

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE PACIENTES  
QUE LLEVAN A CABO PARTO VAGINAL LUEGO DE UNA CESÁREA EN EL  
HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL 2016 – 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR:**

**CASTAÑEDA HUAVIL, BRIAN NICOLAS**

**ASESOR:**

**DR. PALACIOS SOLANO, JACINTO JESÚS**

**Huacho – Perú**

**2020**

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE PACIENTES  
QUE LLEVAN A CABO PARTO VAGINAL LUEGO DE UNA CESÁREA EN  
EL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL 2016 – 2019**

**CASTAÑEDA HUAVIL, BRIAN NICOLÁS**

**TESIS DE PREGRADO**

**ASESOR:**

**DR. PALACIOS SOLANO, JACINTO JESÚS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**2020**

**ASESOR:**

**Mg. PALACIOS SOLANO JACINTO JESUS**

Docente de la Escuela Profesional de Medicina Humana en la UNJFSC

**JURADO EVALUADOR:**

**PRESIDENTE:**

**Dr. SARMIENTO RAMOS JUAN MARIO**

Docente de la Facultad de Ciencias sociales de la UNJFSC

**SECRETARIO:**

**M.C. SUAREZ ALVARADO EDWIN**

Docente de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la UNJFSC

**VOCAL:**

**M.C. VALLADARES VERGARA EDGAR IVAN**

Docente de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la UNJFSC

## DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a:

Jorge y Florencia, porque como humanos solemos buscar el origen de todo; sin embargo, con tener a mis abuelitos a mi lado tengo no necesito saber más, ellos son mi origen.

Mi madre, Vilma y mi tía Dubla, porque junto a mi abuela, forjaron etapas cruciales de mi vida, con sus enseñanzas, su amor y protección.

Mi padre, Pedro y mi hermano Peter. El hombre más intrépido e inteligente que conozco; y el hombre quien fue mi primer guía sin saberlo y mi primer súper héroe.

Mis amigos Zaith y Gerson, dos muchachos locos que desde la infancia, me siguen viendo tal como soy fuera de mis logros o éxitos.

Dedicado a los mejores momentos de mi vida, sobre todo a los que vivo ahora, y a las personas que participan de ello.

Y que nadie se quede fuera, ¡dedicado a todos!

*Castañeda Huávil, Brian Nicolás*

## AGRADECIMIENTOS

Expresar sobre todo mi gratitud a Dios, por las circunstancias que me permiten tener en mi vida a mis seres queridos y por todas las cosas buenas que me están pasando.

De igual manera agradezco a mi universidad José Faustino Sánchez Carrión, a sus autoridades y al personal que hace posible la realización de este proceso para lograr forjarnos como buenos profesionales.

A mi escuela de Medicina Humana, mis profesores, en especial a mis jurados y asesor por dedicar su tiempo en este breve lapso, para brindar sus enseñanzas y por su paciencia.

A mis padres Vilma y Pedro, por el gran apoyo incondicional en todo aspecto tanto moral, económico, emocional y académico, durante toda la carrera y en especial durante este último trayecto, preocupándose por cada detalle y por mi bienestar.

Finalmente agradecer a la vida por ponerme en éstos precisos momentos a quien me apoyó incondicionalmente en éste trabajo, corrigiéndome, regañándome, incluso dejando de dormir. Almendra.

*Castañea Huávil, Brian Nicolás*

## ÍNDICE GENERAL

Introducción.....	xii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1. Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	5
1.4. Justificación de la investigación.....	5
1.5. Delimitación del estudio.....	6
1.6. Viabilidad del estudio.....	6
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	7
2.1.1. Investigaciones internacionales.....	7
2.1.2. Investigaciones nacionales.....	11
2.2. Bases teóricas.....	14
2.3. Definiciones conceptuales.....	23
2.4. Formulación de las hipótesis.....	24
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	
3.1. Diseño metodológico.....	25
3.2. Población y muestra.....	26

<b>3.3. Criterios de inclusión y exclusión.....</b>	<b>26</b>
<b>3.4. Operacionalización de variables e indicadores.....</b>	<b>26</b>
<b>3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....</b>	<b>29</b>
<b>3.6. Técnicas para el procesamiento de la información.....</b>	<b>30</b>
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULOS V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>37</b>
<b>CAPÍTULOS VI: FUENTES DE INFORMACIÓN.....</b>	<b>45</b>
<b>6.1. Fuentes electrónicas.....</b>	<b>45</b>
<b>6.2. Fuentes documentales.....</b>	<b>46</b>
<b>6.3. Fuentes hemerográficas.....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>50</b>

**INDICE DE TABLAS**

<b>TABLA 1: Información general de las pacientes con parto vaginal luego de una cesárea, Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016-2019.....</b>	<b>31</b>
<b>TABLA 2: Frecuencias de características obstétricas de las pacientes con parto vaginal luego de una cesárea, Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016-2019.....</b>	<b>33</b>
<b>TABLA 3: Frecuencias de características de los recién nacidos de las pacientes con parto vaginal luego de una cesárea, Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016-2019.....</b>	<b>35</b>
<b>TABLA 4: Frecuencias de complicaciones del parto de las pacientes con parto vaginal luego de una cesárea, Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016-2019....</b>	<b>36</b>



**INDICE DE ANEXOS**

<b>ANEXO 1: SOLICITUD REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO 2: CONSTANCIA DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO 4: PROCESAMIENTO DE DATOS EXCEL Y SPSS.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO 5: APRECIACION DE JUICIO DE EXPERTOS.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO 6: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....</b>	<b>62</b>

## Resumen

Tener un parto vaginal con cesárea previa es un método seguro cuando las mujeres han sido adecuadamente seleccionadas. En estas condiciones con este tipo de pacientes se puede contribuir a una reducción en la tasa de cesáreas iterativas no justificadas (Gupta, Cambridge, & Chodankar, 2015). Las pacientes con parto vaginal post cesárea deberían estar en una tasa por encima de 40% para ser adecuada. (ACOG, 2017).

**Objetivo:** Determinar cuáles son las características epidemiológicas de pacientes que llevan a cabo parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019.

**Método:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, y retrospectivo, diseño no experimental. Se utilizó ficha de recolección de datos en el que se revisaron 32 historias clínicas de pacientes con parto vaginal teniendo antecedente de cesárea.

**Resultado:** Las características epidemiológicas encontradas fueron: edad promedio 29,6 años, talla media 152 cm, provienen de la costa (78,1%), nivel de instrucción secundaria (68,8%), ama de casa (65,5%), características obstétricas: edad gestacional 37,9 semanas promedio, tiempo del internamiento al parto 4,78 horas, periodo intergenésico 3,06 años, paridad 2,2, Puntaje Bishop 6,56, No usaron oxitocina (93,8%), características del neonato: peso 3172 gr, con peso adecuado (93,8%), sexo femenino (68,8%), Apgar 1' 8 o más (90,6%), Apgar a los 5' 8 o más (96,9%), complicaciones del parto: No (65,6%), laceración de 1° grado (31,3%).

**Palabras clave:** parto vaginal post cesárea, cesárea

## Abstract

Having a vaginal delivery with previous caesarean section is a safe method when women have been properly selected. In these conditions with this type of patients, a reduction in the rate of non-justified iterative caesarean sections can be contributed (Gupta, Cambridge, & Chodankar, 2015). Those with post-caesarean vaginal delivery should be at a rate above 40% to be adequate. (ACOG, 2017).

**Objective:** To determine the epidemiological characteristics of patients who carry out vaginal delivery after a caesarean section at the San Juan Bautista hospital, Huaral, 2016 - 2019.

**Method:** Observational, descriptive, cross-sectional, and retrospective study, non-experimental design. Data collection sheet was used in which 32 medical records of patients with vaginal delivery were reviewed, having a history of caesarean section.

**Result:** The epidemiological characteristics found were: average age 29.6 years, average size 152 cm, come from the coast (78.1%), secondary education level (68.8%), housewife (65.5% ), obstetric characteristics: gestational age 37.9 weeks average, time from hospitalization to delivery 4.78 hours, intergenic period 3.06 years, parity 2.2, Bishop score 6.56, did not use oxytocin (93.8%) , characteristics of the newborn: weight 3172 gr, with adequate weight (93.8%), female sex (68.8%), Apgar 1 '8 or more (90.6%), Apgar at 5' 8 or more ( 96.9%), delivery complications: No (65.6%), 1st degree laceration (31.3%).

**Keywords:** post-caesarean vaginal delivery, cesarean section

## Introducción

Se entiende que la cirugía en la que se realiza la extracción del feto a través de una laparotomía, es decir incidiendo en la pared abdominal; seguido de una histerotomía, en la pared uterina, la conocemos como cesárea. Siendo un procedimiento quirúrgico eficaz si la vida tanto de la madre o el feto se encuentran en peligro.

La incidencia de cesáreas va en aumento, y la tendencia difiere del objetivo de disminuir la tasa de cesáreas en aquellas mujeres que no son de riesgo obstétrico. Existen varias causas en potencia. El no dar oportunidad de partos vaginales a pacientes con cesáreas previas contribuye al aumento continuo por ser la indicación más común de cesáreas y llevar consigo un número importante.

El riesgo de ruptura uterina se incrementa con la cantidad de cesáreas previas. Por lo cual las tácticas para aumentar el número de mujeres que optan por tener un chance de parto vaginal teniendo cesárea previa, son importantes.

Las cesáreas representan importantes gastos para la institución y el estado, pues desde la hospitalización, el preparar sala de operaciones, material quirúrgico, y requerir un mayor número de personal médico especializado para la cirugía, supera los gastos requeridos en un parto vaginal en donde se requiere la disponibilidad del personal y de sala de operaciones, pero no se llega a utilizar estos recursos a menos que surja una complicación y se decida culminar mediante cesárea. Por lo cual, el uso adecuado y la seguridad del procedimiento son una preocupación, no solamente para el paciente, sino para la salud pública a nivel regional y nacional.

Es de importancia la formación de médicos y trabajadores de la salud en la toma de decisiones para una adecuada selección de pacientes. En este entorno, se hace más

factible que algunas mujeres con cesárea previa se decidan a planear un parto vaginal en su siguiente embarazo, si tienen en cuenta que van a tener soporte total del personal en una unidad obstétrica para lograr el éxito en un parto vaginal.

De acuerdo a los estudios se nos demuestra que la cesárea ha ido abarcando cada vez más terreno hasta hacerse una opción preferencial para la vía del parto fuera de las situaciones de riesgo obstétrico.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud, sugiere que, solo, del 10 a 15% de partos deberían culminar mediante cesárea, ya que por encima de este valor no reduce la mortalidad materna neonatal (2015). Sin embargo, en muchos países el porcentaje va en aumento sobrepasando el valor, siendo uno de los mayores motivos, la cesárea iterativa (ACOG, 2017)

La tasa de cesáreas prácticamente se ha duplicado entre 2000 y 2015, lo que puede variar entre países o instituciones. Desde África que tiene tasas por debajo de lo recomendado, hasta América Latina y el Caribe que tienen las tasas de Cesárea más altas del mundo, encabezado por República Dominicana y Brasil que llegan cerca al 55%. En este último cuyas instituciones privadas alcanzan hasta 95%, teniendo como característica que se da en su mayoría en población con mayor nivel educativo, e indicado en gestaciones de bajo riesgo o en pacientes que ya tuvieron una cesárea (Boerma et al, 2018). En Perú, las cesáreas incrementaron en prevalencia de 22,9% a 31,6% entre los años 2011 y 2016 (Bobadilla & León, 2017).

