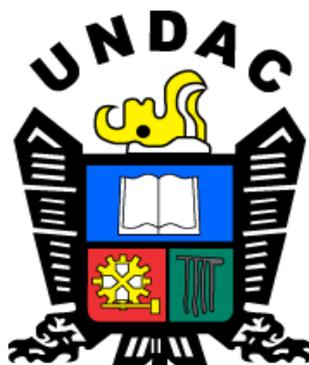


UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



T E S I S

**Factores asociados al éxito del parto vaginal después de una
cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina
Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023
– La Merced.**

**Para optar el título profesional de:
Médico Cirujano**

Autor:

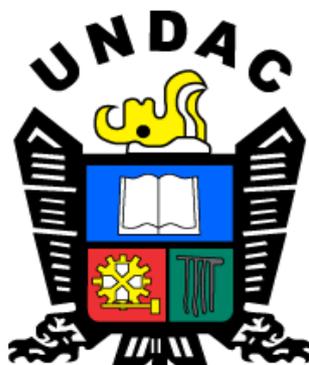
Bach. Geraldine Lucero SEGURA ATACHAGUA

Asesor:

Dr. Marco Aurelio SALVATIERRA CELIS

Cerro de Pasco- Perú – 2024

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



T E S I S

**Factores asociados al éxito del parto vaginal después de una
cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina
Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023
– La Merced.**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Mg. Dolí luz PAREDES INOCENTE
PRESIDENTE

Mg. Miguel Ángel VENTURA JANAMPA
MIEMBRO

Mg. Jorge BERROSPI FELICIANO
MIEMBRO

 PERÚ	 Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión	VICERRECTORADO ACADÉMICO	FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DECANATO Unidad de Investigación
---	---	-------------------------------------	---

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 000017-2024-UNDAC-D/UI-FMH

La Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión ha realizado el análisis con exclusiones en el Software de similitud **Turnitin Similarity**, que a continuación se detalla:

Presentado por:

Bach. SEGURA ATACHAGUA, GERALDINE LUCERO

Escuela de Formación Profesional
MEDICINA HUMANA

Tipo de Trabajo:

TESIS

Título del Trabajo:

Factores asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced

Asesor: Dr. Marco Aurelio SALVATIERRA CELIS

Índice de Similitud: **22%**

Calificativo

APROBADO

Se adjunta al presente el informe y el reporte de evaluación del software similitud.

Cerro de Pasco, 14 de noviembre de 2024



Firmado digitalmente por PUJAY
CRISTOBAL Oscar Eugenio FAU
20154605046 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 29.11.2024 14:54:01 -05:00

Jefe de la Unidad de Investigación - FMH

DEDICATORIA

A DIOS PADRE, con su infinito amor me ilumina y ayuda
a vencer todos los obstáculos en este camino para cumplir mis metas propuestas.

A MIS PADRES, Jorge segura Vargas y María Atachagua Canta con su abnegación,
cariño y apoyo que mi brindan para alcanzar mis metas como persona y profesional.

A MIS MAESTROS, con su enseñanza por haberme guiado en este proyecto, en base
a su experiencia y sabiduría ha sabido direccionar mis conocimientos

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios que me da la fuerza espiritual cada día, para así lograr alcanzar cada meta que me he propuesto.

A mis padres SEGURA VARGAS, Jorge y ATACHAGUA CANTA, María quienes han dedicado gran parte de su vida a cuidar motivarme para lograr mis metas. Puedo decir que me siento muy orgullosa de ser su hija pues son mi ejemplo a seguir, por luchar cada día y guiarme por un buen camino, espero seguir adelante todos los días de mi vida para de esta manera hacer que se sientan cada vez más orgullosos de mí.

A mis hermanos Andrea, Jorge, Jessica, Félix y Jaime por enseñarme a que debo luchar por lo que quiero, las cosas no llegan solas si yo no hago un esfuerzo por conseguirlas, también me han enseñado a valorar todo lo que tengo. Los Amo y muchísimo agradecida infinitamente por tan solo el hecho de existir y estar a mi lado en todo momento apoyándome, guiándome, aconsejándome y brindarme su cariño sin esperar nada a cambio.

