

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

*“INCIDENCIA DEL PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTE DE CESÁREA Y
COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA,
2022”*

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

BLANCA YADHIRA CARO LINARES

ASESOR:

MC. JORGE ARTURO COLLANTES CUBAS

ORCID: 0000-0002-3333-7019

Cajamarca - Perú

2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Blanca Yadhira Caro Linares
DNI: 72411945
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: M.C. Jorge Arturo Collantes Cubas
Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
3. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
4. Tipo de Investigación: Tesis
5. Título de Trabajo de Investigación: **"INCIDENCIA DEL PARTO VAGINAL CON ANTECEDENTE DE CESÁREA Y COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2022"**
6. Fecha de Evaluación: 12/03/2024
7. Software Antiplagio : TURNITIN
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 24%
9. Código Documento: oid: 3117: 339337348
10. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 13 de Marzo del 2024



DEDICATORIA

A mis padres, quienes con su apoyo incondicional fueron pieza fundamental para poder construir poco a poco mi carrera profesional y mi formación como persona.

A mi hermano por ser mi consejero y apoyo moral en momentos difíciles, quien me demostró más de una vez que siempre se puede salir adelante con una actitud positiva.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi infinito agradecimiento a mis padres por haberme brindado su apoyo incondicional, por ser mi soporte emocional y económico durante todo el transcurso de mi carrera profesional. También expresar mi gratitud a mi hermano quien siempre confió en mí, por brindarme muchas veces su tiempo para escuchar cada problema que tenía y hacerme dar cuenta que siempre hay muchas soluciones si se ven las cosas con optimismo. Agradezco también a todos mis familiares quienes me brindaron su apoyo y me brindaron sus sabios consejos.

Han sido muchos los docentes quienes formaron parte de mi formación académica, desde el primer día en la facultad hasta mi último día de internado médico, a todos ellos muchas gracias por tener la paciencia y dedicación para transmitir todos sus conocimientos de una manera didáctica, conocimientos que ahora son base de las decisiones que tomaré como profesional.

Agradezco a mi tutor de tesis, por cada idea y corrección precisa que contribuía a la realización del presente trabajo, porque sin su experiencia, paciencia y constante supervisión no hubiese podido lograr llegar a esta estancia con mucha seguridad en todo mi trabajo, gracias también por los ánimos y palabras de aliento.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1. Planteamiento del problema.....	8
1.2. Formulación del problema de investigación.....	9
1.3. Justificación de la investigación.....	9
1.4. Objetivos de la investigación: general y específicos.....	10
1.4.1 Objetivo general.....	10
1.4.2. Objetivos específicos.....	10
1.5. Limitaciones de la investigación.....	11
1.6. Consideraciones éticas.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Antecedentes del problema.....	12
2.2. Bases teóricas.....	17
2.3. Términos básicos.....	26
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	28
3.1. Hipótesis de investigación e hipótesis nula.....	28
3.2. Cuadro de operacionalización de variables.....	28
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	33
4.1. Materiales y métodos.....	33
4.2. Consideraciones éticas.....	36

CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	37
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN.....	42
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES.....	47
CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES.....	48
CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
CAPÍTULO X: ANEXOS.....	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Perfil demográfico de gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.....	37
Tabla 2: Perfil obstétrico de gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.....	38
Tabla 3: Complicaciones maternas en gestantes con complicaciones maternas y una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.	39
Tabla 4: Tipo de complicaciones perinatales en gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.....	40
Tabla 5: Diagnósticos de gestantes con cesárea previa que terminaron su gestación vía abdominal en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Presencia de complicaciones maternas en gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.....	39
Gráfico 2: Presencia de complicaciones perinatales en gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.....	40

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia del parto vaginal con antecedente de cesárea y complicaciones en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022.

Metodología: Es un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se incluyeron 44 pacientes con antecedente de cesárea que cumplieron con los criterios del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Se utilizó fichas de recolección de datos previamente validada mediante juicio de expertos con V de Ayken.

Resultados: Se obtuvo una incidencia de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea de 32 casos cada 100 gestantes con cesárea previa. De las 44 gestantes incluidas en el estudio se identificó el 43.2% de complicaciones maternas, obteniendo trauma del canal en un 46.2% de los cuales el 66.7% fue desgarro vaginal y el 33.3% desgarro perineal, alumbramiento incompleto (15.4%), hemorragia postparto (11.5%), atonía uterina (7.7%) y trabajo de parto prolongado (3.8%) y otros (15.4%). La frecuencia de las complicaciones perinatales fue de 45.5% y fueron las siguientes: síndrome de distrés respiratorio (70%), trauma obstétrico (35%) de los cuales un 71.4% fueron caput succedaneum y 228.6% cefalohematoma. También se identificó que el 9.6% del total de gestantes con antecedente de cesárea previa que terminaron su gestación vía abdominal no tuvieron algún diagnóstico que indique cesárea.

Conclusión: La incidencia del parto vaginal con antecedente de cesárea fue de 32 casos cada 100, complicaciones maternas del 43.2% y complicaciones perinatales del 45.5%.

Palabras claves: Incidencia del parto vaginal, complicaciones maternas, complicaciones perinatales

ABSTRACT

Objective: To determine the incidence of vaginal delivery with a history of cesarean section and complications in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, 2022.

Methodology: It is an observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study. Forty-four patients with a history of cesarean section who met the criteria of the Regional Teaching Hospital of Cajamarca were included. Data collection forms were used, previously validated by means of expert judgment with Ayken V.

Results: The incidence of vaginal delivery in pregnant women with a history of cesarean section was 32 cases per 100 pregnant women with previous cesarean section. Of the 44 pregnant women included in the study, 43.2% of maternal complications were identified, with canal trauma in 46.2% of which 66.7% were vaginal tearing and 33.3% perineal tearing, incomplete delivery (15.4%), postpartum hemorrhage (11.5%), uterine atony (7.7%) and prolonged labor (3.8%) and others (15.4%). The frequency of perinatal complications was 45.5% and were as follows: respiratory distress syndrome (70%), obstetric trauma (35%) of which 71.4% were caput succedaneum and 228.6% cephalohematoma. It was also identified that 9.6% of the total number of pregnant women with a history of previous cesarean section who terminated their pregnancy via the abdominal route did not have a diagnosis indicating cesarean section.

Conclusion: Conclusion: The incidence of vaginal delivery with a history of cesarean section was 32 cases per 100 pregnant women, with maternal complications of 43.2% and perinatal complications of 45.5%.

Key words: Incidence of vaginal delivery, maternal complications, perinatal complications.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la tendencia es considerar dar opción de parto vaginal a las pacientes con antecedente de cesárea, debido a que se tiene un bajo riesgo de rotura uterina y complicaciones mínimas.

Desde 1985 en la Declaración de Fortaleza, se consideró que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10 – 15%. Se llegó a dicha conclusión teniendo en cuenta datos de países europeos, en los cuales con esta tasa se obtenían adecuados resultados materno perinatales; sin embargo, las cesáreas cada vez son más frecuentes tanto en países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Una cesárea está justificada cuando se busca prevenir la morbilidad materna y perinatal, pues los beneficios de una cesárea en las pacientes que resulta innecesario dicha intervención, no están demostrados; lo que sí se conoce es que la cesárea al ser una intervención quirúrgica, está asociada a riesgos de corto y largo plazo e incluso después de muchos años pueden permanecer y comprometer la salud de la mujer (1).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos aceptan que es una buena opción el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea y que tendrán éxito un 60 a 80% de aquellas mujeres que se les realiza pruebas de trabajo de parto (2).

América Latina es la región donde se realizan mayor número de cesáreas (44.3% de los nacimientos). Los países latinoamericanos que destacan son: Venezuela (52,4%), Chile (46%), Colombia (45,9%), Paraguay (45,9%), Ecuador (45,5%), México (40,7%) y Cuba (40,4%) (3).

Los porcentajes elevados de tasa de cesárea también son evidentes a nivel nacional y local.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

En las gestantes con un embarazo a término con antecedente de cesárea anterior, la práctica de cesárea a repetición es muy frecuente y muchas veces se realiza sin una examinación adecuada de la paciente para determinar si realmente necesita la cirugía o es una posible candidata a un parto vaginal, lo cual contribuye al incremento tanto de la tasa de cesárea como al consumo de insumos hospitalarios, así como el incremento de la demanda de recursos y gastos médicos innecesarios (4).

En el Perú, en el año 2020 el 36.3% de nacimientos fueron por cesárea, cifra que incrementó en 5% desde el 2015 y sobre pasa la tasa ideal. La tasa de cesárea fue disminuyendo según el orden de nacimiento, en el primer nacimiento se presentó un 42%, en el segundo nacimiento disminuyó a 37.2%; sin embargo, solo ha reducido en 5%. El parto por cesárea previa es la indicación más común (5).