En mujeres nulíparas actualmente se observa que, en una de cada tres, se realiza cesárea. El incremento de las cesáreas primarias está influenciado por variados factores, siendo notables los no obstétricos y sociales. Existe la percepción en ciertas mujeres sobre la cesárea aduciendo que es más práctico que un parto vaginal,

y la petición en éstas pacientes en ausencia de indicación obstétrica, actualmente es una realidad (Villar et al, 2005)

Se han aceptado como determinantes para llevar a cabo una cesárea, factores tanto culturales, socioeconómicos, medico-legales y biomédicos, además se observan factores locales, que son difíciles de corregir. En reportes de tasas de cesáreas se señala que, dentro de las indicaciones más frecuentes, se encuentra en tercer lugar con 14% las cesáreas debidas a una cesárea previa (Vargas, Lévano, & Lazo, 2013)

Por años ha sido de controversia la decisión acerca de la vía más adecuada de parto respecto de las pacientes que tienen cesárea previa, mientras que por un lado en África, Europa y Asia apostaban por dar un chance a un parto vaginal, en Estados Unidos se inclinaban por una cesárea electiva. Sin embargo en la década de los años 1990 se hizo popular los partos por vía vaginal en éstas pacientes, causando que en EEUU se reconsiderara ésta indicación, llegando a ser aceptada por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, 2017). Entonces se emprende una serie de recomendaciones para lograr dar un chance de parto vaginal en este grupo de pacientes (Cuero & Clavijo, 2011)

Para la ACOG (2017), “las pacientes cesareadas que logran tener un parto vaginal deberían estar en una tasa por encima de 40% para ser adecuada” (pág. 1). La principal preocupación en pacientes con cesárea previa es el peligro de que se produzca ruptura uterina en la siguiente gestación, pese a que ésta se presenta en no más de 1% de casos. Sin embargo, al considerarse el parto vaginal en cesareadas, se debe procurar que los riesgos sean mínimos para lograr un parto vaginal exitoso, por lo cual la incisión previa debe ser conocida y transversa a nivel del segmento

uterino, además se debe considerar que no se presente la misma condición que causó la primera cesárea, que el feto sea de menor a 4kg de peso, contar con monitoreo continuo, el periodo intergenésico sea mayor a 18 meses y tener a disposición un anestesiólogo y un neonatólogo (Organización Panamericana de la Salud, 2011) y otras variables como mejorar la puntuación de Bishop, que el parto sea espontáneo y que haya habido parto vaginales previos (Cuero & Clavijo, 2011). Existen modelos como la puntuación de Flamm y Grobman que pueden estimar la posibilidad de lograr un parto vaginal victorioso en pacientes con cesárea previa (Vargas, Lévano, & Lazo, 2013).

Tener un parto vaginal con cesárea previa es un método seguro cuando las mujeres hayan sido adecuadamente seleccionadas con los criterios mencionados. En estas condiciones con este tipo de pacientes se puede contribuir a una reducción en la tasa de cesáreas iterativas no justificadas (Gupta, Cambridge, & Chodankar, 2015) (Li et al, 2015) (Mirteymouri, et al, 2016). Se ha reportado en estudios en Perú que en hasta un 86% las pacientes con una cesárea pueden llevar a cabo un parto vaginal exitoso bajo condiciones controladas y adecuadas (Santiesteban, Sánchez, & Minaya, 2010).

El hospital San Juan Bautista de Huaral es un importante centro de referencia en la provincia, por lo cual las pacientes con cesáreas previas llegan a la institución, culminando en una nueva, sin darles oportunidad a un chance vaginal. La frecuencia va en incremento por una aplicación desmedida en la práctica diaria, por lo que ha causado particular predilección la investigación de este tema y tener la oportunidad de reducir ésta práctica logrando que aquellas gestantes con cesárea previa sean consideradas para un trabajo de parto vaginal, para lo cual se hace de necesidad



identificar las características epidemiológicas de éstas pacientes y que se pueda reconocer cuándo sugerir ésta opción, en ésta población particular de gestantes; por lo tanto al no haberse trabajado anteriormente con investigaciones similares en el Hospital de Huaral es que se plantea el siguiente trabajo de investigación.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son las características epidemiológicas de pacientes que llevan a cabo parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuál es la frecuencia de pacientes que llevan a cabo parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019?

¿Cuáles son las características obstétricas de pacientes que llevan a cabo parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019?

¿Cuáles son las características de los recién nacidos de pacientes que llevan a cabo parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019?

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de pacientes que llevan a cabo parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar cuáles son las características epidemiológicas de pacientes que llevan a cabo parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

Describir cuál es la frecuencia de pacientes que llevan a cabo parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019

Describir cuáles son las características obstétricas de pacientes que llevan a cabo parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019

Describir cuáles son las características de los recién nacidos de pacientes que llevan a cabo parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019

Describir cuáles son las complicaciones más frecuentes de pacientes que llevan a cabo parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019

### **1.4. Justificación de la investigación**

#### **Conveniencia**

Por encontrarse los datos ordenados, archivados y de fácil acceso en las historias clínicas del hospital.

**Relevancia social**

Al no implicar cirugía abdominal, presenta una recuperación precoz y menores gastos hospitalarios.

**Implicancias prácticas**

Que el personal se adecue en una oportuna selección de pacientes sin contraindicación, fomentando el parto vaginal luego de haber tenido una cesárea.

**Valor teórico**

El estudio aporta las bases para continuar y complementar en un futuro con más trabajos de investigación afines.

**Justificación metodológica**

Para la realización del estudio se aplicó la observación cuyo instrumento que fue la ficha de recolección de datos, a partir de las historias clínicas brindadas por la institución.

**1.5. Delimitación del estudio**

Se trabajó con una población de gestantes que tuvieron cesárea previa y que en la gestación en estudio tuvieron un parto vaginal, atendidos en el periodo del 2016 al 2019.

**1.6. Viabilidad del estudio**

El estudio fue viable porque se contó con datos ya ordenados por el servicio de estadística, y con todas las condiciones y predisposición que me brindó el hospital.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

Seffah & Adu-Bonsaffoh. (2014) en su estudio “Parto Vaginal Después de una Cesárea Anterior: Tendencias Y Perspectivas Actuales En Ghana”. África. Tuvo como objetivo determinar la frecuencia, y relacionar la práctica basada en evidencia con la práctica obstétrica en entornos de bajos recursos como Ghana. Metodología: fue un estudio retrospectivo. Su población comprendía pacientes que llevaron a cabo un parto vaginal luego de una cesárea en el Hospital Korle Bu desde 2010 a 2014. Resultados: Se encontró 53 581 partos durante el periodo de estudio. Culminaron vía vaginal 31 870 (59.5%) y en cesárea 21 711 (40.5%). Además 6 261 (11.7%) tenían el antecedente de cesárea. 2 472 (39.5%) de éstas, fueron seleccionadas para prueba de parto vaginal, y 2 119 (33.8%) fueron programadas para cesárea repetida. Hubo una diferencia significativa entre las mujeres cesareadas con parto vaginal exitoso o fallido con respecto a la edad materna, paridad, edad gestacional, peso al nacer, Apgar al primer y quinto minuto. Se concluyó que “existe una alta tasa de éxito de parto vaginal en cesareadas cuando son seleccionadas cuidadosamente. La prueba de trabajo de parto en cesareadas es una opción viable para el nacimiento de niños con pocos recursos como en África occidental a pesar que hay desafíos clínicos y de

gestión que deben superarse. Sigue siendo la piedra angular para una tasa de éxito de parto vaginal en cesareadas, la educación adecuada del paciente” (págs. 1-25)

Madhavi, et al. (2013) en su estudio “Factors Associated with Successful Vaginal Birth after Caesarean”, USA. Tuvo como objetivo: Analizar el éxito del parto vaginal después de un parto por cesárea [VBAC]. Métodos: se realizó un análisis retrospectivo del número de casos entregados por vía vaginal después de un parto por cesárea anterior en nuestro hospital desde enero de 2012 hasta diciembre de 2012. El análisis se realizó con respecto a los parámetros que afectan el éxito de VBAC. Se analizaron factores como la edad de la madre, el período de gestación y la indicación de cesárea previa, el modo de parto, el peso al nacer del bebé y las complicaciones maternas encontradas. Resultados: Un total de veinte pacientes entregadas por vía vaginal después de una cesárea previa. Se observó que el VBAC exitoso fue posible en un grupo de edad joven con trabajo de parto espontáneo a término que se sometió a una cesárea en el parto anterior por una indicación no recurrente. Conclusión: “la selección cuidadosa de los pacientes aumenta la tasa de éxito de VBAC” (págs. 1-5).

Birara & Gebrehiwot. (2013) en su estudio “Factors associated with success of vaginal birth after one caesarean section (VBAC) at three teaching hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: a case control study”. Addis Ababa, Ethiopia. De tipo retrospectivo para detallar las características que se relacionan con un parto vaginal exitoso en pacientes con cesárea anterior, empleándose historias clínicas de 204 pacientes con este antecedente, se separó en 2 grupos (101 casos y 103 controles) de acuerdo a si el trabajo de parto tuvo éxito o no, encontrándose que lo que se relaciona con el éxito es: el antecedente de parto vaginal previo; el periodo intergenésico, que al internamiento exista ruptura de membranas ovulares, el número de partos, entre

otros. La edad promedio fue 28.4 años en los casos y 28.6 en controles. El número de partos en promedio de cada paciente fue 2.4 y la edad gestacional promedio fue 39,8. No hubo asociación significativa entre el trabajo de parto vaginal exitoso con la edad materna, edad gestacional y multiparidad. En conclusión: “es posible preparar una herramienta de decisión sobre el éxito de VBAC tomando un importante pasado y presente historial de rendimiento obstétrico y reproductivo como predictor” (págs. 1-6).

Castillo et al. (2009) realizaron un estudio “Factores relacionados con la vía de parto tras cesárea anterior”, Zaragoza, España. Tuvieron como objetivo evaluar la tasa de parto vaginal en cesareadas de 258 gestantes con cesárea previa al analizar las historias clínicas; excluyéndose a las que definitivamente no pueden tener indicación para parto vaginal. El 59,3% logró un parto vaginal; el trabajo de parto en 55% inició espontáneamente, en el 21,7% fue inducido y al 23,3% fueron cesáreas electivas. Se concluyó que cuando el trabajo de parto se inició de forma espontánea, se produjo el parto vaginal exitoso (78,87%), cuando el puntaje de Bishop fue mayor o igual a 6 (88,51%) y cuando existía partos vaginales previos (66,7%) o posteriores (84,25%); encontrando estas condiciones en bajo porcentaje en el grupo que tuvo prueba de parto vaginal y fracasaron, culminando en cesárea. “La edad gestacional promedio al parto fue de 39 semanas y el promedio del periodo de tiempo desde la gestación anterior fue 54.34 meses” (págs. 122-126).

Haresh, Rohit, & Aarti. (2010) ejecutaron un estudio “Parto vaginal después de una cesárea: análisis de indicadores de éxito”, India. Donde se obtuvo casos y controles para conocer los factores asociados a un parto vaginal exitoso en cesareadas. Se empleó 162 pacientes encontrando que las características relacionadas

a parto vaginal exitoso fueron: la edad de la gestante; adecuados controles prenatales; que existan partos vaginales previos; el peso del recién nacido y el periodo intergenésico; en otro aspecto no hubo diferencia significativas respecto a los resultados neonatales entre las pacientes que tuvieron un parto vaginal exitoso y las que no. El trabajo de parto vaginal exitoso fue del 75%, con una significancia de  $p < 0.001$ . (Pinheiro, 2018)

Cuero & Clavijo. (2011) en su investigación “Parto Vaginal después de una Cesárea Previa, Hospital San Juan de Dios”, Cali, Colombia. En el que se buscó determinar la incidencia y valorar el rendimiento del score de Flamm como pronóstico para un parto vaginal exitoso luego de haber tenido una cesárea. El método empleado fue de cohorte retrospectivo, en pacientes con parto vaginal exitoso y que contaban con antecedente de cesárea desde el 2007 al 2008. Los resultados fueron que el porcentaje de parto vaginal en cesareadas fue del 20,3%. Respecto al score de Flamm, las mujeres que tuvieron entre 4 y 7 puntos solo el 36% logró parto vaginal, mientras que en las que tuvieron 8 o más puntos lograron el parto vaginal en 83%. Con un punto de corte  $\geq 4$  puntos la sensibilidad fue de 85,7%, la especificidad 69,1%, VPP 41,3% y VPN 95%, RVP 2,8 y RVN 0,2. Si el punto de corte fue  $\geq 8$  la sensibilidad fue de 83,3%, la especificidad 82,6%, VPP 17,9% y VPN 99,1%, RVP 4,8 y RVN 0,2. Se concluyó que “la frecuencia de parto vaginal post cesárea es del 20%. Las gestantes menos de 4 puntos resultaron en una baja posibilidad de tener un parto vaginal” (págs. 148-154)

### 2.1.2. Antecedentes nacionales

Arrunátegui. (2015) en su estudio “Factores predictores para prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria”, Trujillo, Perú. Tuvo como objetivo: Determinar aquellos factores que predicen el éxito de una prueba de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea. Material y Métodos: Estudio analítico, observacional, retrospectivo, de caso control. La población constaba de 90 gestantes con antecedente de cesárea, las cuales fueron repartidas en dos grupos: las que tuvieron éxito en la prueba de parto (30 casos) y las que no (60 controles). Resultados: Los factores asociados fueron 1) historial de parto vaginal (OR: 6.41;  $p < 0.05$ ), 2) multiparidad (OR: 2.66;  $p < 0.05$ ), 3) periodo intergenésico óptimo (OR: 2.69;  $p < 0.05$ ), 4) edad materna adecuada (OR: 3;  $p < 0.05$ ). Conclusiones: “El antecedente de partos vaginales anteriores, paridad elevada, periodo intergenésico apropiado y edad materna adecuada son factores que predicen el éxito de una prueba de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea” (págs. 1-39).

