea previa y así facilita la toma de decisiones de la comunidad científica.

3.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDIDAS	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES EN PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA EN PACIENTES	FACTORES EPIDEMIOLOGICOS	EDAD	AÑOS	ORDINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
		ESTADO CIVIL	SOLTERA CASADA CONVIVIENTE DIVORCIADA VIUDA	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
		NIVEL EDUCATIVO	PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR SIN ESTUDIOS	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
	ANTECEDENTES DEL PARTO ANTERIOR	MOTIVO DE CESAREA ANTERIOR	EN TEXTO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
		PESO DEL NEONATO ANTERIOR	EN NUMEROS	RAZON	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
		ROTURA UTERINA			FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

	RESULTADOS MATERNOS	HEMORRAGIA POSTPARTO	SI/NO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
		TRAUMA PERINEAL			FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
		ENDOMETRITIS			FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
		RETENCION PLACENTARIA			FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
		MUERTE MATERNA			FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
	CARACTERISTICAS PERINATALES	SEXO	MASCULINO/ FEMENINO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
		PESO	GRAMOS	RAZON	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
		TALLA	CENTRIMETR OS	RAZON	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
		APGAR	< 5 6-7 >8	ORDINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

		EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO	EN SEMANAS	ORDINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
	RESULTADOS PERINATALES	DISTOCIA PERINATAL	SI/NO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
		ASFIXIA PERINATAL	SI/NO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
		MUERTE NEONATAL	SI/NO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

IV. DISEÑO METODOLOGICO:

4.1. Tipo y diseño de investigación

Estudio descriptivo, retrospectivo.

4.2. Población, muestra y muestreo

4.2.1. Población

El estudio fue constituido por 100 mujeres que cursaron con gestaciones después de las 37 semanas que se tuvieron parto vaginal después de una cesárea, atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo provenientes de consultorio externo y de tópico de emergencia del servicio de ginecología, también de pacientes referidas de periferia como los Centros de Salud.

4.2.2. Muestra

Con una población de 100 pacientes con antecedente de cesárea previa atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, provenientes de consultorio externo y de tópico de emergencia del servicio de ginecología, también de pacientes referidas de periferia como los Centros de Salud, que cumplen con criterios de inclusión y exclusión; con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de estudios previos del 5%, se obtuvo una muestra de 80.

4.3. Criterios de inclusión y exclusión

4.3.1. Criterios de Inclusión

-Mujeres con embarazo a término, únicos y de presentación cefálica, que tuvieron un parto vaginal y con antecedente de una cesárea previa.

4.3.2. Criterios de Exclusión

- Mujeres que al estudio presenten malformaciones uterinas
- Mujeres con alguna patología médica.
- Mujeres con cirugía previa de histerotomía vertical.
- Neonato que al estudio presente malformaciones congénitas, con presentación podálica o situación transversa.

4.4. Procedimientos y técnicas

Dentro de los procedimientos que se realizarán para llevar cabo el estudio; primero se solicitará el permiso a las autoridades pertinentes al director del hospital y a la jefatura del servicio de ginecología y obstetricia a su vez también al servicio de neonatología. Se solicitará el acceso para identificar al número de pacientes del registro de ingresos para eso se solicitará a información a la unidad de estadística e informática y luego se ubicara la historia clínica para poder obtener los datos necesarios según la ficha que ha sido diseñada para dicha investigación. Luego los datos recolectados serán ingresados en una base estadística y luego será analizada.

4.4.1. Plan de análisis

Los datos recopilados serán analizados según programas estadísticos en este caso se usara el SPSS versión 24, el análisis será tipo descriptivo y los datos serán recopilados en tablas y figuras, También el análisis bivariado mediante el cruce de variables usando tablas cruzadas, con un nivel de confianza del 95%. Haciendo uso del programa Excel para Windows 2019 se llevara a cabo la elaboración de gráficos y tablas.

4.4.2. Aspectos éticos

Este estudio no tendrá ningún problema ético, debido a que los datos de las gestantes serán debidamente protegidos es decir los nombres no serán tomados de las historias clínicas y de esta manera se salvaguardara la identidad de las pacientes.