La realidad en el Hospital Regional Docente de Cajamarca no es muy ajena al panorama nacional, ya que la proporción de cesárea en relación al total de partos es de 44%, una cifra que también es mayor a la tasa óptima establecida (6).

En el Hospital Regional Docente de Cajamarca encontramos los siguiente:

- A todas las pacientes con antecedente de cesárea previa se da la opción de parto normal.
- Se desconoce cuántas gestantes con antecedente de cesárea tienen la opción de considerar o planificar un parto vaginal.
- A pesar del chance de parto vaginal, las rupturas uterinas pueden producir una morbilidad materna extrema y la necesidad de múltiples transfusiones incluso la muerte materna.

Por lo tanto, en vista de la problemática en cuanto al elevado porcentaje de la tasa de cesáreas, el presente trabajo de investigación plantea determinar la “Incidencia del parto vaginal con antecedente de cesárea y complicaciones en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022”.

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Cuál es la incidencia del parto vaginal con antecedente de cesárea y complicaciones en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022?

1.3. Justificación de la investigación

El presente proyecto de tesis se realiza porque es importante considerar que durante los últimos cinco años se han registrado tasas elevadas de nacimiento por cesárea sobrepasando por mucho la tasa óptima considerada por la Organización Mundial de la Salud. Es frecuente que la cesárea previa sea una de las causas más importantes de cesárea repetida, sin embargo, la gran mayoría de estas pacientes con antecedente de cesárea pueden ser buenas candidatas para terminar el embarazo mediante un parto vaginal.

En cuanto a los nuevos conocimientos que aportará el estudio serán las cifras exactas de la incidencia de partos vaginales con antecedente de cesárea, la complicación materna más frecuente y la frecuencia de las complicaciones perinatales del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea.

Los beneficios obtenidos con la investigación serán, la disminución de la tasa de cesárea mediante la información brindada a las pacientes por el personal de salud con el conocimiento de datos precisos que ayudarán a fomentar el parto vaginal en aquellas gestantes con cesárea previa que no tienen contraindicación alguna; así como también reducir los gastos en insumos y recursos hospitalarios que conllevarían dicha intervención quirúrgica en caso de no ser necesaria.

Los beneficiados con el estudio serán las gestantes con antecedente de cesárea, quienes tienen la oportunidad de terminar su embarazo vía vaginal y así evitar una intervención quirúrgica que podría traer más complicaciones a corto y largo plazo como espectro de placenta acreta, placenta previa en embarazo posterior o formación de niche o istmocele. También se beneficiaría el personal de salud al conocer información precisa lo cual ayudará a tomar decisiones correctas y al Hospital Regional Docente de Cajamarca como institución, ya que de una manera indirecta se contribuirá a la disminución de la tasa de cesáreas que actualmente se encuentra elevada.

1.4. Objetivos de la investigación: general y específicos

1.4.1 Objetivo general

- Determinar la incidencia del parto vaginal con antecedente de cesárea y complicaciones en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar la incidencia del parto vaginal en gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.
- Identificar las complicaciones maternas del parto vaginal en gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.
- Identificar las complicaciones perinatales del parto vaginal en gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.

1.5. Limitaciones de la investigación

- No se contaron con estudios a nivel local.
- Dificultad para obtener las historias clínicas
- Historias clínicas con registros incompletos
- Historias clínicas no encontradas en archivo.

1.6. Consideraciones éticas

El presente trabajo se realizará mediante la revisión de historias clínicas y registros, por lo que se respetará la confidencialidad de los datos y el manejo de la información de cada paciente; basándose en la Declaración de Helsinki del 2008.

Además, se tendrá la aprobación del comité de ética del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Antecedentes internacionales

Arango Montoya C. et al (7), realizaron un estudio de corte transversal descriptivo, con el propósito de determinar la proporción de parto vaginal exitoso en mujeres con cesárea previa, describir las complicaciones maternas y perinatales y realizar una aproximación a los factores asociados al parto vaginal. En el estudio incluyeron mujeres con antecedentes de un parto por cesárea, con edad gestacional mayor a 24 semanas y fetos únicos vivos que tuvieron prueba de parto vaginal, atendidas en el Hospital general de Medellín. Encontraron que, de 286 gestantes incluidas, el porcentaje de éxito de parto vaginal fue del 74,5 %. Se identificaron complicaciones maternas en el 3,2% de los partos vaginales y en el 6,8% de las cesáreas. El 1,3% de los recién nacidos tuvo alguna complicación. Hubo 2 muertes perinatales. Concluyeron que el parto vaginal es una opción segura para considerar en pacientes con cesárea anterior, especialmente si inician trabajo de parto espontáneo.

Thelma Malagutti S. et al (8), elaboraron un estudio transversal, cuantitativo, retrospectivo, con el propósito de estimar la prevalencia de parto vaginal después de cesárea en una maternidad de alto riesgo e identificar complicaciones maternas y neonatales. El estudio fue realizado con 44 mujeres que tuvieron un parto normal con cesárea previa, mediante el análisis de las historias clínicas. Obtuvieron como resultado 13% de prevalencia de parto vaginal después de una cesárea. En cuanto a las complicaciones ocurrieron en el 13,6% de las mujeres y en el 4,5% de los recién nacidos. Al finalizar el estudio llegaron a la conclusión de que los

resultados favorables prueban la seguridad de este procedimiento para la madre y el recién nacido.

Torreglosa Ruiz M. et al (9), llevaron a cabo un estudio transversal y retrospectivo con el objetivo de estimar la tasa de éxito del parto vaginal después de una cesárea previa y los factores asociados al resultado. El estudio se basó en el análisis de 1157 historias clínicas, de las cuales se seleccionaron 215 historias de púerperas sometidas a partos vaginales después de una cesárea previa. Obtuvo como resultado que tasa de parto vaginal después de una cesárea previa fue del 55,8%, y el resultado se asoció a la ausencia de interurrencias y/o patologías durante el embarazo; a los embarazos a término, y a haber tenido al menos un parto normal previo. Llegó a la conclusión de que la tasa de PVAC fue del 55,8% (54,9% parto vaginal), con ausencia de complicaciones y/o patologías durante el embarazo; embarazos a término y haber tenido al menos un parto normal previo.

Lázaro A. et al (10), realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo, con la finalidad de analizar los factores correlacionados para todas las pruebas de trabajo de parto después de una cesárea que se realizaron en el Departamento de Obstetricia de Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Clinic desde 2014 hasta octubre de 2017. Para el estudio, un total de 348 mujeres pudieron ser incluidas en la evaluación de factores. Obtuvo como resultado que ocurrió parto espontáneo en 180 (51,7%) mujeres y 64 (18,4%) tuvieron ventosa. 104 (29,9%) de las mujeres tuvieron un parto por cesárea repetida. Los tres grupos mostraron diferencias significativas en el índice de masa corporal, el número de partos vaginales previos y el peso al nacer del niño en la cesárea. Llegó a la conclusión

de que la clara mayoría (70,1%) de los ensayos de trabajo de parto después de cesárea resultó en parto vaginal.

Hidalgo Timbano D, Criollo Rodriguez A (4), realizaron un estudio de cohorte histórico, con el objetivo de identificar las complicaciones materno perinatales en parto vaginal después de una cesárea y en parto cesárea por cesárea anterior. Fueron 228 pacientes que cumplieron tanto criterios de inclusión como exclusión durante los años del periodo de estudio; los datos fueron recolectados a partir de las historias clínicas. Obtuvieron como resultado 102 pacientes que culminaron su embarazo con parto vaginal (44.7%) de las cuales, 44 (43.1%) presentaron hemorragia postparto y 1 (1%) asfixia neonatal y 126 mediante cesárea (55.3%) de las cuales se encontraron las siguientes complicaciones: hemorragia postparto 50 (35.97%), histerectomía 3 (2.16%), asfixia neonatal 3 (2.16%), ingreso a cuidados intensivos materno 8 (5.76%) ; llegaron a la conclusión que el parto vaginal postcesárea tiene menos complicaciones en comparación con una cesárea a repetición.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Ybaseta Soto G. et al (11), elaboraron un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, con el objetivo de determinar el perfil clínico y las principales complicaciones maternas perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previas en el Hospital Santa María del Socorro - Ica. Para realizar el estudio revisaron historias clínicas de pacientes con embarazo a término normo evolutivo y antecedente de cesárea en alguna gestación previa, analizando los datos de 162 gestantes en trabajo de parto, 128 (79%) lograron el nacimiento por vía vaginal,

mientras que 34 (21%) tuvieron su finalización del embarazo por vía abdominal. Respecto a las complicaciones maternas: la hemorragia post parto estuvo presente en ambos grupos 5,4% en parto vaginal y 18% en parto abdominal y en cuanto a al factor perinatal: la patología predominante fue síndrome de distrés respiratorio. Llegaron a la conclusión que el parto vaginal en gestantes con cesárea previa sin contraindicaciones se considera con altas probabilidades de éxito materno perinatal y mínimo riesgo de complicaciones mayores.