Caldas & Carrión. (2015) en su estudio “Factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa en la clínica particular Cori Gyn, distrito los Olivos 2015”, Lima, Perú. Tuvo como objetivo determinar los factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa atendidas en la Clínica particular CORI GYN, distrito Los Olivos 2015. Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. Se estudió a 90 mujeres con cesárea previa. Para el análisis se utilizó la medida central, dispersión, así como frecuencias absolutas y relativas. Resultados: la edad promedio de las mujeres con cesárea previa fue 29,6 años, donde la edad  $\leq 35$  años fue el predominante (96,7%), asimismo el



grado de instrucción fue mayormente universitario (54,4%) y el estado civil casada (70,0%). Entre los factores maternos más frecuentes asociados a la decisión del parto vaginal fue el período intergenésico de 2 - 5 años (60,0%), parto vaginal previo en un 53,3%, ser multigesta (51,1%) e inicio de parto espontáneo (92,2%). En el 93,3% de los casos la decisión de la vía de culminación fue tomada por el médico. Respecto a las complicaciones, el 6,7% presentaron complicaciones en el puerperio inmediato (retención de restos placentarios, sangrado e infección de episiotomía) y el 20,0% presentaron complicaciones en el puerperio mediato (fiebre, infección de episiotomía y alza térmica). En los factores fetales asociados a la decisión del parto vaginal se encontró que la edad gestacional fue de 38 a 40 semanas con un peso promedio de 3,296 gramos. Las conclusiones a las que se le llegó fue que “los factores más frecuentes asociados a la decisión de parto por vía vaginal en mujeres con cesárea previa fueron el período intergenésico entre 2 y 5 años, parto vaginal previo, ser multigesta, además de la edad gestacional a término y ponderado del peso fetal normal” (págs. 1-12).

Vargas, Lévano, & Lazo. (2013) en su estudio “Parto vaginal después de una Cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un Hospital”, Lima, Perú. Tuvieron como objetivo: Determinar si los scores de Flamm y Grobman son apropiados para vaticinar el éxito de un parto vaginal en pacientes con historial de cesárea. Diseño: Retrospectivo comparativo. Realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. Se observaron las historias clínicas de las gestantes a término con historial de cesárea que fueron admitidas en trabajo de parto espontáneo desde el 2010 a 2011, reuniendo los datos demográficos y obstétricos del ingreso, se aplicó los puntajes de Flamm y Grobman. Resultados: Se obtuvo 398 gestantes que cumplían con los criterios. Se confrontó el área bajo la curva de ROC, la cual fue

0,79 (IC95% 0,74 a 0,82) para el score de Flamm y 0,74 (IC95% 0,70 a 0,79) para Grobman, con diferencia estadística ( $p = 0,03$ ). Flamm fue mejor predictor al comparar ambos scores. Conclusiones: “Ambos scores resultaron ser apropiados para vaticinar el éxito de un parto vaginal con cesárea anterior, siendo Flamm el mejor predictor” (págs. 261-266).

Huertas & Pocco. (2010) en su estudio “Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior”, Lima, Perú. Tuvo como objetivos: Evaluar el desenlace materno-perinatal de mujeres antecedente de cesárea, que tuvieron un chance de trabajo de parto. Diseño: Estudio de cohortes, retrospectivo, analítico. Se revisó 584 historias clínicas de mujeres con antecedente de cesárea y que tuvieron parto vaginal en el 2007, luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: 266 pacientes tenían el antecedente de cesárea sin contraindicación para parto vaginal. 188 pacientes (70,7%) terminaron en cesárea electiva repetida y 78 (29,3%), prueba de parto. De estas últimas, 51 (65,3%) tuvieron éxito. Del grupo de pacientes con cesárea electiva, una presentó rotura uterina, una histerectomía y dos hemorragia posparto, condiciones que no se presentaron en el grupo de pacientes con prueba de parto. Los resultados perinatales fueron favorables al no haber casos de muerte intraútero, anteparto o intraparto, el Apgar menor de 7 a los 5 minutos, ni muertes neonatales, en ninguno de los dos grupos. Conclusiones: “No se encontró desigualdad estadísticamente significativa en los resultados materno-perinatales de pacientes con antecedente de cesárea sometidos a prueba de parto vaginal, comparados a los de cesárea iterativa. La tasa de éxito de la prueba de trabajo de parto fue 65,3%” (págs. 284-288).

Lindo, et al. (2004) en su estudio “Parto vaginal en cesareada anterior: Experiencia de 4 años en un Hospital de Seguridad Social”, Lima, Perú. Tuvo como objetivo: Determinar las características maternas y perinatales, tipo de parto y complicaciones de las gestantes con parto vaginal después de una cesárea anterior. Fue un estudio de tipo retrospectivo descriptivo en 298 gestantes a término con historial de cesárea admitidos a chance de parto vaginal. Resultando en una tasa de éxito del parto vaginal de 54.7% con cesárea previa. El 6.2% tenía entre 26 y 35 años de edad. El periodo intergenésico desde la cesárea previa y el parto vaginal menor a dos años fue en 8.6%. El parto eutócico se dio en 90.8% y se usó vacuum en 9.2%. Se estimuló con oxitocina el trabajo de parto en 14.7%. El peso promedio de neonatos fue de 3046 g. y el 4.9% fueron macrosómicos. El 99.4% de los RN tuvo Apgar mayor a 7 a los 5 minutos. No hubo casos de rotura uterina. Concluyéndose que “el parto vaginal en cesareada anterior en el grupo seleccionado de pacientes se considera seguro y con altas probabilidades de éxito y mínimos riesgos, por lo tanto es una alternativa aceptable para evitar una cesárea repetida en éstas pacientes” (págs. 217-222).

## **2.2. Bases teóricas**

### **El parto vaginal luego de una cesárea:**

El hecho de haber tenido una cesárea no implica que la mujer deba optar por ésta misma vía en su siguiente embarazo, existen grupos de mujeres que pese a tener antecedentes pueden aún tener hijos mediante partos vaginales (ACOG, 2017)

Ello es lo que se conoce como parto vaginal después de una cesárea. Existen tanto beneficios como riesgos. Del total de mujeres con estos antecedentes, no

siempre pueden lograr un parto vaginal. En las mujeres que lo logran, el tiempo de recuperación es rápido y con menos dolor que luego de una cesárea. El parto vaginal en pacientes con cesárea además puede disminuir los futuros problemas obstétricos (ACOG, 2017)

### **Epidemiología:**

Durante la década de 1980, los Institutos Nacionales de Salud (NIH) convocaron a un consenso (1981) donde se cuestionó la necesidad de las cesáreas iterativas de rutina con el apoyo y el aliento de la ACOG (1988, 1994), entusiastas buscaron aumentar los chances de parto vaginal en cesareadas. Estos intentos tuvieron mucho éxito haciendo que las tasas aumentaran de 3.4 por ciento en 1980 a un pico de 28.3 por ciento en 1996. Estas tasas, junto con una concomitante disminución de las tasas de cesárea total para los Estados Unidos.

A medida que la tasa de parto vaginal aumentó, también lo hicieron los informes de morbilidad materno y perinatal. Estas complicaciones disminuyeron el entusiasmo prevaleciente por la prueba de parto después de una cesárea, y ACOG (1998) advierte que tales ensayos solo deben intentarse en instituciones debidamente equipadas con médicos preparados y disponibilidad total para brindar atención de emergencia. Muchos creen que esta advertencia es en gran parte responsable de la disminución de una década en las tasas de partos vaginales en cesareadas previas.

Este número alcanzó su punto máximo en 1995, cuando un poco más de la mitad de todas estas mujeres eligieron esta opción. Desde ese tiempo la proporción de mujeres que rechazaban la prueba de trabajo de parto luego de

cesárea llevo a un nadir en 2006 de aproximadamente 16 por ciento y subsecuentemente aumentó a 20 a 25 por ciento hasta 2009.

Estos investigadores además informaron que el porcentaje de los partos vaginales luego de cesáreas alcanzó su pico máximo en el año 2000 con aproximadamente 70 por ciento de las mujeres con parto vaginal exitoso luego de cesárea, pero el comportamiento posterior con los rechazos de ésta opción llevo a un nadir del 38 por ciento en 2008.

En realidad, varios otros factores se interrelacionan, tanto médico y no médico, sin duda han contribuido a disminuir las tasas de partos vaginales en cesareadas.

### **Riesgos en el parto:**

A medida que aumenta la evidencia del riesgo de ruptura uterina que podría ser mayor de lo esperado, la ACOG respalda ensayos que instan a un enfoque cauteloso. Es problemático que ambas opciones tanto trabajo de parto vaginal en cesareada anterior, como una cesárea electiva presenten tantos riesgos como beneficios para la madre y el feto pero que estos no son siempre congruentes.

**a) Riesgos maternos:** la ruptura uterina y complicaciones asociadas son claramente mayores en el trabajo de parto con cesárea previa. Generalmente se clasifica como ruptura completa cuando llegan a separarse las capas uterinas, e incompleta, cuando el peritoneo visceral permanece intacto, llamado dehiscencia de herida operatoria. El peligro de muerte en mujeres con cesárea previa con un chance de parto vaginal es menor respecto a las mujeres con cesárea iterativa, aumentado por el riesgo de histerectomía y transfusión sanguínea (Gary, 2018).

**b) Riesgos neonatales:** la morbilidad neonatal se asocia con un riesgo relativamente mayor en mujeres con cesárea previa que intentan trabajo de parto vaginal (0.13%), respecto a las programadas por cesárea electiva (0.05%). Aunque este riesgo absoluto es pequeño, es 11 veces mayor que en nacidos por cesárea electiva. De similar forma existe un mayor riesgo de encefalopatía hipoxia isquémica en pacientes con cesárea previa que realizan un parto vaginal (Gary et al, 2018).

#### **Candidatos para el trabajo de parto:**

Se han desarrollado varios algoritmos para ayudar a la predicción de un trabajo de parto exitoso en cesareadas, los más reconocidos el Score de Flamm, y el Score de Grobman, sin embargo, no se ha demostrado un valor pronóstico razonable. (Grobman, 2007, 2008, 2009).

#### **Incisión uterina previa:**

El tipo y número de cesáreas previas son factores esenciales para recomendar una prueba de trabajo de parto. ACOG califica como buenas candidatas a las mujeres con histerotomía transversal baja ya que tiene menor riesgo de síntomas de dehiscencia de herida operatoria respecto a las incisiones verticales, que se extienden hacia el fondo uterino (Gary et al; 2018).

#### **Criterios de selección según ACOG para una prueba de trabajo de parto en cesareadas:**

- Uno o dos partos previos por cesárea con incisión transversal baja.
- Pelvis adecuada clínicamente.

- No contar con otras cicatrices en el útero o antecedente de ruptura uterina.
- Médicos disponibles de inmediato durante todo el trabajo de parto activo, capaces de controlarlo y realizar una cesárea urgente.

Estos criterios no excluyen a las que tienen otra situación clínica, porque incluso se puede ofrecer un chance de parto vaginal post cesárea a mujeres con macrosomía, gestación más allá de las 40 semanas, incisión vertical baja previa, tipo de cicatriz uterina desconocido y embarazo gemelar.

**No debe intentarse prueba de trabajo de parto post cesárea en las siguientes circunstancias:**

- Incisión previa clásica o en forma de T, o cirugía extensa a través del fondo uterino.
- Historial de rotura uterina.
- Impedimento de chance vaginal por complicaciones médicas u obstétricas.

(Landon & Grobman, 2019, págs. 465 - 477)

**Características epidemiológicas en este grupo de pacientes:**

- Demografía materna

“El riesgo para muerte fetal y falla del parto vaginal post cesárea se asocia con la edad materna de 40 años o más. Sin embargo, se debe considerar cuidadosamente el momento del parto en mujeres de 40 años o más que planean parto vaginal post cesárea.” (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2015, págs. 1 - 31)

- Parto vaginal previo

Según Landon & Grobman (2019), el parto vaginal previo, incluido el parto vaginal post cesárea,

es uno de los principales factores predictivos de una prueba de trabajo de parto en cesareadas con resultados satisfactorios (...) El parto vaginal previo, ya sea antes o después de una cesárea anterior, parece proteger intensamente contra la rotura uterina en el contexto de una prueba de trabajo de parto. (págs. 465 - 477).