Además, muchas gracias a mis Maestros por, sus consejos y regaños los que fueron importantes para mi formación al gran Maestro DOC. Villanueva García Fernando, por sus consejos y apoyo más que un gran maestro un gran amigo por sus consejos que me ayudaron mucho. Al DOC. Martina Marco por sus consejos y aliento al Doc. Ore gran maestro que me motivo a seguir esta hermosa profesión

Al Hospital Regional de Medicina Tropical "Dr. Julio Cesar De Marini Caro que nos abrió las puertas para ayudarnos en la formación académica y realizar este proyecto de tesis

Agradezco A mi mascota "princesa" por las noches de desveló que sirvieron para que no me rindiera me acompañó toda la carrera gracias por su compañía de mi fiel amiga

RESUMEN

Introducción. al proceso en el que una mujer que ya ha tenido una cesárea intenta dar a luz a su próximo bebé por vía vaginal. El objetivo fue determinar que factores se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced. **Material y métodos.** Se examinaron 31 historias clínicas de que ya ha tenido una cesárea y tuvo a su próximo bebé por vía vaginal, obteniéndose de archivos de estadística, con autorización del consentimiento informado del paciente durante el año 2023. Se evaluó factores obstétricas y fetales aplicándose prueba no paramétrica de chi 2. El estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal y retrospectivo. **Resultados.** el 67,7% tuvo parto vaginal con cesárea previa con éxito y el 32,3% lo tuvo sin éxito, se aplicó una significancia considerando un p valor de 0,05 y un nivel de confianza de 95%- En el presente estudio en relación a los factores obstétricos existe significancia estadística con periodo intergenésico prolongado y el control prenatal adecuado, el tipo de parto y el tratamiento psicoprofiláctico, tratamientos psicoprofilácticos no teniendo asistencia en el parto de gestantes. Los factores fetales que estuvieron asociados con la condición de nacidos vivos del feto con una presentación cefálica y posición occipucio anterior. No se encontró asociación con la edad gestacional, peso del feto al nacer y la edad de las gestantes. **Conclusiones.** De los factores obstétricos y fetales analizados en el presente estudio, solo alguno de ellos tuvo asociación con el parto vaginal con cesárea previa.

Palabras claves: gestantes, factores obstétricas y fetales, parto vaginal, cesárea previa

ABSTRACT

Introduction. to the process in which a woman who has already had a cesarean section attempts to deliver her next baby vaginally. The objective was to determine which factors are associated with the success of vaginal delivery after cesarean section in pregnant women at the Regional Hospital of Tropical Medicine Dr. Julio Cesar Demarini Caro during the period 2023 - La Merced. **Material and methods.** Thirty-one clinical histories of those who have already had a cesarean section and intend to give birth to their next baby vaginally were examined, obtained from statistical files, with authorization of the patient's informed consent during the year 2023. The study was quantitative, non-experimental, descriptive, cross-sectional, retrospective and non-parametric chi 2 test was applied to evaluate obstetric and fetal factors. **Results.** 67.7% had a successful vaginal delivery with previous cesarean section and 32.3% had an unsuccessful delivery, a significance was applied considering a p value of 0.05 and a confidence level of 95%. In the present study, in relation to obstetric factors, there was statistical significance with prolonged inter-gestational period and adequate prenatal control, type of delivery and psychoprophylactic treatment, psychoprophylactic treatments not having assistance in the delivery of pregnant women. The fetal factors that were associated with the live birth condition of the fetus had a cephalic presentation and anterior occiput position. No association was found with gestational age, fetal birth weight and the age of the pregnant women. **Conclusions.** Of the obstetric and fetal factors analyzed in the present study, only one was associated with vaginal delivery with previous cesarean section.

Key words: pregnant women, obstetric and fetal factors, vaginal delivery, previous cesarean section.

INTRODUCCION

El parto vaginal después de una cesárea (PVDC) se refiere al proceso en el que una mujer que ya ha tenido una cesárea intenta dar a luz a su próximo bebé por vía vaginal. Este enfoque se considera por varias razones, incluido el deseo de evitar los riesgos asociados con múltiples cesáreas y experimentar un parto vaginal. Sin embargo, la decisión de intentar un PVDC implica una consideración cuidadosa de varios factores maternos y fetales para garantizar la seguridad y el éxito.

El PVDC puede ser una opción viable para muchas mujeres, conlleva mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna y neonatal graves en comparación con las cesáreas repetidas electivas. La decisión debe tomarse con cuidado, teniendo en cuenta los factores individuales de la paciente y los mayores riesgos asociados con el PVDC.