Castro Bonilla G (12), realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal; el cual tuvo como objetivo determinar cómo es el parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo 2019. La Muestra del estudio fue censal y el instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos. Al finalizar el estudio obtuvo como resultado que El 92.3% tuvieron un trabajo de parto espontaneo y el 7.7.% trabajo de parto inducido; el 50.0% no tuvieron complicación en el trabajo de parto, el 36.5% tuvieron desgarro perineal, el 7.7% tuvieron trabajo de parto prolongado y el 5.8% hemorragia posparto y el 7.7% de neonatos presentaron SFA, el 11.5% macrosomía fetal y el 80.8% Neonatos no presentaron ninguna complicación. Concluyó que la proporción de complicaciones maternas fue del 50%, y de las complicaciones neonatales el 19,2 %.

Ayma Velasquez D (13), realizó un estudio observacional, retrospectivo; con el propósito de Identificar los factores predisponentes a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017– 2019. Para llevar

a cabo el estudio revisó 787 historias clínicas de gestantes con antecedente de una cesárea previa en el período de estudio. Obtuvo como resultado que la frecuencia de gestantes con PVDC fue de 29.79 % y las cesáreas iterativas representaron el 70.27%. Los factores asociados al éxito de parto vaginal fueron: edad materna menor a 35 años, edad gestacional menor a 40 semanas, antecedentes de parto vaginal después de una cesárea, multiparidad, período intergenésico mayor a 5 años, peso del recién nacido menor a 4000 gramos y dilatación cervical mayor o igual a 4cm al ingreso. La única complicación obstétrica encontrada fue la hemorragia postparto en un 0.43%. Concluyó que La frecuencia de éxito de prueba de parto en gestantes a término con una cesárea previa fue del 29.73%.

Quispe Fernández N, Sánchez López M (14), realizaron un estudio observacional, retrospectivo y transversal, con el objetivo de conocer el tipo de parto y complicaciones materno perinatales en pacientes con cesárea previa atendidas en el Hospital II EsSalud Ayacucho, enero 2017 - julio 2019. La información se obtuvo de 222 historias clínicas de las pacientes con cesárea previa; demostraron que del 100% (222) pacientes, el tipo de parto más frecuente es la cesárea en 82.43% (183) de los cuales el 18% (40) presentaron anemia y 17.57% (39) fue parto vaginal de los cuales el 8.1% (18) presentaron desgarro perineal; el 13.5% (30) neonatos presentaron dificultad respiratoria los neonatos procedentes de cesárea, en comparación con el 0.5% (1) taquipnea transitoria en neonatos procedentes del parto natural.

2.1.3. Antecedentes locales

Se hizo una revisión exhaustiva en el repositorio de la Universidad Nacional de Cajamarca y no se encontraron referencias.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Parto

En el año 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define un parto normal como aquel que se presenta de manera espontánea, y es de bajo riesgo desde el inicio del trabajo parto hasta el alumbramiento.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), considera que un parto normal es un proceso fisiológico donde una mujer pone fin a su gestación a término y en el que se involucran tanto factores psicológicos como socioculturales.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia califica el parto normal como un trabajo de parto en el que no hay factores de riesgo durante la gestación, con inicio espontáneo entre la 37 y 42 semana de gestación y que termina con el nacimiento de un recién nacido que se adapta adecuadamente a la vida extrauterina después de una evolución fisiológica de la dilación y parto, lo mismo que ocurre con el alumbramiento y puerperio inmediato (15).

2.2.2. Trabajo de parto

El trabajo de parto es un proceso que consta de una serie de eventos fisiológicos mediante los cuales el feto y la placenta abandonan el útero (16).

Es una serie de contracciones uterinas que ocurren de manera progresiva y continua que favorecen a una mejor dilatación del cuello y permiten el borramiento de este, para que el feto pueda pasar por el canal del parto.

Generalmente inicia dos semanas antes o días después de la fecha estimada de parto.

Existen señales que nos pueden indicar el inicio del trabajo de parto, sin embargo, cada mujer lo experimenta de manera distinta; algunas de las señales son:

- Pérdida del tapón mucoso: se expulsa por la vagina mucosidad mezclada con sangre.
- Contracciones: Contracciones con intervalo menor a 10 minutos, pueden volverse más frecuentes e intensas.
- Ruptura del saco amniótico: un gran porcentaje de mujeres inician el trabajo de parto dentro de varias horas después de romper el saco amniótico, si en caso el trabajo de parto no comienza después de 24 horas, la gestante debe ser hospitalizada para inducir el trabajo de parto (17).

2.2.2.1. Fases del trabajo de parto

A. Estadio 1: Desde el inicio del trabajo de parto hasta 10 cm de dilatación.

Comprende dos fases:

- **Fase Latente:** Es la fase más larga y menos intensa. Al inicio las contracciones son irregulares, las cuales progresivamente se vuelven coordinadas. Generalmente si hay molestias, son mínimas, el cuello se dilata hasta 4 cm y se va borrando. Durante esta fase se puede hospitalizar a la paciente y realizar una evaluación para determinar la dilatación del cuello uterino. La duración de esta fase se considera anormal si persiste mayor a 18 horas en nulíparas o mayor a 12 horas en multíparas.

- **Fase activa:** En esta fase el cuello uterino se dilata totalmente y la presentación desciende hacia la pelvis media. Las contracciones son más largas e intensas. Se espera que, en nulíparas el cuello uterino se dilate a una velocidad de 1,2 cm/hora y 1,5 cm/hora en multíparas. Para evaluar la progresión de la dilatación, se realiza el examen pelviano cada 2 o 3 horas; la falta de progresión podría indicarnos una distocia como desproporción cefalopelviana.

Durante este estadio se debe controlar continuamente la frecuencia cardíaca y tensión arterial de la madre y la frecuencia fetal; las gestantes pueden sentir ganas de pujar, lo cual se debe evitar hasta que el cuello esté completamente dilatado. Caminar acorta en más de 1 hora esta etapa y ayuda a reducir la tasa de parto por cesárea (17,18).

- B. Estadio 2:** Conocido como la etapa de “pujar”, comprende desde la dilatación cervical completa hasta el parto (17)
- C. Estadio 3:** Inicia después del parto hasta el alumbramiento, suele durar solo unos minutos, sin embargo, se puede esperar hasta 30 minutos (17)

2.2.3. Cesárea

Es una intervención quirúrgica que se utiliza con la finalidad de terminar un embarazo o parto, ya sea por causa materna, fetal u ovular lo cual no permite un parto vaginal. Consiste en la extracción de un feto mayor a 22 semanas de gestación, vivo o muerto, por vía abdominal con placenta y membranos; mediante una incisión en la pared abdominal y posteriormente una histerotomía.

Posteriormente Para la intervención se requiere la administración de anestesia y es probable que durante o después de la misma, sea necesario la transfusión de sangre y/o hemoderivados (19).

2.2.3.1. Clasificación

A. Según antecedente obstétrico

- Primaria: Cesárea que se realiza por primera vez.
- Anterior o previa: Cuando existe antecedente de una cesárea.
- Iterativa: Cuando existe antecedente de dos o más cesáreas (20).

B. Según indicaciones

- Cesárea electiva: Es una intervención programada, la cual se lleva a cabo antes del inicio del parto en gestantes que presentan alguna patología materna, fetal u ovular que contraindique un parto vaginal.
- Cesárea en curso de parto: Se realiza durante el curso del parto por alguna indicación materna, fetal u ovular. No existe un riesgo inminente ni para el feto ni para la madre.
- Cesárea urgente: Se realiza anteparto o intraparto, como consecuencia de una patología en la que se sospecha compromiso del bienestar fetal. Debe realizarse en menos de 30 minutos, una vez identificado el diagnóstico.
- Cesárea emergente: Suele indicarse en situaciones dónde existe riesgo vital para la madre y/o el feto, la intervención debe realizarse en menos de 15 minutos (21).