- Intervalo intergestacional

Para Landon & Grobman (2019) “Shipp et al. Comunicaron una incidencia de rotura uterina del 2,3% (7 de 311) en mujeres con un intervalo entre partos menor de 18 meses frente al 1,1% (22 de 2.098) con un intervalo más prolongado.” (págs. 465 - 477)

- Estado del trabajo de parto y exploración cervicouterina

En pacientes con cesárea previa contribuye al éxito de la prueba de trabajo de parto, tanto la etapa en la que se encuentra el parto como la inspección del cérvix al tiempo del ingreso.

Flamm y Geiger comunicaron una tasa de éxito del 86% entre mujeres que presentaban trabajo de parto con dilatación cervicouterina mayor de 4 cm. Por el contrario, la tasa de éxito del parto vaginal post cesárea caía al 67% si el cuello tenía una dilatación menor de 4 cm en el momento del ingreso. (Landon & Grobman, 2019, págs. 465 - 477)



- Inducción del parto

Se demostró que la tasa de éxito de trabajo de parto en cesareadas, es mayor en las pacientes que iniciaron de manera espontánea frente a las sometidas a inducción. Respecto al riesgo de ruptura uterina el estado del cérvix cuando es favorable y se somete a inducción del parto tiene parecido riesgo a las que inician de manera espontánea, cuando el cérvix es desfavorable y se procede a la inducción, el riesgo aumenta hasta cuatro veces (Landon & Grobman, 2019).

- Edad gestacional

La tasa de parto vaginal exitoso post cesárea en la gestación mayor de 40 semanas es menor si se compara con las de menos a 40 semanas. No debe ser impedimento para la prueba de parto, ya que en algunos estudios se alcanza hasta el 70% de éxito incluso superando las 40 semanas de gestación (Landon & Grobman, 2019). En los partos pre término se demostró que el éxito de partos vaginales post cesárea era similar cuando fueron planificados tanto para prematuros y a término. En cuanto al riesgo de ruptura uterina en partos vaginales post cesárea fue significativamente menor en pre término que a término (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2015).

- Peso al nacer

El peso del producto al nacimiento que sea mayor de 4000 gramos se asocia a mayor porcentaje de fracaso en la prueba de parto vaginal post cesárea, pese a ello, se ha documentado que en fetos macrosómicos la tasa de éxito llega hasta 70%. Es difícil precisar el grado de asociación del éxito de la prueba de parto, solo con el peso fetal estimado antes de realizarla. (Landon & Grobman, 2019).

## **Riesgos asociados con la prueba de trabajo de parto después de una cesárea**

**Ruptura uterina:** Es el principal riesgo asociado con la prueba de trabajo de parto en cesareadas, según Landon & Grobman (2019),

ésta complicación es atribuible directamente a la prueba, porque la rotura sintomática se observa de forma muy infrecuente en las intervenciones repetidas programadas (...) El gran MFMU Network Study multicéntrico comunicó una frecuencia de rotura uterina del 0,69%, y ocurrieron 124 roturas sintomáticas entre 17.898 pacientes con chance de parto vaginal en cesareadas (págs. 465 - 477).

**Trauma pélvico:** De acuerdo a Metz (2020), en pacientes con cesárea previa, la cesárea repetida programada evita los riesgos potenciales y las secuelas del trauma pélvico relacionado con parto y parto vaginal:

Sin embargo, el beneficio absoluto en comparación con prueba de trabajo de parto en cesareadas no está claro y no parece superar los riesgos de cesárea repetida electiva. El embarazo en sí es el principal factor de riesgo para futuros trastornos de relajación pélvica (págs. 1 - 39).

## **Orientación para la prueba de trabajo de parto después de una cesárea**

Landon & Grobman (2019) manifiestan que, ACOG continúa recomendando que lo óptimo es intentar el trabajo de parto post cesárea en centros equipados para responder ante eventuales urgencias y con médicos disponibles de inmediato para aportar dicha asistencia. Independientemente del abordaje del parto, una mujer embarazada con una cesárea previa tiene riesgo de complicaciones tanto maternas como perinatales. Se deben explicar las complicaciones asociadas con ambas intervenciones e intentar valorar el riesgo individual para la

probabilidad de un parto vaginal post cesárea con éxito, y el correspondiente riesgo comparativo de morbilidad materna y perinatal. Por último, se han de tener en cuenta los planes de maternidad futura y los riesgos por cesáreas múltiples (págs. 465 - 477).

Según Metz (2020), la decisión de una mujer con respecto a la vía de parto está influenciada por factores distintos a la tasa de parto vaginal post cesárea y al riesgo de ruptura uterina. Las razones comunes por las que las mujeres cesareadas eligen prueba de trabajo de parto incluye:

- Planes futuros de embarazo, ya que las cesáreas múltiples aumentan el riesgo de placenta previa o acreta
- Obligaciones familiares que hacen un rápido retorno a las actividades normales después del parto deseable
- Deseo de experimentar un parto vaginal
- Deseo de la participación de sus parejas en el parto y el parto.

Las razones comunes por las que las mujeres eligen cesárea repetida programada incluyen:

- Conveniencia de programación
- Facilidad de esterilización en el momento del parto.
- Miedo a un juicio fallido de parto y cesárea de emergencia
- Evitar el dolor de parto.

Además, Metz (2020), dice que este grupo de mujeres informan que las recomendaciones de sus médicos y sus preferencias ejercen una fuerte influencia en su decisión de seguir o no prueba de trabajo de parto, a diferencia de la mayoría de las decisiones, donde los pacientes comparan riesgos y beneficios por sí mismas, la paciente embarazada debe comparar riesgos y beneficios para ella y su feto, y los riesgos y beneficios para estos dos individuos a veces no se alinean: una decisión que aumenta el riesgo materno puede ser asociado con el beneficio fetal (págs. 1 - 39).

Metz (2019) refiere que, “muchos aspectos del trabajo de parto son los mismos para las mujeres con y sin cesárea previa. Las principales diferencias son cuestiones relacionadas con la maduración cervical y la inducción del parto” (págs. 1 - 18)

Métodos de maduración cervical:

“La inducción del trabajo de parto en mujeres post cesárea incluyen maduración mecánica con balón transcervical, amniotomía y oxitocina; el misoprostol y otras prostaglandinas deben evitarse en cesareadas dado el mayor riesgo de ruptura uterina” (Metz, 2019, pág. 7).

### **2.3. Definiciones conceptuales**

**Características epidemiológicas:** “La epidemiología comprende el saber de la distribución y fenómenos que determina estados o eventos (en especial de enfermedades) ligados al tema de la salud y el uso de estos conocimientos al control de los problemas de salud” (OMS, 2020, pág. 1). Las características respecto a un evento epidemiológico incorporan variedad de singularidades. El reconocimiento de un suceso, la frecuencia, distribución, tanto en grupos o en población específica (Ibañez, 2008).

**Parto vaginal:** Es el inicio de forma espontánea del trabajo de parto, con riesgo bajo al inicio del parto, y que se mantiene hasta el momento del alumbramiento. La condición que cumple es que, el parto se realice espontáneamente, que, el producto esté en posición cefálica con la edad gestacional a término, y que luego de tal proceso la madre al igual que el niño se encuentren en buenas condiciones (OMS, 2018)

**Cesárea:** “Es el proceso quirúrgico en el que se separa el feto del vientre de la madre a través de una incisión en la pared tanto del abdomen como del útero, evitando el parto” (Redacción., 2019)

#### **2.4. Formulación de las hipótesis**

Este trabajo por tener naturaleza descriptiva no cuenta con hipótesis.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Diseño metodológico**

##### **3.1.1. Tipo de investigación**

Este estudio es de corte transversal y retrospectivo. Se realizó tomando en cuenta a todas las pacientes que tuvieron parto vaginal y tenían antecedente de una cesárea, así mismo no debía haber ninguna contraindicación para parto vaginal.

##### **3.1.2. Nivel de investigación**

Descriptivo

##### **3.1.3. Diseño**

No experimental

##### **3.1.4. Enfoque**

Cuantitativo, basándome tanto en la medición numérica con el análisis estadístico.

##### **3.1.5. Área de estudio**

Este estudio se realizó en el Hospital San Juan Bautista de Huaral.

## **3.2. Población y muestra**

### **3.2.1. Población**

Durante el periodo 2016 a 2019 en el Hospital San Juan Bautista de Huaral se presentaron 6164 partos, de ellos 4303 fueron vía vaginal, y 1861 cesárea. Del total de partos de dicho periodo 397 contaban con el antecedente de cesárea previa. Considerando a estos pacientes, solo 32 tuvieron un parto vaginal exitoso.

### **3.2.2. Tamaño de Muestra**

Se trabajó con la población: 32 pacientes

## **3.3. Criterios de Inclusión, criterios de exclusión:**

### **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes con antecedente de cesárea que tienen un parto vaginal.

### **Criterios de Exclusión:**

- Gestantes con indicaciones de cesárea a las cuales no irán a parto vaginal.
- Historias clínicas no disponibles en archivos.

## **3.4. Operacionalización de variables e indicadores**

### 3.4.1. Variable Características epidemiológicas

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>indicadores</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Escala</b>
<b>Edad</b>	Número de años desde el nacimiento hasta el momento del parto	Cantidad de años al momento del parto	Años	Cuantitativa	Continua
<b>Talla</b>	Longitud de la altura de la gestante	Cantidad de centímetros de la gestante en longitud	Centímetros	Cuantitativo	Continuo
<b>Lugar de procedencia</b>	Residencia al momento del parto	Registrado en la historia clínica	Costa Sierra Selva	Cualitativa	Nominal
<b>Ocupación</b>	Trabajo en el que se desempeña con regularidad previo al parto.	Registrado en la historia clínica	Independiente Empleado Ama de casa	Cualitativa	Nominal
<b>Grado de instrucción</b>	Años de estudios culminados hasta el momento de la última gestación	Registrado en la historia clínica	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Cualitativo	Ordinal



### 3.4.2 características obstétricas

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>indicadores</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Escala</b>
<b>Edad gestacional</b>	Número de semanas transcurridas desde la fecundación hasta el momento del parto.	Número de semanas de embarazo al momento del parto.	Semanas completas	Cuantitativa	Continua
<b>Tiempo entre el internamiento y el parto</b>	Tiempo que pasa desde el internamiento hasta que se produce el parto	Tiempo en horas hasta el parto	Horas	Cuantitativa	continua
<b>Periodo intergenésico</b>	Periodo transcurrido desde el último nacimiento hasta el parto actual.	Tiempo entre la última gestación hasta el parto actual.	años	Cuantitativo	Continua
<b>Paridad</b>	Veces que la mujer ha tenido parto ya sea vaginal o por cesárea un producto de más de 20 semanas y más de 500 gr de peso, sea vivo o muerto.	Número de partos previos al actual.	Número	Cuantitativa	Continua
<b>Partos vaginales previos a la cesárea</b>	Número de partos vía vaginal anteriores a la cesárea	Número de partos previos a la cesárea	Número	Cuantitativa	Continua
<b>Estimulación del parto</b>	Uso de oxitocina para estimulación del parto	Registrado en la historia clínica	Sí No	Cualitativa	Nominal
<b>BISHOP al llegar a emergencia</b>	Escala de grado de maduración cervical que determina el desenlace de la inducción, cuando la gestante llega a emergencia.	Registrado en la historia clínica	Numérico	Cualitativa	Nominal

### 3.4.2 características neonatales y complicaciones

Variable	Definición operacional	indicadores	Unidad de medida	Naturaleza	Escala
<b>Peso del RN</b>	Peso del producto al momento del parto actual	Registrado en la historia clínica	Gramos	Cuantitativa	Continua
<b>Sexo del RN</b>	Género del producto en el parto actual.	Registrado en la historia clínica	Femenino Masculino	Cualitativo	Nominal
<b>Apgar del RN</b>	Test de bienestar aplicado al producto al momento del parto.	Registrado en la historia clínica	Numérico	Cualitativo	Nominal
<b>Complicaciones del parto</b>	Consecuencias desfavorables producidas por el evento del parto actual	Registrado en la historia clínica	Ninguno Laceración	Cualitativa	Nominal

### 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se empleó la técnica de observación y su instrumento: ficha de recolección de datos.