4.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

El instrumento de recolección de datos será la ficha diseñada especialmente para este estudio de investigacion. (VER ANEXO 1).

4.6 ANALISIS ESTADISTICO:

La información recolectada será procesada con el programa estadístico SPSS versión 24, el análisis que se realizara será descriptivo de frecuencias haciendo uso de tablas y se realizará el cruce de variables usando tablas cruzadas, con un nivel de confianza del 95%. Haciendo uso del programa Excel para Windows 2019 se llevara a cabo la elaboración de gráficos y tablas.

V. ACTIVIDADES Y RECURSOS:

5.1 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2019						AÑO 2020							
	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J
FASE PRELIMINAR														
Revisión bibliográfica	██													
Contacto con la realidad	████████████████													
Elaboración del proyecto			██											
Presentación del proyecto								████████████████						
Implementación del proyecto									████████████████					
FASE DE EJECUCIÓN														
Muestreo												████████████████		
Procesamiento de muestras												████████████████		
Registro de datos												████████████████		
Procesamiento estadístico														██████████
FASE DE COMUNICACIÓN														
Análisis e interpretación													████████████████	
Elaboración del informe													████████████████	
Presentación del informe y sustentación														██████████
Publicación														

5.2 PRESUPUESTO

REMUNERACIONES			
Asesoría estadística			S/.250.00
BIENES			
Descripción	Cantidad	Precio Unitario S/.	Precio Total S/.
Papel	01 millar	25.00	25.00
Boligrafos	5 unidades	2.00	10.00
Resaltadores	03 unidades	5.00	15.00
		TOTAL BIENES	S/. 50.00
SERVICIOS			
Descripción	Cantidad	Precio Unidad S/.	Precio Total S/.
Internet	50 horas	1.00	50.00
Empastados	5	30	150.00
Fotocopias	1,000	0.1	100.00
Movilidad local	30	20.00	60.00
		TOTAL SERVICIOS	S/.360.00
Total General			S/.710.00

5.3 FINANCIAMIENTO

El presente proyecto de investigación será financiado por la investigadora.

VI. BIBLIOGRAFIA:

1. Asturizaga, P., & Toledo, L. (2009). Hemorragia obstétrica. Actualizaciones En Anestesiología y Reanimación, 19(2), 49–60. <https://doi.org/10.1016/b978-84-8086-334-6.50140-1>
2. Baranov, A., Salvesen, K., & Vikhareva, O. (2018). Validation of prediction model for successful vaginal birth after Cesarean delivery based on sonographic assessment of hysterotomy scar. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 51(2), 189–192. <https://doi.org/10.1002/uog.17439>
3. Berghella, V. (2017). *Obstetric Evidence Based Guidelines Third Edition*. <http://redlagrey.com/files/OBSTETRIC-EVIDENCE-GUIDELINES--BERGHELLA.pdf>
4. Cabrera Gomez, E., & Lara Samano, E. (1967). Cesarea iterativa. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 22(126), 147–152.
5. Casale, R., Di Marco, I., Davinson, H., Fabiano, P., Franze, F., & Sar, S. (2018). Consenso de Hemorragia Postparto/SOGIBA/2018. 1–26. http://www.sogiba.org.ar/images/Consenso_HPP_SOGIBA_2018.pdf
6. Castro, A., & Díaz, A. (1955). Rotura uterina. *Ginecología y Obstetricia de México*, 10(2), 151–156. <https://doi.org/10.1016/b978-84-458-1311-9.50082-3>
7. Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Rios M, & Leighton L. (2009). Riesgo Obstetrico y Perinatal en Embarazadas Mayores de 35 años. *Revista Chilena Obstetrica de Ginecologia [revista en Internet]* 2009 [acceso 14 de marzo de 2022]; 74(6): 331-338. 74(December 2006), 331–338. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262009000600003>