C. Según técnica quirúrgica

- Corporal o clásica: Se realiza una incisión vertical en el cuerpo del útero. Sus indicaciones son: embarazo pretérmino, feto en situación transversa con dorso inferior, histerorrafia previa y cuando después de la cesárea se realiza una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor sangrado, adherencias frecuentes, histerorrafia menos resistente con riesgo de dehiscencia durante un nuevo embarazo.
- Segmento corporal o tipo Beck: La incisión realizada será vertical a nivel del segmento y parto del cuerpo uterino. Presenta como ventaja menor sangrado y las desventajas son las mismas que de la técnica anterior.
- Segmento arciforme, transversal o tipo Kerr: Es la técnica quirúrgica más utilizada debido a que presenta múltiples ventajas como producir menor sangrado, permite una apertura y cierre de pared uterina, cicatriz uterina resistente, bajo riesgo de dehiscencia y ruptura uterina en posteriores embarazos, adherencias postoperatorias poco frecuentes (20).

2.2.4. Parto vaginal en cesareada anterior

Se refiere a aquella gestante que su parto anterior fue vía abdominal y que planea tener un parto vía vaginal en lugar de una cesárea electiva.

Un gran porcentaje de investigaciones han demostrado una alta tasa de éxito (60 – 90%) del parto vaginal en paciente cesareada anterior, la cual aumenta mucho

más en un 87 – 90% en caso de que la paciente haya tenido un parto vaginal previo o no se haya repetido la causa de la cesárea anterior.

El instituto nacional materno perinatal mencionó que tasa de probabilidad de éxito encontrada en una serie de datos de la institución fue de 65,3%.

En la Declaración de Fortaleza realizada por un comité de expertos en salud reproductiva en una reunión organizada por la Organización Mundial de Salud en 1985 en Fortaleza (Brasil), menciona que no hay justificación para que alguna región presente una tasa de cesárea mayor al 10 – 15%; por lo que muchos profesionales de la salud de todo el mundo consideran esta tasa como la ideal.

Desde dicha declaración hasta la actualidad, la Organización de las Naciones Unidas y otras instituciones han recomendado esta conducta, pues mencionan que los países que presentan menor mortalidad perinatal son aquellos que tienen un 10% de tasa de cesárea (22).

2.2.4.1. Factores a tomar en cuenta para seleccionar un parto poscesárea

A. Perfil epidemiológico

Existen algunas características epidemiológicas que influyen de manera negativa como la edad avanzada de la gestante, un índice de masa corporal alto, ponderado fetal elevado, edad gestacional avanzada, corto periodo intergenésico y preeclampsia en el momento del parto (22).

B. Antecedentes

- Número de cesáreas previas:

Las mujeres con antecedente de una sola cesárea, con incisión transversal segmentaria, son candidatas a realizar una prueba de

trabajo de parto, para que posteriormente puedan tener un parto exitoso vía vaginal.

La tasa de éxito de parto vaginal en mujeres con más de una cesárea anterior transversal baja es de 62 – 89% y la tasa de rotura uterina es de 0 – 3.7% (22).

- **Características de la cesárea anterior**

En casos de una incisión anterior vertical baja no existen pruebas de mayor riesgo de rotura uterina y morbilidad materno perinatal. En aquellas pacientes con incisión en T pueden presentar un alto riesgo de complicaciones.

Si la gestante ha tenido una ruptura uterina anterior, es importante la ubicación de la cicatriz, la tasa de dehiscencia es de 6% si la cicatriz está en el segmento inferior del útero, en cambio si la cicatriz se ubica en el segmento superior tiene una tasa muy alta de repetición 32% (22).

- **Factores de riesgo asociado al fracaso para parto vaginal**

Dentro de los principales están: Trabajo de parto inducido, no partos vaginales anteriores, índice de masa corporal mayor a 30, cesárea anterior con diagnóstico de distocia (desproporción cefalopélvica), macrosomía fetal; si la paciente presenta todos estos factores de riesgo, la tasa de éxito de parto vaginal con cesárea previa es solo el 40% (22).

C. Embarazo actual

- **Edad gestacional:** Existe menor éxito de un parto vaginal con antecedente de cesárea en pacientes con edad gestacional mayor de 40 semanas.
- **Parto pre término:** La tasa de éxito de un parto vaginal tras cesárea anterior es muy similar en un parto pre término y en un a término; sin embargo, en el primero hay un menor riesgo de rotura uterina.
- **Periodo intergenésico:** Existe un mayor riesgo de rotura uterina en mujeres con un periodo intergenésico entre 18 y 24 meses.
- **Tamaño del feto:** Un feto macrosómico presenta menor probabilidad de éxito de un parto vaginal que un feto normosómico, el cual presenta una tasa de 60 – 65% (22).

D. Elección de la vía del parto

Antes de la semana 36 en un control prenatal, se debe informar correctamente sobre los riesgos y beneficios tanto de un parto vía vaginal tras una cesárea anterior como una cesárea nueva (22).

E. Manejo del trabajo de parto

- **Inducción y estimulación del trabajo de parto:** Es una buena opción para las mujeres que se someten a la prueba de trabajo de parto, pero el riesgo de rotura uterina y la posibilidad de un parto vaginal es mayor cuando se inicia la inducción con un cuello uterino no favorable. El uso de la oxitocina para la estimulación no está contraindicado, lo que no ocurre con el misoprostol, el cual no debe utilizarse en el tercer

trimestre para madurar el cuello cervical o para la inducción del parto en gestantes con una cesárea anterior.

- **Analgesia:** Hay una tasa de éxito más elevada en el parto vaginal tras una cesárea cuando se utiliza analgesia epidural comparado con los casos en los que no se utiliza (73% vs 50%).
- **Monitoreo materno fetal:** Se recomienda monitoreo continuo durante el trabajo de parto. Si el trabajo de parto se prolonga o se muestra disfuncional, se asocia con un mayor riesgo de fracaso y de rotura uterina. El signo más frecuente de la rotura uterina es la alteración del patrón de la frecuencia cardíaca fetal.
- **Atención del parto:** No existen recomendaciones específicas en cuanto a la expulsión del producto y placenta.
- **Evolución posparto:** Los signos de hipovolemia o sangrado vaginal excesivo nos podrían indicar una posible rotura uterina, por lo cual se debe realizar una evaluación minuciosa del tracto genital (22).

2.2.4.2. Contraindicaciones para parto vía vaginal después de una cesárea anterior

Se debe tener en cuenta las siguientes contraindicaciones: Cicatriz en T invertida, ruptura uterina anterior, contraindicación para trabajo de parto, placenta previa, presentación no cefálica, tres o más cesáreas, cirugía uterina previa con ingreso a la cavidad endometrial como una miomectomía o exéresis de un mioma mayor a 5 centímetros y la posición negativa de la gestante para intentar la prueba de trabajo (22,23).

2.2.4.3. Complicaciones

Una de las complicaciones es la rotura uterina, se relaciona muy estrechamente con la ubicación de la incisión en el útero de la cesárea anterior, el patrón anormal de la frecuencia cardiaca fetal, sangrado vaginal excesivo, cese de las contracciones, inestabilidad hemodinámica de la madre; ante la sospecha de dicha complicación se realiza una laparotomía después de estabilizar a la madre. Entre otras complicaciones que puede sufrir la madre son la hemorragia posparto, trauma perineal, muerte materna, etc.

También se puede producir complicaciones en el producto como síndrome de dificultad respiratoria, óbito fetal, muerte neonatal, Apgar bajo, etc. (22,23).

2.3. Términos básicos

2.3.1. Incidencia

Número de nuevos casos en un período de tiempo en una población específica, dividida por la población en riesgo (24).

2.3.2. Parto vaginal con antecedente de cesárea

Gestante que su primer embarazo terminó mediante un procedimiento quirúrgico vía abdominal por alguna causa materna, fetal u ovular; la cual opta por un parto vía vaginal antes que por una cesárea de elección (22).

2.3.3. Complicaciones maternas

Hace referencia las distintas disrupciones o trastornos que sufre la paciente durante el trabajo de parto, parto y puerperio (25).

2.3.4. Rotura uterina

Pared uterina con solución de continuidad en un útero grávido (26).

2.3.5. Hemorragia posparto

Se define como la pérdida de sangre de 500 ml o más a las 24 horas posparto (27).

2.3.6. Muerte materna

Es la muerte de una mujer durante su periodo de embarazo o dentro de los 42 días posparto, independientemente de su causa (obstétrica y no obstétrica) (25).

2.3.7. Complicaciones perinatales

Son los distintos problemas de salud que se producen desde las 22 semanas de gestación hasta los 28 primeros días de vida neonatal (25).

2.3.8. Sufrimiento fetal agudo

Se produce cuando el feto no recibe cantidades de oxígeno suficiente tanto en el embarazo como el parto (28).

2.3.9. Síndrome de distrés respiratorio

Patología respiratoria, causada por déficit de surfactante, sustancia tensoactiva producida por neumocitos tipo II (29).