#### 3.5.1. Técnica e instrumento:

Para ejecutar ficha de recolección de datos se observó Historias Clínicas dentro del periodo 2016-2019 del Hospital San Juan Bautista de Huaral. (Anexo N°1 y 2)

#### 3.5.2. Descripción del instrumento:

El instrumento comprende en tres partes:

**Primera parte:** Consta de información general de la paciente: número de historia clínica, edad, talla, procedencia, grado de instrucción, ocupación.

**Segunda parte:** Consta de la información obstétrica previa y actual que incluye; edad gestacional, tiempo transcurrido entre el internamiento y el parto, periodo intergenésico, paridad, partos vaginales previos a la cesárea, estimulación del parto, BISHOP al llegar a emergencia, Sexo del recién nacido, APGAR al minuto y a los 5 minutos del recién nacido.

**Tercera parte:** Consta de información neonatal como sexo, Apgar al 1° y 5°. (Anexo N°3)

#### **Validez del instrumento:**

El Instrumento fue evaluado mediante juicio de expertos, por 3 especialistas del área, luego analizado por un estadístico para la validación del instrumento hallándose R de Finn que concuerdan los jueces para un valor de 0.950, el cual nos indica que los jueces tienen un acuerdo fortísimo (Anexo N°5).

### **3.6. Técnicas para el procesamiento de la información**

Los datos obtenidos fueron codificados (Anexo N°4) e ingresados en Microsoft Excel 2010 para posteriormente ser exportados al software al SPS 20 para su análisis, obteniendo como resultado la elaboración de tablas y gráficos estadísticos de frecuencia con interpretación de los resultados dados en porcentajes.

#### **3.6.1. Métodos y técnicas de análisis de datos:**

La interpretación y discusión de los resultados se desarrolló contrastando el marco teórico y antecedentes propuestas en la investigación.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. Presentación de resultados

Tabla 1

*Información general de las pacientes con parto vaginal luego de una cesárea, Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016-2019.*

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>	20 a 30 años	18	56,3
	30 a 40 años	13	40,6
	Mayor a 40 años	1	3,1
<b>Talla</b>	De 140 a 149 cm	8	25
	De 150 a 159	20	62,5
	De 160 a más	4	12,5
<b>Procedencia</b>	Costa	25	78,1
	Sierra	5	15,6
	Selva	2	6,3
<b>Grado de instrucción</b>	Primaria	4	12,5
	Secundaria	22	68,8
	Superior	6	18,8
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	21	65,5
	Empleada	5	15,6
	Independiente	6	18,8

**Fuente:** Elaboración propia.

Dentro de las características generales se encuentra que las pacientes con cesárea previa que tienen parto vaginal presentan una edad media de 29,6 años con una mediana de 29 con una desviación estándar de 5,7. La talla media encontrada fue de 152 cm con una desviación de estándar de 4,7.

Encontramos que en el grupo de pacientes con parto vaginal luego de una cesárea se encuentran en el grupo de edad de 20 a 30 años en mayor frecuencia, representando un 56,3%, y se obtuvo una sola paciente mayor a 40 años. La procedencia de pacientes en mayoría son de la costa con un valor total de 25 (78,1%), y en su minoría de la selva con 2 pacientes (6,3%). El grado de instrucción más frecuente fue de secundaria con 22 pacientes (68,8%), seguido de grado superior con 6 pacientes (18,8%), no se encontraron personas sin estudios. La ocupación más frecuente fue ama de casa con 21 pacientes (65,6%), mientras que pacientes que trabajaban para una entidad o empresa fue de 5 (15,6%) y las que tenían un trabajo independiente, 6 (18,8%).

Tabla 2

*Frecuencias de características obstétricas de las pacientes con parto vaginal luego de una cesárea, Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016-2019.*

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad gestacional</b>	Menos de 37 semanas	3	9,4
	De 37 a 39 semanas	24	75
	40 semanas o más	5	15,6
<b>Tiempo transcurrido desde el ingreso hasta el parto</b>	Menor de 4 horas	9	28,2
	De 4 a 6 horas	18	56,4
	Mayor de 6 horas	5	15,6
<b>Periodo intergenésico</b>	Menor de 4 años	27	84,4
	4 años a mas	5	15,6
<b>Partos vaginales previos a la cesárea</b>	Menor de 2	28	87,5
	2 a más	4	12,5
<b>Paridad</b>	Menor a 3	20	62,5
	3 o más	12	37,6
<b>Estimulación con oxitocina</b>	Sí	2	6,3
	No	30	93,8
<b>Puntaje Bishop</b>	Menor de 6 puntos	5	15,6
	De 6 a 8 puntos	24	75
	Mayor de 8 puntos	3	9,4

**Fuente:** Elaboración propia.

Respecto a las características obstétricas se encontró que las pacientes tuvieron una edad gestacional al momento del parto con una media de 37,9 semanas. Se encontró que el tiempo que transcurre desde el momento del internamiento hasta que se produce el parto en promedio se presenta en 4,78 horas, con una desviación estándar de 1,8. Respecto al periodo intergenésico en las pacientes se encuentra que tienen en promedio 3,06 años. Los partos vaginales previos a la cesárea se encontraron que presentan una

media de 0,56 con una mediana de 0 y desviación estándar de 0,9, además tuvieron una paridad de 2.2 con una mediana de 2. El puntaje Bishop que presentan las pacientes fue de 6,56 con una media de 6 y desviación estándar de 1,162.

La edad gestacional que con mayor frecuencia se encontró fue de 37, 38, y 39 semanas representando un 75% del total, sin embargo se encontró que hubieron 3 pacientes con partos pre término, dos con 36 semanas (6,3%) y una de 29 semanas representando el 3,1%, y 5 pacientes con 40 semanas o más de gestación (15,6%).

En el grupo de estudio se encontró que el tiempo transcurrido desde el internamiento hasta el parto fue en su mayoría de 3 a 6 horas (75,2%), tres pacientes cuyo tiempo fue de 2 horas desde el momento de internamiento representando el 9,4%, una paciente cuyo tiempo fue de 8 horas (3,1%) y una paciente con el mayor tiempo de 10 horas (3,1%).

El periodo intergenesico más frecuente dado en años fue de 2 años para 20 pacientes (62,5%), y 3 años para 7 pacientes (21,9%), se hallaron 2 pacientes que tuvieron 8 años de periodo intergenesico (6,3%), y una paciente con 10 años de intervalo (3,1%).

En la población en estudio en su mayoría no tuvieron partos vaginales previos a la cesárea, siendo un total de 21 pacientes (65,6%), mientras que 7 pacientes tuvieron 1 parto previo a la cesárea (21,9%), pacientes con dos partos previos solo 1 (3,1%) y 3 pacientes con 3 partos previos (9,4%).

La paridad del grupo de pacientes en su mayoría para 11 pacientes (34,4%) fue de 1, es decir solo tenían el antecedente de cesárea previa, sin otros partos. Luego se obtuvo 9 pacientes con paridad 2 (28,1%), y 6 pacientes con la mayor paridad de 4 (18,8%). En las pacientes se encontró que no requirieron el uso de oxitocina para estimulación ni

acentuación del trabajo de parto, en su mayoría con 30 pacientes (93,8%), mientras que solo 2 pacientes (6,3%) sí se emplearon el uso de oxitocina.

El valor de la escala de Bishop predominante fue de 6, con 13 pacientes (40,6%), seguida por Bishop 7 donde se hallaron 8 pacientes (25%), luego hallándose pacientes con puntuación 8 y 9 con 3 y 3 pacientes respectivamente.

Tabla 3

*Frecuencias de características de los recién nacidos de las pacientes con parto vaginal luego de una cesárea, Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016-2019.*

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Peso del recién nacido</b>	1000g – 1500g (Muy bajo peso)	1	3,1
	2500g – 4000g (peso adecuado)	30	93,8
	4000g - más	1	3,1
<b>Sexo del recién nacido</b>	Masculino	10	31,3
	Femenino	22	68,8
<b>Apgar al 1'</b>	Menor a 8	3	9,4
	8 a más	29	90,6
<b>Apgar al 5'</b>	Menor a 8	1	3,1
	8 a más	31	96,9

**Fuente:** Elaboración propia.

Dentro de las características del recién nacido se obtuvo que tuvieron un Apgar al minuto de 8,13 en promedio con una media 8, y el Apgar a los 5 minutos en promedio de 8,84 en promedio con una mediana de 9. El peso hallado en los recién nacidos fue de 3172,81 gramos en promedio con una desviación estándar de 571.



Respecto al peso hallado en los recién nacidos en su mayoría se encontraban en peso adecuado con 2500 a 4000 gramos con 30 pacientes (93,8%). Se encontró un paciente con muy bajo peso entre 1000 y 1500, y un paciente con más de 4000 gramos, representando cada uno 3,1% del total. El sexo predominante en los recién nacidos de éstas pacientes fue el sexo femenino con 22 pacientes (68,8%) respecto a 10 de sexo masculino (31,3%). El Apgar hallado en los recién nacidos de las pacientes en estudio fue en su mayoría de 8 puntos al primer minuto con 20 pacientes (62,5%). El Apgar más bajo hallado al minuto fue de un paciente que tuvo un valor de 5. El Apgar hallado a los 5 minutos en su mayoría tuvo puntuación de 9, con 30 pacientes (93,8%), y el menor valor Apgar a los 5 minutos fue de 5.

Tabla 4

*Frecuencias de complicaciones del parto de las pacientes con parto vaginal luego de una cesárea, Hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016-2019.*

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Complicaciones</b>		
Ninguno	21	65,6
Laceración 1° Grado	10	31,3
Laceración 2° Grado	1	3,1
Total	32	100,0

**Fuente:** Elaboración propia.

En este grupo de pacientes observamos que en su mayoría no presentaron complicaciones relacionadas al parto, con 21 pacientes (65,6%), sin embargo dentro de las que presentaron complicaciones fueron 10 pacientes (31,3%) que presentaron laceración de 1° grado, y 1 paciente (3,1%) presentó laceración de 2° grado. No se encontraron otro tipo de complicaciones como retención placentaria, atonía uterina, desgarro o dehiscencia de herida, etc.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Discusión

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar cuáles son las características epidemiológicas de pacientes con parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019. Problema que surge a partir del incremento paulatino de cesáreas a nivel mundial, un proceso quirúrgico que es eficaz para preservar la vida de la madre o el feto cuando se encuentran en riesgo, sin embargo la indicación de este procedimiento en estos tiempos no solo es en base al riesgo, sino muchas veces por otros factores no médicos, por lo cual se termina operando a pacientes de bajo riesgo, incrementando en la población el número de pacientes que tienen antecedente de cesárea y que al desear tener una nueva gestación, se limita la opción de la paciente a que su nuevo parto culmine mediante una cesárea iterativa, siendo una indicación frecuente hoy en día, sin tomar en cuenta los factores asociados a la primera cesárea o los factores que pueden predisponer un parto vaginal exitoso.

Pese a que la OMS (2015) recomienda que solo un 10 a 15 % de los partos debieran terminar mediante cesárea, durante el periodo de estudio 2016 a 2019 se hallaron 1861 cesáreas que representaron el 43,3% del total de partos que fueron 6164, distando mucho de la cifra ideal recomendada. Sin embargo ésta frecuencia no dista mucho de la hallada en el estudio de Seffah & Adu-Bonsaffoh (2014) en el que encontraron una tasa de cesárea de 40,5%.

Respecto a los partos vía vaginal producidos luego de una cesárea en este estudio se encontró que se produjeron 32, el cual presenta un 8,06% respecto a las 397 pacientes que contaban con antecedente de cesárea anterior, y un 0,51% respecto al total de partos de dicho periodo. Si consideramos que el parto vaginal luego de una cesárea es un método seguro, estos resultados son bajos, sobre todo si tenemos en cuenta que hasta un 86% de pacientes con cesárea previa pueden llegar a tener un parto vaginal exitoso luego de una cesárea (Santiesteban, Sánchez, & Minaya, 2010), o como en el estudio de Seffah & Adu-Bonsaffoh (2014) donde este valor llega a 39,5% de las pacientes con antecedente de cesárea, y representó el 3,95% del total de partos, o en el de Castillo (2009) donde se encontró una tasa de parto vaginales con cesárea previa de 59,3%, y en el ámbito nacional tenemos tasas como en el estudio de Arrunátegui (2015) donde se llega a un 33,3%, el estudio de Huertas & Pocco (2010) en el que ésta tasa llega a 29,3% y en el de Lindo et al (2004) llegando a 54,7%; todos ellos superando en mucho al 8,06% obtenido en el presente estudio. Según ACOG (2017) las pacientes que tienen un parto vaginal luego de cesárea deberían estar en una tasa de 40% o más.