8. Clark, S. L., Garite, T. J., Hamilton, E. F., Belfort, M. A., & Hankins, G. D. (2018). "Doing something" about the cesarean delivery rate. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(3), 267–271. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.04.044>
9. Clock, C., Kurtzman, J., White, J., & Chung, J. H. (2009). Cesarean risk after successful external cephalic version: A matched, retrospective analysis. *Journal of Perinatology*, 29(2), 96–100. <https://doi.org/10.1038/jp.2008.227>
10. Crowther, C. A., Dodd, J. M., Hiller, J. E., Haslam, R. R., & Robinson, J. S. (2012). Planned Vaginal Birth or Elective Repeat Caesarean: Patient Preference Restricted Cohort with Nested Randomised Trial. *PLoS Medicine*, 9(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001192>
11. Entringer, A. P., Pinto, M., & Gomes, M. A. de S. M. (2018). Cost-effectiveness analysis of natural birth and elective C-section in supplemental health. *Revista de Saude Publica*, 52, 1–5. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000373>
12. Fagerberg, M. C., Maršál, K., & Källén, K. (2015). Predicting the chance of vaginal delivery after one cesarean section: Validation and elaboration of a published prediction model. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 188, 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.02.031>
13. Fernández-Alonso, A. M., Vizcaíno, A., Rodríguez-García, I., Carretero, P., Garrigosa, L., & Cruz, M. (2010). Hemorragia durante la cesárea: factores de riesgo. *Clinica e Investigacion En Ginecologia y Obstetricia*, 37(3), 101–105. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2009.06.002>

14. Fonseca, J. E., Rodriguez, J. L., & Salazar, D. M. (2019). Validación de modelos predictivos para parto vaginal exitoso después de cesárea. *Colombia Medica*, 50(1), 13–21. <https://doi.org/10.25100/cm.v50i1.2521>
15. Furzán, J. (2014). N ACIMIENTO POR CESÁREA Y PRONÓSTICO NEONATAL. 77(14), 79–86. <http://ve.scielo.org/pdf/avpp/v77n2/art06.pdf>
16. García-Benítez, C. Q., De Jesús López-Rioja, M., & Monzalbo-Núñez, D. E. (2015). Parto después de cesárea ¿una opción segura? *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 83(2), 69–71. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom2015/gom152b.pdf>
17. García, M., & Cardona, I. (2009). Parto después de una cesárea. *Semar*, 59. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/605GRR.pdf>
18. Gary, F., Shrikant, I., Brown, S., Dean, T., Rowland, C., Wong, C., & Silver, R. (2010). National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. *Connecticut Medicine*, 115(6), 1–3. <https://doi.org/https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.06.002>
19. Guillen, G. C. (2016). Endometritis Postparto. *Revista Medica Sinergia*, 1(12), 21–25. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/56/97>
20. Hernández, R., & Díaz, J. J. (2016). Histerectomía obstétrica , último recurso en el tratamiento de la hemorragia. 63–71. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2016/sm161j.pdf>
21. Ibáñez, F., García, A., García, M. A., Suarez, Y., Sánchez, G., & Bárbaro, O. (2018). Técnicas quirúrgicas utilizadas en el tratamiento de emergencia de las hemorragias obstétricas. 17, 18–25.

https://pdfs.semanticscholar.org/3ba9/33920ff69c27f19f3b381415b33b6c7d57c5.pdf?_ga=2.160912381.1130221076.1594603138-269484486.1594603138

- 22.** Karlsson, H., & Pérez, S. (2010). Hemorragia postparto Postpartum-Postpartum haemorrhage. *Maternal and Infant Deaths: Chasing Millennium Development Goals 4 and 5*, 9781906985, 85–98. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107784758.008>
- 23.** Kennare, R., Tucker, G., Heard, A., & Chan, A. (2007). Risks of Adverse Outcomes in the Next Birth After a First Cesarean Delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 109(2 PART 1), 270–276. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000250469.23047.73>
- 24.** Landon, M. B., Leindecker, S., Spong, C. Y., Hauth, J. C., Bloom, S., Varner, M. W., Moawad, A. H., Caritis, S. N., Harper, M., Wapner, R. J., Sorokin, Y., Miodovnik, M., Carpenter, M., Peaceman, A. M., O'Sullivan, M. J., Sibai, B. M., Langer, O., Thorp, J. M., Ramin, S. M., ... Gabbe, S. G. (2005). The 66 MFMU Cesarean Registry: Factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(3 SUPPL.), 1016–1019. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.05.066>
- 25.** Larma, J. D., Silva, A. M., Holcroft, C. J., Thompson, R. E., Donohue, P. K., & Graham, E. M. (2007). Intrapartum electronic fetal heart rate monitoring and the identification of metabolic acidosis and hypoxic-ischemic encephalopathy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 197(3), 301.e1-301.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.06.053>