2.3.10. Óbito fetal

Se denomina así a la muerte intra útero desde las 22 semanas o desde que el producto tenga 500 gramos de peso, hasta el parto (30).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1. Hipótesis de investigación e hipótesis nula

3.1.1. Hipótesis de investigación (Hi)

La incidencia de parto vaginal con antecedente de cesárea es mayor de 15 casos cada 100 gestantes con antecedente de cesárea y las complicaciones $< 5\%$ en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022.

3.1.2. Hipótesis nula (H0)

La incidencia de parto vaginal con antecedente de cesárea es menor de 15 casos cada 100 gestantes con antecedente de cesárea y las complicaciones $\geq 5\%$ en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022.

3.2. Cuadro de operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICE	SUBÍNDICE	ESCALA
Variable 1: Incidencia	Número de nuevos casos en un período de tiempo en una población específica, dividida por la población en riesgo (24)	Gestantes con parto vaginal con antecedente de cesárea previa. En el año 2022.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes con parto vaginal y antecedente de cesárea previa}}{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con antecedente de cesárea previa}} \times 100$	Proporción		Cuantitativa continua

<p>Variable 2: Complicaciones maternas</p>	<p>Patologías que afectan a la madre producida durante el trabajo de parto, parto y puerperio (25)</p>	<p>Registro de complicaciones maternas del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea</p>	<p>Hemorragia posparto (>500ml)</p>	<p>Atonía uterina Alumbramiento incompleto Trastorno de coagulación Trauma - Desgarro cervical - Desgarro vaginal - Desgarro perineal - Rotura uterina *Intervención quirúrgica *Transfusiones requeridas</p>	<p>Sí / No</p>	<p>Nominal</p>
--	--	--	--	---	----------------	----------------

			Hematoma vulvar Muerte materna	Sí / No		
			Trabajo de parto prolongado (>14h)	Número de horas		
				Uso de Oxitocina	Sí / No	
			Ninguna Otros	Sí / No		
Variable 3: Complicaciones perinatales	Patologías que afectan a la madre o al producto desde las 22 semanas hasta los 28 días posparto (25)	Registro de complicaciones perinatales del parto vaginal en gestantes con	Sufrimiento fetal agudo	Sí / No		Nominal
			Trauma obstétrico	-Fractura de clavícula -Cefalohematoma -Caput succedaneum -Otros	Sí / No	

		antecedente cesárea	de	Síndrome de distrés respiratorio Ingreso a UCIN Apgar bajo a los 5 minutos Óbito fetal Muerte neonatal Líquido meconial	Sí / No		
				Ninguna Otros	Sí / No		

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

4.1. Materiales y métodos

4.1.1. Tipo y nivel de la investigación

4.1.1.1. Tipo:

Según la intervención del investigador es de tipo observacional debido a que en este trabajo el investigador no tendrá control sobre las variables de estudio

Según el alcance es descriptivo porque solo se describirán frecuencias

Según el número de mediciones de variables es transversal debido a que las variables solo se medirán una sola vez y no se hará seguimiento

Según el momento de la recolección de datos es retrospectivo porque el proyecto se desarrollará con datos recolectados del 2022

4.1.1.2. Diseño: Estudio no experimental de corte transversal

X1: Incidencia

X2: Complicaciones maternas

X3: Complicaciones perinatales

4.1.2. Técnicas de muestreo y diseño de la investigación: criterios de inclusión y de exclusión

4.1.2.1. Universo, población y muestra de estudio

- Universo

El total de gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022 fue de 2250 gestantes.

- **Población:**

La población compuesta por las gestantes con antecedente de una cesárea atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión fueron 44.

- **Muestra:**

La cantidad total de las gestantes que cumplieron criterios de inclusión y exclusión fueron 44.

- **Muestreo:** no probabilístico de tipo censal a conveniencia.

4.1.2.2. Criterios de inclusión y exclusión

★ **Criterios de inclusión**

- Gestantes con parto vaginal y antecedente de una cesárea
- Ausencia de patología materno y/o fetal antes del inicio de trabajo de parto
- Datos completos en historias clínicas y registros

★ **Criterios de exclusión**

- Antecedente de cirugía uterina (Histerectomía, miomectomía)
- Cesárea previa de dos o más veces
- Embarazo múltiple
- Feto en podálico
- Datos incompletos en historias clínicas y registros
- Indicación de cesárea justificable (inminencia de rotura uterina)
- Gestantes con parto mediante cesárea y antecedente de una cesárea

4.1.3. Fuentes e instrumento de recolección de datos

4.1.3.1. Fuentes de recolección de datos

Para la recolección de datos se acudió al libro de registro de partos vaginales de Centro Obstétrico, en donde se encontró el número de gestantes con parto vaginal y antecedente de cesárea; así como también al libro de registro de sala de operaciones, para obtener el número de las gestantes que terminaron su embarazo vía abdominal y con antecedente de cesárea previa. Luego se solicitó al departamento de estadística y archivo del Hospital Regional Docente de Cajamarca las historias clínicas tanto de las pacientes seleccionadas del libro de registro de partos vaginales de Centro Obstétrico, como de los neonatos para registrar las complicaciones maternas y perinatales.

4.1.3.2. La técnica de recolección de datos para ejecutar el presente proyecto es la revisión documental.

4.1.3.3. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos de gestantes con parto vaginal y antecedente de cesárea previa atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada por el investigador: “PREGNANT WOMAN WITH VAGINAL DELIVERY AND HISTORY OF CESAREAN SECTION” la cual está compuesta por 3 partes: la primera con 7 ítems referidos a características generales, la segunda con 6 ítems referidos a complicaciones maternas y la tercera con 10 ítems referidos a complicaciones perinatales. (Ver Anexo N° 2).

La validación del instrumento se realizó mediante juicio de expertos con V de Ayken, obteniendo un coeficiente de validez V de 1, lo cual indica que el instrumento es válido. (Ver Anexo N° 3)

4.1.3. Técnicas de procesamiento de la información y análisis de datos

Se registraron los datos en el programa Microsoft Excel-2016, luego se procesaron, empleando el programa SPSS 25.0 para realizar un análisis estadístico descriptivo de cada variable de estudio, para lo cual las frecuencias obtenidas de cada una de estas variables fueron representadas mediante tablas de distribución de frecuencias y gráficos circulares, cada uno de ellos con su respectivo análisis e interpretación, que permitirán generar enunciados teóricos en respuesta a los objetivos planteados en la presente investigación.

4.2. Consideraciones éticas

El presente trabajo se realizó mediante la revisión de historias clínicas y registros, por lo que se respetó la confidencialidad de los datos y el manejo de la información de cada paciente; basándose en la Declaración de Helsinki del 2008.

Además, se obtuvo la aprobación del comité de ética del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

La población considerada para el estudio estuvo conformada por el total de gestantes con antecedente de cesárea previa siendo un total de 152 y gestantes con parto vaginal y antecedente de cesárea, las cuales fueron 48; obteniendo así una incidencia del parto vaginal con antecedente de cesárea de 32 casos cada 100 gestantes con antecedente de cesárea.

De las 48 gestantes, solo 44 cumplieron criterios de inclusión y exclusión, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1: Perfil demográfico de gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.

	N°	%
Edad		
Joven (menos de 29 años)	26	59.1
Adulto (más de 30 años)	18	40.9
Grado de instrucción		
Primaria incompleta	1	2.3
Primaria completa	17	38.6
Secundaria completa	15	34.1
Superior completa	11	25.0
Ocupación		
Ama de casa	42	95.5
Estudiante	1	2.3
Trabajadora dependiente	1	2.3
Total	44	100.0

Tabla 2: Perfil obstétrico de gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.

	N°	%
Número de atenciones perinatales		
Menor a 5	5	11.4
De 5 a 10	31	70.5
Mayor a 10	8	18.2
Periodo intergenésico		
< 5 años	25	56.8
De 5 a 10 años	16	36.4
> 10 años	3	6.8
Edad gestacional (FUR)		
Pretermino (RNP)	5	11.4
Término (RNT)	39	88.6
Método de Capurro		
Pretermino (RNP)	5	11.4
Término (RNT)	39	88.6
Total	44	100.0

Gráfico 1: Presencia de complicaciones maternas en gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.

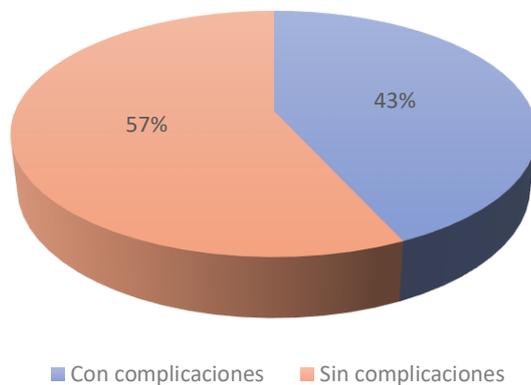


Tabla 3: Complicaciones maternas en gestantes con complicaciones maternas y una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.