Luego de aplicar el instrumento de recolección de datos se establece características epidemiológicas. En la primera parte acerca de las características generales de las pacientes que llevan a cabo parto vaginal luego de cesárea. “La edad materna de 40 años o más es un factor de riesgo para muerte fetal y falla de parto vaginal post cesárea.” (RCOG, 2015). En el presente trabajo se encontró que el grupo etareo más frecuente estaban entre 20 a 30 años, y la media general de 29,6 años, que coincide con el estudio de Birara & Gebrehiwot (2013) dónde la edad promedio fue de 28,4 años, con el estudio de Arrunategui (2015) dónde señala que la frecuencia de edad materna adecuada entre 20 a 35 años con prueba de parto

vaginal exitosa fue de 90%, coincide con el estudio de Caldas y Carrion (2015) donde se obtuvo que la edad promedio de mujeres con cesárea previa fue 29,6 años donde la edad  $< e = a$  35 años fue el predominante (96,7%), el estudio de Lindo, et al. (2004) encontró que el rango de edad más frecuente estaba entre 26 a 35 años. El grado de instrucción que caracterizó a este grupo de pacientes fue nivel secundaria con frecuencia de 22 y 68,8%, mientras que para el estudio de Caldas y Carrión (2015) el grado de instrucción predominante fue grado superior con un 54,4% de las pacientes.

La segunda parte del instrumento describe las características obstétricas de las pacientes con parto vaginal luego de una cesárea, como primer punto encontramos que la edad gestacional más frecuente fueron a término con 37, 38 y 39 semanas representando el 75% del total, con una media de 37,91 semanas, que coincide con Birara & Gebrehiwot (2013) donde la edad gestacional promedio fue a término con 39,8 semanas, coincide con Castillo et al. (2009), que obtuvo un promedio de edad gestacional de 39 semanas, y coincide con Caldas y Carrión (2015) donde la edad gestacional más frecuente fue de 38 a 40 semanas. El porcentaje de éxito de la prueba de parto post cesárea en la gestación mayor de 40 semanas es menor si se compara con las de menos a 40 semanas. Sin embargo no debe ser impedimento para la prueba de parto, ya que en algunos estudios se alcanza hasta el 70% de éxito incluso superando las 40 semanas de gestación (Landon & Grobman, 2019). En este estudio encontramos 5 pacientes con 40 semanas, que representa el 15,6%. Para RCOG en los partos pre término se demostró que el éxito de partos vaginales post cesárea era similar cuando fueron planificados tanto para prematuros y a término (2015). En el presente trabajo se encontró 3 partos pre término, uno (3,1%) de 29 semanas y dos de 36 semanas (6,3%).

El periodo intergenésico adecuado para dar un parto vaginal luego de una cesárea, para Landon & Grobman (2019) es de mayor a 18 meses, por el menor riesgo de ruptura uterina. En el trabajo se encontró que el periodo intergenésico fue en su mayoría de 2 años con un 62,5%, cuya media fue 3,06 años, periodo relativamente menor al obtenido por Castillo et al. (2009) en el cual se encontró un promedio de periodo intergenésico de 4,52 años. En el estudio de Arrunátegui (2015) menciona que el periodo intergenésico óptimo se encuentra de 2 a 5 años, y que se asocia a un parto vaginal exitoso. Para Caldas & Carrión (2015) el periodo intergenésico de 2 a 5 años (60%) fue el factor asociado a la decisión del parto vaginal luego de una cesárea.

El parto vaginal previo (incluidos los partos vaginales luego de cesárea) son factores que llegan a predecir el éxito de un trabajo de parto vaginal en cesareadas (Landon & Grobman, 2019). Los partos vaginales previos a la cesárea en el estudio tuvieron una frecuencia mayor aquellas que no contaban con partos previos, con 21 pacientes (65,6%), y con una media de 0,56 partos. Para Birara & Gebrehiwot. (2013), Hareesh, Rohit, & Aarti. (2010), Castillo et al. (2009), Arrunátegui. (2015) el parto vaginal previo a la cesárea se relaciona con el éxito de un parto vaginal luego de una cesárea.

La paridad o número de partos de las pacientes en mayor frecuencia tuvieron 1 parto para 11 pacientes (34,4%), seguido de las que tuvieron 2 partos con 9 pacientes (28,1%), la paridad promedio fue 2,22. Dato que coincide con Birara & Gebrehiwot (2013) donde el número en promedio de paridad de cada paciente fue 2.4. Para Caldas & Carrión. (2015) la multiparidad se asocia con el éxito de trabajo de parto luego de cesárea.

En el estudio, la estimulación con oxitocina estuvo presente solo en 2 casos representando el 6,3%, siendo menor del valor encontrado por Lindo, et al. (2004) en el que la estimulación del parto con oxitocina se realizó en el 14,7% de pacientes. En el estudio las demás pacientes iniciaron trabajo de parto espontáneo (93,8%). Dato que se fundamenta en el estudio de Landon & Grobman (2019) en el que sostienen que el éxito del trabajo de parto en cesareadas se presenta mayormente en pacientes que inician el trabajo de parto de forma espontánea. Dato que coincide con Madhavi, et al. (2013) y Castillo et al. (2009) en el cual se observó que el trabajo de parto espontáneo estaba presente en la mayoría de casos de parto vaginal exitoso luego de cesárea, un apoyo similar es el estudio de Birara & Gebrehiwot. (2013) quien señala que el éxito del trabajo de parto se da en pacientes que presentan ruptura de membranas al ingreso, por ende, trabajo de parto espontáneo.

El puntaje Bishop con mayor frecuencia observado en el estudio fue de 6, con 13 pacientes (40,6%), cuya media general fue de 6,56 puntos. Dato que coincide con Castillo et al. (2009) en el que el puntaje Bishop obtenido fue mayor o igual a 6 en 88,51% de pacientes con parto vaginal exitoso luego de cesárea. Cuero & Clavijo (2011) menciona que se debe considerar mejorar la puntuación Bishop para que existan partos vaginales exitosos. Para mejorarla existen técnicas para maduración cervical que según Metz (2019) “incluyen maduración mecánica con balón transcervical, amniotomía y oxitocina; sin embargo el misoprostol y otras prostaglandinas deben evitarse en cesareadas dado el mayor riesgo de ruptura uterina” (pág. 7).

La tercera parte del estudio consta de describir los resultados perinatales en mujeres que tienen parto vaginal luego de una cesárea, observándose que el peso predominante se encontraban en un peso adecuado es decir de 2500 a 4000 gramos con una frecuencia de 30 (93,8%), con una media de peso de 3172,8 gramos. Dato que coincide con el obtenido por Caldas & Carrión. (2015) en el que el promedio de peso de los recién nacido de pacientes con parto vaginal luego de cesárea fue de 3,296 gramos y coincide con el de Lindo, et al. (2004) donde el promedio fue de 3046 gramos. Y este dato que es similar al de Seffah & Adu-Bonsaffoh (2014) en el que el peso al nacer de 2500 a 2999 gramos se asociaba con menor tasa de fallo en el trabajo de parto luego de cesárea. Sin embargo es difícil precisar el éxito del trabajo de parto con el peso estimado antes del nacimiento del producto (Landon & Grobman, 2019).

En relación al Apgar se observó que los hijos de pacientes con parto vaginal luego de cesárea en promedio al primer minuto presentaron un puntaje de 8,13 con una mediana de 8, y el valor promedio a los 5 minutos fue de 8,84 con una mediana de 9. Dato similar al obtenido por Huertas & Pocco (2010) en el que dentro de los resultados perinatales de partos vaginales exitosos luego de cesárea se encontraron que los neonatos tuvieron más de 7 puntos de Apgar a los 5 minutos.

Se estudió también las complicaciones que se presentaron en dicho grupo de mujeres, en las cuales se encontró que solo 11 pacientes (33,4%) presentaron complicaciones de las cuales 10 fueron laceración de 1° grado y 1 paciente laceración de 2° grado. No se observaron otras complicaciones en la mayoría de pacientes. Información que se asemeja al estudio de Caldas & Carrión. (2015) en el que 6,7% presentaron complicaciones, sin embargo fueron durante el puerperio

inmediato y fueron fiebre, infección de episiotomía. En el estudio de Huertas & Pocco. (2010) hallaron complicaciones en el grupo de pacientes que tuvieron cesárea electiva y fueron una rotura uterina, una histerectomía y dos hemorragia post parto.

## 5.2 Conclusiones

**Primero:** respecto a las características epidemiológicas de las pacientes, se obtuvo como datos generales que las pacientes con parto vaginal luego de cesárea tienen 29,6 años de edad, con una talla promedio de 152,78 cm, procedentes de la costa (78,1%), con grado de instrucción secundaria (68,8%) y de ocupación ama de casa (65,6%).

**Segundo:** se obtuvo que las características obstétricas que se presentaron en las pacientes con parto vaginal luego de cesárea es que tuvieron una edad gestacional promedio de 37,91 semanas, donde fueron a término de 37 a 39 semanas (75%), el tiempo que se encontró desde el momento del ingreso hasta que se produjo el parto fue de 4,78 horas, donde la mayoría se encontraba entre 3 a 6 horas (75,2%), el periodo intergenésico promedio fue de 3,06 años, los partos vaginales previos a la cesárea fueron ninguno (65,6%) con una paridad promedio de 2,22, una puntuación de Bishop de 6,56 puntos, se usó estimulación con oxitocina sólo en 6,3% de pacientes.

**Tercero:** sobre los datos perinatales y complicaciones del parto se obtuvo que los recién nacidos de las pacientes con parto vaginal luego de cesárea presentaban un peso adecuado para la edad de 2500 a 4000 gramos (93,8%) con un promedio de peso de 3172,81 gramos, de sexo predominantemente femenino (68,8%), con un Apgar al 1' de 8, y a los 5' de 9, y como complicaciones durante el parto se presentó en su mayoría laceración de 1° grado (65,6%).



### 5.3 Recomendaciones

**Primero:** Fomentar la adecuada codificación de los diagnósticos en las historias clínicas en el servicio de Ginecología desde el momento del ingreso hasta el egreso para su mejor clasificación y procesamiento estadístico.

**Segundo:** Fomentar en los siguientes egresados el realizar estudios similares donde se incluyan más características demográficas y clínicas para poder comparar las características del tipo de pacientes que logran tener un parto de parto vaginal luego de cesárea, considerar datos como talla, lugar de procedencia y ocupación dentro de características generales; y considerar dentro de características clínicas, el tiempo que transcurre desde el ingreso hasta que se produce el parto.

**Tercero:** Fomentar en el personal médico el adecuado reconocimiento de las características epidemiológicas del grupo de pacientes para la práctica de dar un chance vaginal luego de una cesárea, ya que presentan gran posibilidad de éxito y no se observaron complicaciones graves maternas perinatales.

## CAPITULO VI

### FUENTES DE INFORMACION

#### 6.1. Fuentes electrónicas

ACOG. (2017). *The American College of Obstetrician and Gynecologists. Vaginal Birth after Cesarean Delivery*. Obtenido de <https://www.acog.org/Womens-Health/Vaginal-Birth-After-Cesarean-VBAC?IsMobileSet=false>

Bobadilla, L., & León, F. (2017). En entorno a las cesáreas en el Perú: ¿Sólo un problema de cifra? *Rev Peru Ginecol Obstet*, 659-660. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a22v63n4.pdf>

Castillo, M. (2009). Factores relacionados con la vía de parto tras cesárea anterior. *Dialnet*, Factores relacionados con la vía de parto tras cesárea anterior. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3035626>

Haresh, D., Rohit, J., & Aarti, V. (2010). Parto vaginal después de una cesárea: análisis de indicadores de éxito. *PublMed.gov*, 498-502. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16910331>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Obtenido de: <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf;jsessionid=BB5B35BC827D2453684D2DDA44DB875A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=BB5B35BC827D2453684D2DDA44DB875A?sequence=1)

Pinedo, C. (1 de Enero de 2018). *El País*. Obtenido de [https://elpais.com/elpais/2017/12/11/mamas\\_papas/1513005381\\_740547.html](https://elpais.com/elpais/2017/12/11/mamas_papas/1513005381_740547.html)

Redacción. (17 de Julio de 2019). *Concepto-Definición*. Obtenido de <https://conceptodefinicion.de/cesarea/>

## 6.2. Fuentes documentales

Arrunátegui, G. (2015). Factores predictores para prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria. 1-39.