La identificación de pacientes con un parto por cesárea previo también ha encontrado una mayor tasa de intervenciones que significativamente ha estado relacionada con un incremento en la morbilidad en la madre y el recién nacido que aquellas que alcanzaron partos vaginales

En los años 1980 y 1990 se incrementó la popularidad de los partos vaginales en pacientes con cesárea anterior, provocando, en 1995, reconsiderar este paradigma en EE UU. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología declaró que "una mujer con cesárea anterior debería ser aconsejada a intentar un parto vaginal"⁽¹⁻⁵⁾. Estos cambios en el manejo favorecieron el incremento de la tasa de partos vaginales en cesáreas anteriores de 5% en 1985 a 28,3.

En el Perú existe limitada literatura en cuanto a datos epidemiológicos en cuanto a partos vaginales en cesarías anteriores. El presente estudio abordó la asociación de factores asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced, relacionando factores ginecológicos y fetales, encontrando que algunos de estos se asociaban parto vaginal después de una cesárea.

INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION	
INDICE	

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y determinación del problema	1
1.2. Delimitación de la investigación	3
1.3. Formulación del problema.....	3
1.3.1. Problema general	3
1.3.2. Problemas Específicos	3
1.4. Formulación de objetivos	4
1.4.1. Objetivo general.....	4
1.4.2. Objetivos Específicos.....	4
1.5. Justificación de la investigación	4
1.6. Limitaciones de la investigación.....	5

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio	6
2.1.1. En el ámbito Internacional	6
2.1.2. En el ámbito Nacional.....	9
2.1.3. En el ámbito Local	11
2.2. Bases teóricas - científicas	12
2.2.1. Cesárea.....	12
2.2.2. Parto vaginal.....	15

2.2.3. Parto vaginal exitoso con antecedente de cesárea previa	20
2.3. Definición de términos básicos	23
2.4. Formulación de hipótesis	24
2.4.1. Hipótesis general	24
2.4.2. Hipótesis específica	24
2.5. Identificación de variables	24
2.6. Definición operacional de variables e indicadores	26

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de Investigación	29
3.2. Nivel de investigación	29
3.3. Método de investigación	29
3.4. Diseño de investigación	29
3.5. Población y muestra	30
3.5.1. Población	30
3.5.2. Muestra	30
3.6. Técnicas e instrumento de recolección de datos	30
3.6.1. Instrumentos	30
3.6.2. Técnicas de recolección de datos	30
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	31
3.8. Tratamiento estadístico	31
3.9. Orientación ética filosófica y epistémica	31

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo	32
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados	33
4.3. Prueba de hipótesis	48
4.4. Discusión de resultados	57

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según periodo intergenésico en gestantes atendidas en el hospital de la Merced.....	33
Tabla 2: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según control preenatal intergenésico en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	34
Tabla 3: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según parto asistido en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	36
Tabla 4: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según procedimiento psicofiláctico en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	37
Tabla 5: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según condición del feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	39
Tabla 6: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según condición de presentación de feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced.....	40
Tabla 7: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según posición de feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	42
Tabla 8: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según edad gestacional en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	43
Tabla 9: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según peso de feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	45
Tabla 10: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según grupo etario de gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	46
Tabla 11: Estadístico de Kolmogorov-Smirnov de prueba de normalidad de variables del estudio	48
Tabla 12: Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y el periodo intergenésico en gestantes	48
Tabla 13: Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y el control prenatal gestantes.....	49

Tabla 14: Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y asistencia en el parto de gestantes.....	50
Tabla 15: Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y el tratamiento psicoprofiláctica en gestantes	51
Tabla 16: Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y la condición del feto al nacer en gestantes	52
Tabla 17: Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y presentación del feto al nacer en gestantes.....	53
Tabla 18: Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y la posición del feto al nacer en gestantes	54
Tabla 19: Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y la edad gestacional en gestantes.....	55
Tabla 20: Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y el peso al nacer del feto en gestantes	56
Tabla 21: Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y el grupo etario de gestantes	57

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según periodo intergenésico en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	34
Gráfico 2: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según control prenatal en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	35
Gráfico 3: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según parto asistido en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	37
Gráfico 4: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según procedimiento en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	38
Gráfico 5: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según condición de feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	40
Gráfico 6: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según condición de presentación de feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced.....	41
Gráfico 7: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según posición de feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	43
Gráfico 8: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según edad gestacional en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	44
Gráfico 9: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según peso de feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	46
Gráfico 10: Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según grupo etario de gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced	47

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y determinación del problema

El parto vaginal está asociado a un menor riesgo de complicaciones para la madre en comparación con la cesárea además que la recuperación suele ser más rápida y menos dolorosa; así también el parto vaginal puede tener beneficios para el bebé, como una menor incidencia de problemas respiratorios y una mejor adaptación al ambiente extrauterino. Sin embargo, en algunos casos, la cesárea puede ser necesaria por razones médicas para proteger la salud de la madre y el bebé.