	N°	%
Trauma del canal	12	46.2
Alumbramiento incompleto	4	15.4
Otros	4	15.4
Hemorragia postparto >500 ml	3	11.5
Atonía uterina	2	7.7
Trabajo de parto prolongado > 14 h	1	3.8
Total	26	100.0

Como se evidencia en la tabla, la complicación más frecuente fue trauma del canal con una frecuencia del 46.2% (12) de lo cual el 66.7% (8) fue desgarro vaginal y el 33.3% (4) fue desgarro perineal.

Gráfico 2.: Presencia de complicaciones perinatales en gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.

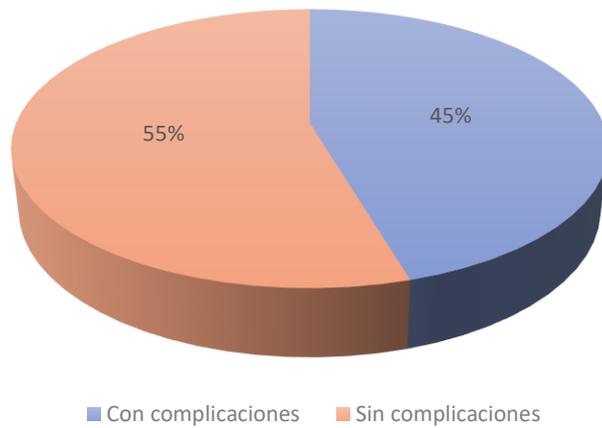


Tabla 4: Tipo de complicaciones perinatales en gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.

	Sí		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Trauma obstétrico	7	35.0	13	65.0	20	100.0
Síndrome de distrés respiratorio	14	70.0	6	30.0	20	100.0
Otro	1	5.0	19	95.0	20	100.0

En cuanto a trauma obstétrico se obtuvo un 28% (2) de cefalohematoma y 71.4% (5) de caput succedaneum.

Tabla 5: Diagnósticos de gestantes con cesárea previa que terminaron su gestación vía abdominal en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.

	N°	%
Preeclampsia severa	22	21.2
Pelvis estrecha	12	11.5
Feto podálico	10	9.6
APPT	9	8.7
DCP	8	7.7
Oligohidramnios	6	5.8
RCIU tipo I	6	5.8
Expulsivo prolongado	6	5.8
Inminencia de rotura uterina	6	5.8
SFA	6	5.8
CA 1 vez + Paridad satisfecha	5	4.8
Feto transverso	5	4.8
CA 1 vez	5	4.8
Embarazo doble	4	3.8
Inducción fallida	4	3.8
No condiciones de inducción	4	3.8
Periodo intergenésico corto	4	3.8
Corioamniomnitis	3	2.9
RPM	3	2.9
DPP	2	1.9
Embarazo a término tardío	2	1.9
Polihidramnios	2	1.9
Anhidramnios	1	1.0
Hemiplejía espástica	1	1.0
Insuficiencia uteroplacentaria	1	1.0
Macrosomía fetal	1	1.0
Óbito fetal	1	1.0
Riesgo de desprendimiento de retina	1	1.0
Shock hipovolémico	1	1.0
Síndrome adherencial	1	1.0
Otros	1	1.0
Total	104	100.0

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

En el presente estudio se identificó una incidencia del parto vaginal con antecedente de cesárea de 30 casos cada 100 gestantes con cesárea previa, de las cuales un 43% presentó complicaciones maternas, siendo la más frecuente el trauma de canal 46%, seguida de alumbramiento incompleto 15.4% y de hemorragia post parto 11.5%. Con respecto a las complicaciones perinatales, se identificó un 45% de las cuales la más frecuente fue síndrome de distrés respiratorio en un 70% y 35% de trauma obstétrico.

Tanto la incidencia obtenida confirma la hipótesis de investigación propuesta, sin embargo es baja con respecto a las gestantes con antecedente de cesárea que terminaron su gestación vía abdominal lo cual incrementaría la tasa de cesáreas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca; por lo contrario, el porcentaje de las complicaciones mucho maternas como perinatales es mucho mayor a lo esperado.

La incidencia del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea es similar al porcentaje obtenido en otros estudios como el de Ayma Velasquez D (13) quien realizó un estudio en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, obteniendo un 29.79% de gestantes con antecedente de una cesárea previa, un porcentaje muy cercano al que se encontró en el estudio, debido a la existencia de muchos prejuicios en cuanto al permitir que siga su curso el trabajo de parto por temor a las complicaciones que pueden ocurrir. También existen estudios en el que se obtuvo un porcentaje por debajo al obtenido como es el caso del estudio realizado por Quispe Fernández N, Sánchez López M (14) en el Hospital II EsSalud Ayacucho en donde se obtuvo un 17.57%, esto por optar por realizar una cesárea iterativa al igual que en un estudio realizado en Brasil por Thelma Malagutti S. et al (8) donde la prevalencia fue 13%. Arango Montoya C. et al (7), Torreglosa Ruiz M. et al

(9), Lázaro A. et al (10), Ybaseta Soto G. et al (11) y Castro Bonilla G (12) presentaron los siguientes resultados respectivamente: 74.5%, 55.8%, 70.1%, 79% y 92.3%, dichos resultados son mucho mayor al que se encontró en el estudio.

Se obtuvo una incidencia baja debido a que la gran mayoría de gestantes con antecedente de cesárea presentaron un diagnóstico indicativo de cesárea, sin embargo, se obtuvo un porcentaje del 9.6% del total de gestantes con cesárea previa que terminaron su gestación vía abdominal que pudo ser evaluado minuciosamente y terminar la gestación vía vaginal y así disminuir un poco la tasa de cesárea del Hospital Regional de Cajamarca, la cual actualmente se encuentra muy elevada.

En cuanto a las complicaciones maternas, de las 44 gestantes incluidas en el estudio, 19 (43%) presentaron complicaciones maternas, los resultados son semejantes a lo encontrado por Hidalgo Timbano D, Criollo Rodriguez A (4) quién obtuvo un total de 43,1% de complicaciones maternas y difieren del estudio nacional realizado en Tacna por Ayma Velasquez D (13) en donde se presentó un 0,43%, frecuencia que se encuentra muy inferior a lo encontrado en la presente investigación.

Las complicaciones más frecuentes fueron el trauma del canal en un 46,2%, alumbramiento incompleto 15.4% y hemorragia postparto 11.5% similar al estudio realizado en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, Huancayo 2019 por Castro Bonilla G (12) en el que la complicación más frecuente también fue el trauma de canal, específicamente el desgarro perineal en un 36.5% y también presentó hemorragia postparto, pero en un menor porcentaje (5.8%); en el estudio realizado por Quispe Fernández N, Sánchez López M (14) en el Hospital II EsSalud Ayacucho también

se identificó el desgarro perineal como la complicación más frecuente obteniendo un 8.1%.

En cuanto al porcentaje de trauma del canal encontrado en el presente estudio, un cierto porcentaje está relacionado con el parto precipitado. Si bien es cierto es la más frecuente sin embargo es la complicación que se puede resolver con mayor facilidad y la que menos riesgos tiene comparada con las demás. Se reportó lo contrario en el estudio realizado por Hidalgo Timbano D, Criollo Rodriguez A (4) en cual la complicación más frecuente fue la hemorragia postparto en un elevado porcentaje (43.1%).

Con respecto a la segunda complicación más frecuente encontrada en el estudio, alumbramiento incompleto, no se encontró registro de este hallazgo ni en estudios internacionales ni nacionales; en este caso se asocia al parto pre término.

Las complicaciones perinatales se presentaron en un 45%, en contraste al estudio están las investigaciones internacionales realizados por Arango Montoya C. et al (7) en Colombia y Thelma Malagutti S. et al (8) en Brasil en los cuales se registró un 1.3% y 4.5% respectivamente, los cuales presentaron un porcentaje inferior al encontrado; un estudio nacional llevado a cabo en la ciudad de Huancayo realizado por Castro Bonilla G (12) reportó un porcentaje más elevado (19.2%) sin embargo sigue siendo inferior al encontrado en la investigación. No se encontraron estudios internacionales, nacionales ni locales que presenten un porcentaje cercano o superior al registrado en el estudio.

La complicación perinatal más frecuente fue el síndrome de distrés respiratorio al igual que el estudio nacional elaborado por Ybaseta Soto G. et al (11) en un hospital de Ica en

el que se pretendía las principales complicaciones maternas perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa. En el presente estudio cierto porcentaje se asoció al parto pretérmino y otro porcentaje a aquellas gestaciones que fueron mayor a 40 semanas de gestación que presentaron líquido meconial.