VII. ANEXOS:

FICHA PARA RECOLECTAR DATOS:

N° HC:

1. FILIACION:

- 1. Edad: _____
- 2. Estado civil: () soltera () casada () conviviente () separada () Viuda
- 3. Grado de instrucción: () primaria () secundaria () Superior () Sin instrucción
- 4. Edad gestacional:
- 5. Paridad: Gesta : ____ p: ____/____/____/ ____

2. PARTO VAGINAL DESPUES DE LA CESAREA: SI () NO()

3. MOTIVO DE CESAREA ANTERIOR: _____

4. PESO DEL NEONATO ANTERIOR: _____

5. PARTO VAGINAL ANTERIOR: SI () NO()

6. COMPLICACIONES MATERNAS:

COMPLICACION	SI	NO
HEMORRAGIA POSTPARTO		
ROTURA UTERINA		
HISTERECTOMIA		
INGRESO A UCI		
MUERTE MATERNA		
TRAUMA PERINEAL		
ANEMIA SEVERA		
RETENCION PLACENTARIA		
ENDOMETRITIS		
INFECCION DE EPISIORRAFIA		

OTROS: _____

7. COMPLICACIONES PERINATALES:

COMPLICACION	SI	NO
ASFIXIA PERINATAL		
UCI NEONATAL		
MUERTE PERINATAL		
APGAR BAJO A LOS 5 MINUTOS		
DISTRES RESPIRATORIO		
HEMORRAGIA INTERVENTRICULAR		
DISTOCIA DE HOMBROS		

OTROS: _____

8. CARACTERÍSTICAS DEL RECIEN NACIDO:

- SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()
- PESO DEL RN:..... TALLA DEL RN:.....
- APGAR:.....
- EG SEGUN CAPURRO: SEMANAS
- SEGÚN PESO DEL RECIÉN NACIDO: GEG () AEG () PEG ()

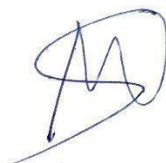
CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Dr. Jorge Luis Sosa Flores

Revisor del trabajo de investigación del Medico Residente, **Huamanchumo Delgado Claudia Vanessa** de la Especialidad de **GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**; Titulada: **“COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES EN PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA PREVIA EN PACIENTES, DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES 2019-2020”**.

Que luego de la revisión exhaustiva del documento constato que la misma tiene un índice de similitud del 15% verificable en el reporte de similitud del programa Turnitin.

El suscrito analizo dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entener la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

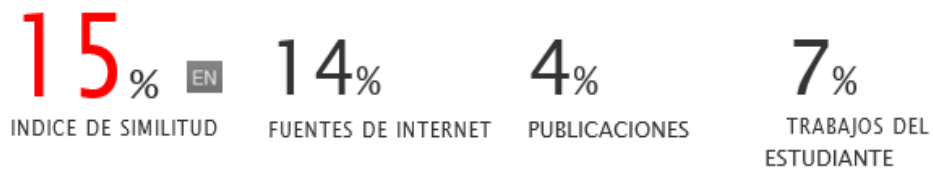


DR. JORGE LUIS SOSA FLORES

ASESOR

COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES EN PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA PREVIA EN PACIENTES. DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES 2019-2020

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	11%
2	www.uptodate.com Fuente de Internet	3%
3	Submitted to Goshen College Trabajo del estudiante	<1%

Excluir citas Activo Excluir coincidencias Apagado
Excluir bibliografía Apagado



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Huamanchumo Delgado Huamanchumo Delgado
Título del ejercicio: COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES EN PARTO VAGI...
Título de la entrega: COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES EN PARTO VAGI...
Nombre del archivo: Huamanchumo_tesis_corregida.docx
Tamaño del archivo: 158.12K
Total páginas: 32
Total de palabras: 5,747
Total de caracteres: 31,996
Fecha de entrega: 12-jun.-2022 05:52p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 1855518165