El parto vaginal después de una cesárea es una opción para algunas mujeres que han tenido una cesárea previa y desean intentar un parto vaginal en embarazos posteriores. a nivel individual se asocia con una menor morbilidad materna y un menor riesgo de complicaciones en embarazos futuros, a nivel poblacional también se asocia con una disminución en la tasa general de partos por cesárea.

El éxito del parto vaginal después de una cesárea puede estar asociado a una serie de factores, que pueden variar según las circunstancias individuales de cada mujer y cada embarazo. (Hernandez J. Mir E. Peinado R. Villalba L. Jimenez T. Azon E., 2017)

Entre los factores gineco-obstétricos que podrían estar asociados al parto vaginal exitoso con antecedentes de cesárea previa, según estudios anteriores encontramos:

El periodo intergenésico con un intervalo de 18 a 24 meses (o más) entre la cesárea previa y el siguiente embarazo aumenta las probabilidades de un parto vaginal exitoso (Zavala-García, et al., 2018). El antecedente de parto vaginal, ya que una mujer que ha tenido un parto vaginal anterior ha demostrado que su pelvis y canal de parto son adecuados para un parto vaginal (Arango-Montoya, C., López-Arroyave, M. X., Marín-Ríos, J., Colonia-Toro, A., & Bareño-Silva, J., 2022). Esto aumenta la confianza en su capacidad para lograr un un parto vaginal exitoso. Un control prenatal de calidad, iniciado tempranamente podría aumentar las probabilidades de un resultado exitoso y seguro para la madre y el bebé Ayma D. (2020). La psicoprofilaxis podría desempeñar un papel importante para lograr un parto vaginal exitoso después de una cesárea previa Castillo L. (2017). Existen estudios en los cuales se determina que la forma de inicio de parto espontáneo se asocia con mayores tasas de éxito en comparación con la inducción (Arango-Montoya, C., López-Arroyave, M. X., Marín-Ríos, J., Colonia-Toro, A., & Bareño-Silva, J., 2022) (Monterde E. Ferrer P. Parra J. López M., 2019)

Entre los factores fetales el peso del recién nacido es uno de los factores importantes que se deben considerar para determinar las posibilidades de éxito de un parto vaginal después de una cesárea previa (Hernandez J. Mir E. Peinado R. Villalba L. Jimenez T. Azon E., 2017), también la presentación y posición fetal (Martin Bragado, M. S., 2016), así como la edad gestacional (Rondon M. Torres D. Mejia J. Reyna N. Fernandez A. Rotta E. Reyna E., 2023)

En el Perú, específicamente en la provincia de Chanchamayo en la ciudad de la Merced no existen estudios que abarquen el tema, por ello se planteó el siguiente problema:

¿Cuáles son los factores que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced?

1.2. Delimitación de la investigación

- Delimitación espacial: Los datos requeridos para la investigación del presente estudio se obtendrán de las historias clínicas del periodo 2023 del servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro, la Merced.
- Delimitación social: la unidad de análisis lo conformarán las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro.
- Delimitación temporal: la presente investigación se realizará en los meses octubre 2023 - abril 2024.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

- ¿Cuáles son los factores que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced?
- ¿Cuáles son los factores fetales que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional

de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

- Determinar que factores se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores gineco-obstétricos que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced.
- Identificar los factores fetales que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced.

1.5. Justificación de la investigación

La elección entre el parto vaginal y la cesárea después de una cesárea previa debe basarse en una evaluación de todos los factores, teniendo en cuenta los riesgos y beneficios de cada opción en el contexto específico de cada mujer y su embarazo.

Esta investigación puede ayudar a identificar los factores asociados al parto vaginal exitoso después de una cesárea previa y así ayudar a mejorar la atención prenatal, informar a las mujeres sobre sus opciones de parto, reducir el riesgo de complicaciones, reducir las tasas de cesárea innecesaria y optimizar los resultados maternos y neonatales.

En la actualidad no se cuentan con investigaciones realizadas en la Región de estudio.