Existen estudios internacionales como el de Hidalgo Timbano D, Criollo Rodriguez A (4) en el que se encontraron otro tipo de complicaciones como la asfixia neonatal, así como el de Arango Montoya C. et al (7) en el que se registraron 2 muertes perinatales y estudios nacionales como el de Castro Bonilla G (12) en donde se encontraron complicaciones como sufrimiento fetal agudo (7.7%) y macrosomía fetal (11.5%) los cuales no se registraron en la investigación.

Como hallazgo encontramos que del total de gestantes que terminaron su gestación vía abdominal, el 4.8% solo tuvo como diagnóstico “cesareada anterior una vez” sin algún diagnóstico que sea indicación de cesárea aumentando así la tasa de cesárea y las complicaciones a corto y a largo plazo que puede contribuir un procedimiento quirúrgico que pueden afectar a la madre o al producto, también se estaría afectando el futuro obstétrico de la paciente; se evidenció que el 4.8% a parte de tener el diagnóstico de cesareada anterior una vez, presentó paridad satisfecha lo cual tampoco es indicación para una cesárea, es pertinente mencionar que dicho acto quirúrgico solo se realiza en el caso que la madre y el producto estén en una situación de peligro evitando así complicaciones futuras. Y así como los diagnósticos mencionados, se identificó otros más que no son indicación de cesárea.

Limitaciones del estudio:

- No se contaron con estudios a nivel local.
- Dificultad para obtener las historias clínicas
- Historias clínicas con registros incompletos
- Historias clínicas no encontradas en archivo

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

1. La incidencia del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa fue de 32 casos cada 100 gestantes con cesárea previa.
2. Las complicaciones maternas identificadas en el estudio fueron: trauma del canal (46.2%) de los cuales el 66.7% fue desgarro vaginal y el 33.3% desgarro perineal, alumbramiento incompleto (15.4%), hemorragia postparto (11.5%), atonía uterina (7.7%) y trabajo de parto prolongado (3.8%).
3. Las complicaciones perinatales identificadas fueron: síndrome de distrés respiratorio (70%), trauma obstétrico (35%) de los cuales un 71.4% fueron caput succedaneum y 228.6% cefalohematoma.

CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES

1. Evaluar cuidadosamente a las gestantes con cesárea previa que pueden terminar su gestación vía vaginal y así evitar cesáreas innecesarias.
2. Valorar el riesgo-beneficio entre una cesárea y parto vaginal
3. Dar a conocer a las gestantes con cesárea previa y al personal médico que las complicaciones maternas y perinatales no son de alto riesgo, y así poder incitar el parto vaginal.
4. Realizar investigaciones identificando las complicaciones maternas y perinatales en las gestantes con antecedente de cesárea que terminaron su gestación vía abdominal y así comparar ambos grupos.
5. Realizar investigaciones a nivel local con una mayor población.

CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. 2015 [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
2. Quesnel García-Benítez C, De Jesús López-Rioja M, Monzalbo-Núñez DE. Parto después de cesárea ¿una opción segura?. Rev Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2015 [citado 9 de marzo de 2023];83:69-87. Disponible en: www.femecog.org.mx
3. Agence France Presse. América Latina, la región con la mayor tasa de cesáreas del mundo [Internet]. 2018 [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.france24.com/es/20181012-america-latina-la-region-con-la-mayor-tasa-de-cesareas-del-mundo>
4. Hidalgo Timbiano DR, Criollo Rodriguez AJ. Complicaciones Materno Perinatales en Parto Vaginal Después de una cesárea y en Parto Cesárea por Cesárea Anterior en El Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi desde enero de 2018 a diciembre de 2019 [Tesis de especialidad]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2020. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/19304/TESIS%20ESPECIALISTA%20EN%20GINECOLOG%c3%8da%20Y%20OBSTETRICIA%20AUTORES%20%c3%81LEX%20CRIOLLO%2c%20DAVID%20HIDALGO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Salud Materna [Internet]. 2020 [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/pdf/cap007.pdf

6. Oficina de epidemiología y Salud Ambiental. Análisis de Situación de Salud año 2019 [Internet]. 2020 [citado 9 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/46956/ASIS_2022.pdf?r=1696356476
7. Arango Montoya C, López Arroyave MX, Marín Ríos J, Colonia Toro A, Bareño Silva J. Parto vaginal exitoso y resultados maternos y perinatales en pacientes con antecedente de cesárea y prueba de trabajo de parto: estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2022 [citado 11 de marzo de 2023];73(4):369-77. Disponible en: <https://doi.org/10.18597/rcog.3874>
8. Soldré TM, Almeida JS de, Alves EM, Pinto KRT da F, Bernardy CCF. Prevalência de parto vaginal após cesárea em uma maternidade de alto risco. *Rev Pesqui* [Internet]. 2021 [citado 11 de marzo de 2023];13:1506-11. Disponible en: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10250/10560>
9. Torreglosa Ruiz M, Dos Santos Campos E, Barbosa Cruz P, Silva Gomes Caetano MS, Carvalho Paschoini M. Parto vaginal após cesárea prévia em um hospital de ensino. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2021 [citado 11 de marzo de 2023];1:2318-8413. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?>
10. Lazarou A, Oestergaard M, Netzl J, Siedentopf JP, Henrich W. Vaginal birth after cesarean (VBAC): fear it or dare it? An evaluation of potential risk factors. *J Perinat Med* [Internet]. 2021 [citado 11 de marzo de 2023];49(7):773-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34432969/>
11. Ybaseta-Soto G, Quijandria-Tataje C, Ybaseta-Soto M, Soto GY. Parto vaginal en gestantes con cesárea previa en un Hospital General de Perú. *Rev méd panacea*

- [Internet]. 2020 [citado 11 de marzo de 2023];9(1):4-12. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/290/419>
12. Castro Bonilla G. Parto vaginal en gestantes con antecedente de una cesárea en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019. [Tesis de especialidad]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2020. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0a841d0a-51d3-41ae-976f-49900b609035/content>
13. Ayma Velasquez DL. Factores predisponentes a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 – 2019 [Tesis de pregrado]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2020. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/1396/Ayma-Velasquez-Diana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Quispe Fernandez NJ, Sánchez Lopez MJ. Tipo de parto y complicaciones materno perinatales en pacientes con cesárea previa: Hospital II Essalud Ayacucho, enero 2017 – JULIO 2019 [Tesis de pregrado]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2020. Disponible en: http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/UNSCH/4007/1/TESIS%20O904_Qui.pdf
15. Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera D, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. Rev. Antropol. Iberoam [Internet]. 2012 [citado 11 de marzo de 2023];7(2):225-47. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4849595&info=resumen&idioma=SPA>

16. Instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. ¿Qué es el trabajo de parto? [Internet]. 2020 [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/trabajo>
17. Stanford Medicine Children´s Health. Trabajo de parto [Internet]. 2023 [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=trabajodeparto-85-P04320>
18. Artal Mittelmark R. Manejo del trabajo de parto normal [Internet]. 2021 [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal?query=Trabajo%20de%20parto>
19. Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat. Cesárea [Internet]. 2007 [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.san.gva.es/documents/151744/512074/Cesarea.pdf>
20. Fiestas Walter JA. Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Médico Naval “CMST” en el periodo julio 2014 – julio 2015 [Tesis de pregrado] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/511/Fiestas_1.pdf?sequence=1
21. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Cesárea [Internet]. 2020 [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>

22. Guevara Ríos E, Sánchez Góngora A, Luna Figueroa AM, Ayala Peralta FD, Mascaró Sánchez PA, Carranza Asmat CA, et al. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. 2018 [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
23. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Consenso Parto vaginal después de una cesárea [Internet]. 2019 [citado 13 de marzo de 2023]; Disponible en: http://www.sogiba.org.ar/images/Parto_Vaginal_despues_de_una_Cesarea_SOGIBA%202019.pdf
24. OPS/OMS | ANEXO I: Glosario [Internet]. [citado 13 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10810:2015-anexo-i-glosario&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
25. Gómez Albornoz DC. Complicaciones maternas y perinatales en parto vaginal con cesárea previa Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2016-2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2018. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3737/gomez_adg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Rotura uterina. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2015 [citado 14 de marzo de 2023];58(6):296-9. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501314002763>

27. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto [Internet]. 2014 [citado 14 de marzo de 2023]; Disponible en: www.who.int/reproductivehealth
28. American Pregnancy Association. Sufrimiento Fetal [Internet]. 2022 [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/labor-and-birth/fetal-distress/>
29. Pinargote Macias JA, Alvarez Osorio MF, Alava Sierra KM, Vines Menéndez CV. Síndrome de distrés respiratorio neonatal. Técnicas ventilatorias. RECIMUNDO [Internet]. 2022 [citado 15 de marzo de 2023];6(2):478-89. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1589>
30. Pons A, Sepúlveda E, Leiva JL, Rencoret G, Germain A. Muerte fetal. Rev Med Clin Conde [Internet]. 2014 [citado 15 de marzo de 2023];25(6):908-16. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-muerte-fetal-S0716864014706388>