Birara, M., & Gebrehiwot, Y. (2013). Factors associated with success of vaginal birth after one caesarean section (VBAC) at three teaching hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: a case control study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 1-6.

Caldas, M., & Carrión, C. (2015). FACTORES PARA LA DECISIÓN DEL PARTO VAGINAL EN MUJERES CON. 1-12.

Gary, F. (2018). *Williams Obstetrics, Twenty-Fih Edition*. En F. Gary. New York: McGraw-Hill Education.

Gupta, B., Cambridge, S., & Chodankar, C. (2015). Birth after previous caesarean birth. *Royal College of Obstetricians and Gynecologists.*, 1-31.

Guyton, & Hall. (2016). *Tratado de Fisiología Médica* (13 ed.). ELSEVIER.

Hernández, Fernández, & Baptista. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico D.F.: Mc Graw Hill Education.

- Landon, M., & Grobman, W. (2019). Parto vaginal después de cesárea. En J. R. Steven G. Gabbe, *Obstetricia. Embarazos normales y de riesgo*. (págs. 465 - 477). Barcelona, España: Elsevier.
- Li, W.-H. (2015). Vaginal birth after cesarean section: 10 years of experience in a tertiary medical center in taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, (55) 394-398.
- Lindo, M. (2004). Parto vaginal en cesareada anterior: Experiencia de 4 años en un Hospital de Seguridad Social. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* , Vol 50 N°4; 217-222.
- OMS. (2018). Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto positiva. 1-8.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Salud sexual y Reproductiva. En R. Fescina, *Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS* (págs. 1-291). Montevideo: 3° Edición.
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2015). Birth After Previous Caesarean Birth. *Green-top Guideline No. 45*, 1 - 31.
- Torri D Metz, M. (2019). Trial of labor after cesarean delivery: Intrapartum. *Uotodate*, 1 - 18.

### **6.3. Fuentes hemerográficas**

- Boerma, T. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, Vol 392, 1341- 1348.

- Cuero, O., & Clavijo, C. (2011). Parto Vaginal después de una Cesárea Previa , Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia), Estudio de Cohorte. Cali: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.
- Huertas, E., & Pocco, D. (2010). Prueba de trabajo de parto en cesareada Anterior. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 284-288.
- Madhavi, N. (2013). Factors Associated whit Successful Vaginal Birth After Caesrean. *Global Journal Of Medical Research Ginecology and Obstetrics*, Volumen 13, N°2, 1-5.
- Metz, T. D. (2019). Trial of labor after cesarean delivery: Intrapartum. *Uotodate*, 1 - 18.
- Metz, T. D. (2020). Choosing the route of delivery after cesarean birth. *Uptodate*, 1 - 39.
- Mirteymouri, M. (2016). Evaluation of Maternal-Neonatal Outcomes in Vaginal Birth After Cesarean Delivery Referred to Maternity of Academic Hospitals. *Journal of Family annd Reproductive Health*, Vol. 10, N° 4, 206-210.
- Santiesteban, J., Sánchez, M. d., & Minaya, L. (2010). Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital "Laura Esther Rodriguez Dulanto" de Supe. 2004-2008. *Revista Aporte Santiaguino*, 3(2): 222-230.
- Seffah, J., & Adu-Bonsaffoh, K. (2014). Vaginal Birth After a Previous Caesarean Section: Current Trends and Outlook in Ghana. *Journal of West African College of Surgeons* , Volumen 4 N°2, 1-25.


Vargas, A., Lévano, J., & Lazo, M. (2013). Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento de ingresar al hospital. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 59: 261-266.

Villar, J. (2005). Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinaatal in Latin America. *The Lancet*, 1-11.

## ANEXOS

## Anexo 1

## OFICIO PARA SOLICITAR REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS



**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
*Unidad de Grados y Títulos*

"Año de la universalización de la Salud"

Huacho, 07 de febrero de 2020

**OFICIO N°042-2020-UGvT/FMH-UNJFSC**  
 Señor.  
 Dr. Ario Añorga Trebejo  
 Director Ejecutivo Hospital de Huaral y Servicios Básicos de salud "San Juan Bautista"  
 Presente. –

**ASUNTO:** SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS


De mi consideración:

Saludándolo cordialmente, comunico a su digno Despacho que el joven BRIAN NICOLAS CASTAÑEDA HUAVIL egresado de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, viene desarrollando el plan de tesis para la obtención de título profesional Médico Cirujano.

Por tal razón, solicitamos se le brinde las facilidades para la revisión de historias clínicas para la ejecución del plan de tesis: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE PACIENTES QUE LLEVAN A CABO PARTO VAGINAL LUEGO DE UNA CESÁREA, EN EL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL. 2019;** en la institución que tan dignamente dirige, por lo que solicito su autorización correspondiente.

Agradecidos por su gentil atención, por las facilidades que el caso amerita, me suscribo de usted reiterándole mis saludos y estima personal.

Atentamente;



UNIV. NAC. "JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION"  
 FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
 P. Ario Añorga Trebejo  
 M.C. P. Ario Añorga Trebejo  
 JEFE DE LA UNIDAD DE GRADOS Y TÍTULOS

cc: Arelivo,  
 MMNL/Isabel

Av. Mercedes Indacochea N° 600 Puerta 01 Telf. 2326097 - 2322918  
 www.unjfsc.edu.pe

## Anexo 2

## CONSTANCIA DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS



**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
Dirección Regional de Salud  
RED DE SALUD HUARAL

HOSPITAL  
SAN JUAN  
BAUTISTA HUARAL

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"  
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

**CONSTANCIA****REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS**

El Jefe de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital San Juan Bautista de Huaral y SBS, hace constar:

Mediante el presente hago constar que los datos registrados en el Proyecto de Investigación Titulado: "CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON PARTO VAGINAL LUEGO DE UNA CESÁREA EN EL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA, HUARAL, 2016 - 2019", elaborado por el Bachiller, **CASTAÑEDA HUAVIL, BRIAN NICOLAS** aspirante al **Título de Médico cirujano**, fueron obtenidos de los archivos de las Historias Clínicas de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital San Juan Bautista de Huaral; los cuales son válidos y confiables, para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huaral, 10 de Febrero del 2020.

Atentamente.



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
U.E. N° 007 HOSPITAL HUARAL Y SBS

Ing. Edson A. Donayre Uchuya  
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática



**Anexo 3****FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

N°:                      H.C: \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES**

Edad                      (     )

Talla                      (     )

## Procedencia

- Costa                      (     )
- Sierra                      (     )
- Selva                      (     )

## Grado de instrucción

- Sin estudios              (     )
- Primaria                      (     )
- Secundaria                (     )
- Superior                      (     )

## Ocupación

- Ama de casa              (     )
- Empleado                      (     )
- independiente              (     )

**INFORMACION OBSTETRICA PREVIA Y ACTUAL**

Edad gestacional (     )

Tiempo transcurrido entre el internamiento y el parto (     )

Periodo intergenésico (     )

Paridad (     )

Partos vaginales previos a la cesárea (     )

## Estimulación del parto

- Sí (     )
- No (     )

BISHOP al llegar a emergencia (     )

**Peso del RN**

- 1000 – 1500 (Muy bajo peso) ( )
- 1500 – 2500 (Bajo peso) ( )
- 2500 – 4000 (Peso adecuado) ( )
- Mayor a 4000 (Macrosómico) ( )

**Sexo del RN**

- Masculino ( )
- Femenino ( )

APGAR del RN al primer minuto ( )

APGAR del RN a los 5 minutos ( )

**COMPLICACIONES DEL PARTO**

- Laceración 1° grado ( )
- Laceración 2° grado ( )
- Otros ( )

Anexo 4

PROCESAMIENTO DE DATOS EXCEL Y SPSS

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	MES	AÑO	DNI	HISTORIA CLINICA	A	EDAD	FECHA DE I	FECHA DE E	ESTAD	INDICADOR	DX1	DX2	DX3	DX4	DX5	DX6	FECHA DE PAI	MEDICO DE ALTA	
2	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000007653	LÓ VEG	23	29/02/2016	01/03/2016	1	PARTO	0809	0990					29/02/2016	07822087	
3	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000062532	ZA SAN	36	28/02/2016	01/03/2016	1	PARTO	0809	0990					28/02/2016	07822087	
4	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000135853	YA MOY	27	29/02/2016	02/03/2016	1	PARTO	0809						01/03/2016	09897444	
5	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000122889	MO PAJ	30	28/02/2016	02/03/2016	1	CESAREA	0829	0342	0990				28/02/2016	09897444	
6	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000126550	MIN DAM	36	27/02/2016	02/03/2016	1	CESAREA	0829	0342	G409				28/02/2016	09897444	
7	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000072963	LA GAR	22	24/02/2016	02/03/2016	1	CESAREA	0829	0342	0990				27/02/2016	09897444	
8	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000072078	RAIMOF	32	01/03/2016	03/03/2016	2	PARTO	0809						01/03/2016	42361516	
9	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000055531	RE HUA	24	29/02/2016	03/03/2016	2	PARTO	0809	0990					01/03/2016	42361516	
10	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000022392	RE CAR	23	02/03/2016	03/03/2016	1	PARTO	0809	0990					02/03/2016	42361516	
11	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000155878	AV ROS	23	02/03/2016	03/03/2016	1	PARTO	0809	0990					02/03/2016	42361516	
12	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000137837	RO VILC	27	02/03/2016	03/03/2016	1	PARTO	0809	0990					02/03/2016	42361516	
13	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000092805	GO HUA	31	02/03/2016	03/03/2016	1	PARTO	0809	0990					02/03/2016	42361516	
14	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000141670	TA SAL	19	28/02/2016	03/03/2016	2	PARTO	0809	0990					01/03/2016	42361516	
15	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000106287	RIC MOR	38	02/03/2016	03/03/2016	1	PARTO	0809						02/03/2016	42361516	
16	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000077793	RO TRU	22	03/03/2016	05/03/2016	2	PARTO	0809	0990					04/03/2016	07191004	
17	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000026952	CA SAL	27	02/03/2016	04/03/2016	2	PARTO	0809	0990					02/03/2016	07191004	
18	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000187330	AN ROM	19	03/03/2016	04/03/2016	1	PARTO	0809						03/03/2016	07191004	
19	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000101453	FER ROJ	33	01/03/2016	04/03/2016	3	CESAREA	0829	0366	0990				01/03/2016	07191004	
20	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000065791	SIL CER	28	03/03/2016	04/03/2016	1	PARTO	0809						03/03/2016	07191004	
21	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000188645	CO GAR	29	02/03/2016	04/03/2016	2	CESAREA	0829	0342	0234				02/03/2016	25645150	
22	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000183567	TO JESJ	20	02/03/2016	05/03/2016	3	CESAREA	0829	0654	0990				03/03/2016	07191004	
23	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000185692	LA HER	21	05/03/2016	06/03/2016	1	PARTO	0809	0990					05/03/2016	08624901	
24	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000186304	VE TOR	23	04/03/2016	06/03/2016	2	PARTO	0809	0990					04/03/2016	08624901	
25	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000092882	TO SAC	17	02/03/2016	06/03/2016	4	CESAREA	0829	0429	0990				04/03/2016	08624901	
26	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000079300	CA VAS	29	05/03/2016	06/03/2016	1	PARTO	0809	0990					05/03/2016	08624901	
27	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000028965	JÁ PAL	21	04/03/2016	05/03/2016	1	PARTO	0809	0990					04/03/2016	07191004	
28	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000062602	MO OBR	23	02/03/2016	05/03/2016	3	CESAREA	0829	0429	0990				02/03/2016	07191004	
29	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000068172	AS DE L	32	03/03/2016	05/03/2016	2	PARTO	0809						04/03/2016	07191004	
30	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000053819	RE TAM	23	29/02/2016	05/03/2016	4	CESAREA	0829	0619	0429				02/03/2016	07191004	
31	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	MARZO	2016	0000034832	ASC AM	25	25/02/2016	05/03/2016	4	CESAREA	0829	0629	0141				26/02/2016	07191004	
32	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	FEBRERO	2016	0000179143	CA LOP	31	31/01/2016	02/02/2016	1	CESAREA	0829	0642	0990				31/01/2016	07822087	
33	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	FEBRERO	2016	0000187507	TE BAN	19	30/01/2016	01/02/2016	1	PARTO	0809						30/01/2016	09157012	
34	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	FEBRERO	2016	0000062538	CA ORT	25	01/02/2016	04/02/2016	3	PARTO	0809	0990					02/02/2016	25645150	
35	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	FEBRERO	2016	0000156815	HU VAL	27	30/01/2016	02/02/2016	1	PARTO	0809	0990					30/01/2016	07822087	
36	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	FEBRERO	2016	0000054794	GIR URB	36	31/01/2016	02/02/2016	1	PARTO	0809	0990					31/01/2016	07822087	

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Opciones Diseño

Cortar Copiar Pegar Copiar formato Portapapeles Fuente Alineación Número Formato condicional Estilos Insertar Eliminar Formato Celdas Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

B1 (Varios elementos)

	A	B	C	D	E	F	G
3	Cuenta de FECHA DE INGRESO		INDICADOR				
4	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	HISTORIA CLINICA	CESAREA	PARTO	Total general		
26		0000001023	1	1	2		
255		0000010318	1	1	2		
268		0000011230	1	1	2		
355		0000015187	1	1	2		
541		0000022550	1	1	2		
585		0000024532	1	1	2		
835		0000034305	1	1	2		
842		0000034537	1	1	2		
977		0000039793	1	1	2		
1052		0000042608	1	1	2		
1295		0000051919	1	1	2		
1535		0000057743	1	1	2		
1734		0000062510	1	1	2		
2014		0000069360	1	1	2		
2296		0000078510	1	1	2		
2307		0000078953	1	1	2		
2722		0000096366	1	1	2		
2829		0000101584	1	1	2		
2869		0000104161	1	1	2		
3174		0000121345	1	1	2		
3432		0000137805	1	1	2		
3612		0000147594	1	1	2		
3655		0000149508	1	1	2		
3670		0000150430	1	1	2		
3692		0000151531	1	1	2		
3716		0000152689	1	1	2		
3822		0000157430	1	1	2		
3959		0000165026	1	1	2		

Lista de campos de tabla dinámica

Seleccionar campos para agregar al informe:

- ESTABLECIMIENTO DE SALUD
- MES
- AÑO
- DNI
- HISTORIA CLINICA
- APELLIDO PATERNO
- APELLIDO MATERNO
- EDAD\_PACIENTE
- FECHA DE INGRESO
- FECHA DE EGRESO
- ESTADIA
- INDICADOR

Arrastrar campos entre las áreas siguientes:

Filtro de informe: AÑO INDICADOR

Etiquetas de fila: ESTABLECIMI... HISTORIA CL...

Valores: Cuenta de FE...

Aplazar actualización d... Actualizar

Hoja2 Hoja1 egresosdata

Listo Se encontraron 38 de 6037 registros



Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Cortar Copiar Pegar Copiar formato Portapapeles Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar

Calibri 11 A A Ajustar texto General Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar

	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
5	154	1	2	0	40	2	2	1	3	1	9	2	1	9	9	1	3330	25		
6	150	1	2	0	39	6	2	1	4	1	7	2	1	7	9	0	3100	37		
7	157	0	2	0	38	5	10	3	4	1	7	2	1	8	8	0	3400	42		
8	149	0	2	2	37	3	2	1	4	1	8	2	1	8	9	0	2636	23		
9	156	0	3	2	37	3	2	0	2	1	7	2	1	9	9	1	3104	22		
10	153	0	3	1	40	7	3	0	3	1	7	2	1	8	9	1	3475	33		
11	154	0	3	1	40	10	2	0	1	0	6	2	1	8	9	0	3506	24		
12	155	0	2	0	39	5	2	0	1	1	7	2	1	8	9	0	2546	29		
13	153	0	2	2	36	4	7	0	1	1	6	2	1	8	9	1	2745	28		
14	150	0	2	0	39	6	2	0	1	1	6	2	0	8	9	0	3305	31		
15	149	0	2	0	39	3	3	3	4	1	9	2	0	8	9	1	3602	39		
16	160	0	2	0	38	3	2	0	2	1	5	2	1	8	9	0	3706	21		
17	153	0	2	2	38	6	3	0	1	1	8	2	1	8	9	1	3650	33		
18	156	2	2	1	37	5	2	3	4	1	5	2	0	8	9	0	3360	32		
19	160	0	2	0	37	7	2	1	3	1	5	2	1	8	9	0	2652	35		
20	156	0	2	0	38	6	3	1	2	1	6	2	0	8	9	0	2956	24		
21	147	1	1	0	39	4	2	0	4	1	6	2	1	8	9	0	3850	30		
22	143	1	2	0	36	7	2	0	2	1	6	2	0	8	9	0	2972	26		
23	156	0	2	0	37	4	2	0	1	1	6	2	1	8	9	0	2812	23		
24	151	2	2	0	37	4	4	0	1	1	7	2	0	9	9	0	3500	28		
25	153	0	3	2	38	2	3	0	2	1	8	2	1	9	9	1	2540	28		
26	146	0	1	0	38	4	2	2	3	1	6	3	1	7	9	1	4030	36		
27	143	0	2	0	39	3	2	0	1	1	7	2	1	9	9	0	2678	20		
28	145	0	3	1	39	3	2	0	1	1	6	2	0	9	9	0	3745	26		
29	155	0	2	2	40	5	2	1	2	0	6	2	0	8	9	1	3110	29		
30	153	0	2	0	38	6	2	0	2	1	5	2	1	8	9	0	2950	25		
31	148	0	1	0	40	8	2	0	1	1	7	2	0	9	9	1	3200	36		
32	154	1	2	0	37	4	8	0	2	1	6	2	1	8	9	2	3654	36		
33	156	0	2	0	37	5	3	0	1	1	6	2	1	9	9	0	2916	29		
34																				
35																				
36																				

Hoja1 Hoja2

Listo 82%

Sin título1 - copia.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 20 de 20 variables

	paciente	edad_INT	talla	procedencia	grado_instr	ocupacion	E.gestacional	tiempo_ingreso_PV	P.intergenesico	PV.previos	paridad	estimulacion	Bishop	pesoRN_INT	sexoRN	
1	1	2	154	0	3	1	38	5	2	0	3	1	5	2	0	
2	2	1	160	0	2	0	39	6	3	0	2	1	6	2	1	
3	3	2	160	0	1	0	29	2	8	1	3	1	9	0	1	
4	4	1	154	1	2	0	40	2	2	1	3	1	9	2	1	
5	5	2	150	1	2	0	39	6	2	1	4	1	7	2	1	
6	6	3	157	0	2	0	38	5	10	3	4	1	7	2	1	
7	7	1	149	0	2	2	37	3	2	1	4	1	8	2	1	
8	8	1	156	0	3	2	37	3	2	0	2	1	7	2	1	
9	9	2	153	0	3	1	40	7	3	0	3	1	7	2	1	
10	10	1	154	0	3	1	40	10	2	0	1	0	6	2	1	
11	11	1	155	0	2	0	39	5	2	0	1	1	7	2	1	
12	12	1	153	0	2	2	36	4	7	0	1	1	6	2	1	
13	13	2	150	0	2	0	39	6	2	0	1	1	6	2	0	
14	14	2	149	0	2	0	39	3	3	3	4	1	9	2	0	
15	15	1	160	0	2	0	38	3	2	0	2	1	5	2	1	
16	16	2	153	0	2	2	38	6	3	0	1	1	8	2	1	
17	17	2	156	2	2	1	37	5	2	3	4	1	5	2	0	
18	18	2	160	0	2	0	37	7	2	1	3	1	5	2	1	
19	19	1	156	0	2	0	38	6	3	1	2	1	6	2	0	
20	20	2	147	1	1	0	39	4	2	0	4	1	6	2	1	
21	21	1	143	1	2	0	36	7	2	0	2	1	6	2	0	
22	22	1	156	0	2	0	37	4	2	0	1	1	6	2	1	

Vista de datos Vista de variables





## Anexo 5

### APRECIACION DE JUICIO DE EXPERTOS

La apreciación de los jueces se codificó en una matriz de 3 x 10, las filas corresponden a los jueces (3), y las columnas corresponden a los ítems (10). Las respuestas se codificaron en:

**1 = SI**

**2 = NO**

La matriz resultante es la siguiente:

JUECES	IT_1	IT_2	IT_3	IT_4	IT_5	IT_6	IT_7
1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1

JUECES	IT_8	IT_9	IT_10
1	1	2	2
2	1	2	2
3	1	2	1

**Matriz R de Finn de Inter Concordancia entre los Jueces**

	I	II	III
I	1.000	1.000	0.925
II		1.000	0.925
III			1.000

**R de Finn mancomunado entre los Jueces =**

**0.950**

El R de Finn calculado nos indica que los jueces tienen un **ACUERDO FORTISIMO**.

## Anexo 6

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TÍTULO:** “*CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON PARTO VAGINAL LUEGO DE UNA CESÁREA EN EL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA, HUARAL, 2016 – 2019*”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuáles son las características epidemiológicas de pacientes con parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019?</p> <p><b>Problemas Específicos.</b> ¿Cuáles son las características obstétricas de pacientes con parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019?</p>	<p>Objetivo General: Determinar cuáles son las características epidemiológicas de pacientes con parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019</p> <p>Objetivos Específicos: Describir cuáles son las características obstétricas de pacientes con parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019</p>	<p>El presente trabajo por ser de naturaleza descriptiva no cuenta con hipótesis.</p>	<p><b>Variable características epidemiológicas de datos generales.</b></p>	<p>Edad</p> <p>Talla</p> <p>Lugar de procedencia</p> <p>Grados de instrucción</p> <p>Ocupación</p> <p>Edad gestacional</p> <p>Tiempo entre el internamiento y el parto</p>	<p>Cantidad de años al momento del parto</p> <p>Longitud en centímetros de la gestante</p> <p>Registrado en la historia clínica</p> <p>Registrado en la historia clínica</p> <p>Registrado en la historia clínica</p> <p>Número de semanas de embarazo al momento del parto</p> <p>Tiempo en horas hasta el parto</p>	<p><u>Tipo</u></p> <p>Es de corte transversal y retrospectivo, de enfoque Cuantitativo, basándose tanto en la medición numérica con el análisis estadístico.</p> <p><u>Nivel:</u></p> <p>Descriptivo.</p> <p><u>Diseño</u></p> <p>No experimental</p>

<p>hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019?</p> <p>¿Cuáles son las características neonatales de pacientes con parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones de pacientes con parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de pacientes con parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019?</p>	<p>Describir cuáles son las características neonatales de pacientes con parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019</p> <p>Describir cuáles son las complicaciones más frecuentes de pacientes con parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019</p> <p>Describir cuál es la frecuencia de pacientes con parto vaginal luego de una cesárea en el hospital San Juan Bautista, Huaral, 2016 – 2019</p>		<p><b>Características epidemiológicas de obstétricos-neonatales</b></p>	<p>Periodo intergenésico</p> <p>Paridad</p> <p>Partos vaginales previos a la cesárea</p> <p>Estimulación de parto Bishop al llegar a emergencia</p> <p>Peso del RN</p> <p>Sexo del RN</p> <p>Apgar del RN</p> <p>Complicaciones del parto</p>	<p>Tiempo entre la última gestación hasta el parto actual.</p> <p>Número de partos previos al actual.</p> <p>Número de partos previos a la cesárea</p> <p>Registrado en la historia clínica</p> <p>Registrado en la historia clínica</p> <p>Registrado en la historia clínica.</p> <p>Registrado en la historia clínica</p> <p>Registrado en la historia clínica</p> <p>Registrado en la historia clínica</p>	<p><u>Población</u></p> <p>por pacientes a las cuales se les ha hecho una cesárea previa y que presentan un parto vaginal en el periodo 2016 – 2019. Se obtiene un total de 32 casos.</p> <p><u>Técnica de Recolección de datos.</u></p> <p>Ficha de recolección de datos.</p> <p><u>Técnicas de procesamiento y análisis de datos:</u> El procesamiento de datos se hizo a partir de una base de datos en Excel 2010, para posteriormente ser exportados al software al SPS 20 para su análisis.</p>
--	---	--	---	---	---	---

.....  
Mg. Jacinto Jesus Palacios Solano

**Asesor**

**JURADO EVALUADOR**

.....  
. Dr. Juan Mario Sarmiento Ramos

**Presidente**

.....  
M.C. Edwin Efrain Suarez Alvarado

**Secretario**

.....  
M.C Edgar Ivan Valladares Vergara

**Vocal**