CAPÍTULO X: ANEXOS

ANEXO N°1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Incidencia del parto vaginal con antecedente de cesárea y complicaciones en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022

Problema de investigación	Objetivos de la investigación	Hipótesis	VARIABLES	Indicadores	Metodología
¿Cuál es la incidencia del parto vaginal con antecedente de cesárea y complicaciones en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022?	Objetivo General	Hi: La incidencia de parto vaginal con antecedente de cesárea es mayor de 15 casos cada 100 gestantes con antecedente de cesárea y complicaciones < 5% en el hospital regional docente de Cajamarca, 2022. Ho: La incidencia de parto vaginal con antecedente de cesárea es menor de 15 casos	Inciden	$\frac{\text{N}^\circ \text{ gestantes con parto vaginal y antecedente de cesárea previa}}{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con antecedente de cesárea previa}} \times 100$	Tipo y nivel de investigación Observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Población La población estará compuesta por las gestantes con antecedente de una cesárea atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022,
	Determinar la incidencia del parto vaginal con antecedente de cesárea y complicaciones en el hospital regional docente de Cajamarca, 2022.		Complicaciones maternas		

	Objetivos	cada 100 gestantes con antecedente de cesárea y complicaciones \geq 5% en el hospital regional docente de Cajamarca, 2022.		Trabajo de parto prolongado (>14h)	que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Muestra Es un muestreo censal de todas las gestantes que cumplan criterios de inclusión. Técnica, instrumento, análisis y procesamiento de datos Técnica: revisión documental Instrumento: Ficha de recolección de datos Procesamiento de datos: Los datos obtenidos serán registrados en el programa Microsoft Excel – 2016 y procesarlos
	Específicos		Complicaciones perinatales	Ninguna Otros Sufrimiento fetal agudo Trauma obstétrico Síndrome de distrés respiratorio Ingreso a UCIN Apgar bajo a los 5 minutos Óbito fetal Muerte neonatal Líquido meconial Ninguna Otros	
	- Determinar la incidencia del parto vaginal en gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.				
	- Identificar las complicaciones maternas del parto vaginal en gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional				

	<p>Docente de Cajamarca, en el año 2022.</p> <p>- Identificar las complicaciones perinatales del parto vaginal en gestantes con una cesárea previa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2022.</p>				<p>posteriormente mediante el programa SPSS 25.0 para realizar un análisis estadístico descriptivo.</p>
--	--	--	--	--	---

ANEXO N°2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: PREGNANT WOMAN WITH VAGINAL DELIVERY AND HISTORY OF CESAREAN SECTION

Elaborado por Caro Linares Blanca Yadhira, 2023

N° de historia clínica:

N° de ficha:

I. Características generales de gestantes con parto vaginal y antecedente de una cesárea previa

1. Edad:
2. Grado de instrucción:
3. Ocupación:
4. N° de atenciones prenatales:
5. Periodo intergenésico:(años)
6. Edad gestacional (FUR): (semanas)
7. Método de Capurro:(semanas)

II. Complicaciones maternas de gestantes con parto vaginal y antecedente de una cesárea previa

1. Hemorragia posparto Sí () No () Volumen:ml
 - () Atonía uterina
 - () Alumbramiento incompleto
 - () Trastorno de coagulación
 - () Trauma
 - a. Desgarro cervical
 - b. Desgarro vaginal
 - c. Desgarro perineal

d. Ruptura uterina

Intervención quirúrgica:

Transfusiones requeridas:

2. Hematoma vulvar Sí () No ()
3. Muerte materna Sí () No ()
4. Trabajo de parto prolongado: Sí () No () N° de horas:.....
 - Uso de oxitocina: Sí () No ()
5. Ninguna Sí () No ()
6. Otros:

III. Complicaciones perinatales de gestantes con parto vaginal y antecedente de una cesárea previa

1. Sufrimiento fetal agudo Sí () No ()
2. Trauma obstétrico:
 - Fractura de clavícula Sí () No ()
 - Cefalohematoma Sí () No ()
 - Caput succedaneum Sí () No ()
 - Otros:
3. Síndrome de distrés respiratorio Sí () No ()
4. Ingreso a UCIN Sí () No ()
5. Apgar bajo a los 5 minutos Sí () No ()
6. Óbito fetal Sí () No ()
7. Muerte neonatal Sí () No ()
8. Líquido meconial Sí () No ()
9. Ninguna Sí () No ()
10. Otros:

ANEXO N°3

VALIDACIÓN SEGÚN LA PRUEBA DE AYKEN V

PERTINENCIA: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.									
VALIDACION DE JUECES EXPERTOS SOBRE LA PERTINENCIA DE LA FICHA DE RECOLECIÓN DE DATOS: PREGNANT WOMAN WITH VAGINAL DELIVERY AND HISTORY OF CESAREAN SECTION									
S	n	C	N° de Ítem	JUECES				V DE AIKEN	
				1	2	3	4		
4	4	2	1	1	1	1	1	1	
4	4	2	2	1	1	1	1	1	
4	4	2	3	1	1	1	1	1	
							V_{PROM}	1.00	
Codificación: (**)									
A=	1								Se considera valido el instrumento
D=	0								
(**) Codificación del Protocolo de validación de la EPG de la USS.									
RELEVANCIA: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.									
VALIDACION DE JUECES EXPERTOS SOBRE LA RELEVANCIA DE LA FICHA DE RECOLECIÓN DE DATOS: PREGNANT WOMAN WITH VAGINAL DELIVERY AND HISTORY OF CESAREAN SECTION									
S	n	C	N° de Ítem	JUECES				V DE AIKEN	
				1	2	3	4		
4	4	2	1	1	1	1	1	1	
4	4	2	2	1	1	1	1	1	
4	4	2	3	1	1	1	1	1	
							V_{PROM}	1.00	
Codificación: (**)									
A=	1								Se considera valido el instrumento
D=	0								
(**) Codificación del Protocolo de validación de la EPG de la USS.									
CLARIDAD: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es consiso, exacto y directo.									
VALIDACION DE JUECES EXPERTOS SOBRE LA CLARIDAD DE LA FICHA DE RECOLECIÓN DE DATOS: PREGNANT WOMAN WITH VAGINAL DELIVERY AND HISTORY OF CESAREAN SECTION									
S	n	C	N° de Ítem	JUECES				V DE AIKEN	
				1	2	3	4		
4	4	2	1	1	1	1	1	1	
4	4	2	2	1	1	1	1	1	
4	4	2	3	1	1	1	1	1	
							V_{PROM}	1.00	
Codificación: (**)									
A=	1								Se considera valido el instrumento
D=	0								
(**) Codificación del Protocolo de validación de la EPG de la USS.									

ANEXO N°4

FICHAS DE VALIDACIÓN SEGÚN AYKEN

Observaciones (precisar si hay suficiencia): *En la descripción Maternal consignar NPT en Uterina / Ovarios Dominios*
 Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []
 Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg: *Parinas Wong, Carlos* DNI: *09583065*
 Especialidad del validador: *Ginecología Obstetra*
 de del 2024

- ¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 - ² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructor.
 - ³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
- Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

[Firma]
 Dr. Carlos Alvarado Wong
 Ginecología y Obstetricia
 C.M.P. 36199131 26617
 Firma del Experto Informante

Observaciones (precisar si hay suficiencia):
 Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []
 Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg: *Santiago Diaz Ruiz* DNI: *09432790*
 Especialidad del validador: *Ginecología Obstetra*
 de del 2024

- ¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 - ² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructor.
 - ³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
- Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

[Firma]
 DR. SANTIAGO DIAZ RUIZ
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
 C.M.P. 36199131 26617
 Firma del Experto Informante

Observaciones (precisar si hay suficiencia):
 Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []
 Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg: *Cristian Rodriguez Castañeda* DNI: *41699679*
 Especialidad del validador: *Ginecología y obstetricia*
 de del 2024

- ¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 - ² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructor.
 - ³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
- Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

[Firma]
 GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
 INSTITUTO REGIONAL DE INVESTIGACIONES DE CAJAMARCA
 DR. CRISTIAN RODRIGUEZ CASTAÑEDA
 Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia
 C.M.P. 36199131 26617
 Firma del Experto Informante

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg: *Villas Cambres, Oscar* DNI: *06264325*

Especialidad del validador: *Gineco Obstetra*

07 de *02* del 2024

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructor.

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

[Firma]
Dr. Oscar Villar Escobedo
Gineco/Obstetra
CUP 25385 RNE 1558P

Firma del Experto Informante