1.6. Limitaciones de la investigación

El presente estudio tendrá algunas limitantes durante el proceso de ejecución como:

- Disponibilidad de datos: Obtener datos clínicos relevantes para la investigación puede ser difícil. La recopilación de información sobre la historia clínica puede ser limitada por la disponibilidad de registros médicos completos y precisos.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio

2.1.1. En el ámbito Internacional

- a) Revista Ginecología y Obstetricia de México (2023), Martines E. Zetuna J. Quesnel C. En su estudio: Factores asociados con el éxito de una prueba de trabajo de parto después de cesárea (TOLAC) sin antecedente de parto. Esta investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados con una prueba de trabajo de parto después de una cesárea exitosa en mujeres sin antecedente de parto previo. A través de un estudio observacional de casos y controles, longitudinal, retrospectivo y analítico efectuado en pacientes atendidas entre el 2017 y 2020 en el Hospital Ángeles Lomas, con embarazo único de más de 37 semanas, con una prueba de trabajo de parto, con una cesárea previa y sin parto previo. Llegaron a la conclusión de que un índice de masa corporal menor, un trabajo de parto espontáneo y una mayor dilatación al ingreso se asociaron, significativamente, con una prueba exitosa de trabajo de parto después de cesárea. La integridad de las membranas, la duración de la prueba y el peso al nacer no tuvieron diferencias significativas

entre los grupos (Martinez Villafaña, E. Zetuna Bagatella, J. Z. Quesnel Garcia Benitez, C. A., 2023)

- b) Sociedad de obstetricia y ginecología (2019), Almada R. Aguilera E. Campos J. Fiameni F. Luca R. Mezzabotta L. Presta E. Realizaron un consenso en base a búsquedas bibliográficas, guías, normas, protocolos de sociedades científicas de especialidad sobre: Parto vaginal después de una cesárea. El objetivo de este consenso fue proporcionar a los obstetras, efectores de salud, embarazadas y al público en general un informe basado en la evaluación de la mejor evidencia disponible hasta el momento sobre el parto vaginal después de una cesárea. Encontraron que hay factores asociados a un parto vaginal exitoso después de una cesárea anterior, dentro de los que se encuentran el propio antecedente de parto vaginal, etnia, edad materna, inicio espontáneo del trabajo de parto y peso fetal. Otros sugieren factores asociados al fracaso de la prueba de parto, como son, principalmente el periodo intergenésico corto y las comorbilidades maternas. El éxito del parto vaginal después de una cesárea depende de características demográficas y obstétricas. Encontraron que en la mayor parte de las guías aprueba la planificación del parto vaginal después de una cesárea para un gran porcentaje de mujeres que presenten un embarazo único con feto en presentación cefálica, de 37 semanas de gestación o más, con una cesárea anterior segmentaria, con o sin historia de un parto vaginal previo (Almada R. Aguilera E. Campos J. Fiameni F. Luca R. Mezzabotta L. Presta E., 2019)
- c) Universidad de Valladolid (2016), Trabajo de fin de grado realizado por San Martin M. Parto vaginal tras cesárea. realizó un estudio observacional descriptivo de los partos acontecidos en el Hospital

Clínico Universitario de Valladolid durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2015; llegando a la conclusión de que el hecho de haberse sometido con anterioridad a una cesárea no es indicativo de la realización de otra cesárea en embarazos posteriores. Se ha visto una tasa de éxito del 46,9% de las pacientes con cesárea previa, incluyendo en este porcentaje todos los partos vaginales ya sean inducidos, espontáneos, instrumentados o eutócicos, con respecto a las complicaciones que más se vieron en estas pacientes, rotura uterina y dehiscencia de la cicatriz anterior, observamos tan solo 1 caso de cada una, lo cual es el 0,6% de incidencia, con respecto a los riesgos en el recién nacido no encontró datos estadísticamente significativos (Martin Bragado, M. S., 2016)

- d) Revista Ginecología y Obstetricia de México (2015), Quesnel C. Lopez M. Monzalbo D. En su estudio: Parto después de cesárea ¿una opción segura?. Esta investigación tuvo como objetivo comparar el inicio y evolución del trabajo de parto, analizar las variables: Características demográficas, resultados obstétricos y perinatales de las pacientes con parto después de cesárea. A través de un estudio observacional, retrospectivo y retrolectivo. Llegaron a la conclusión de que el parto después de cesárea reveló ser un método seguro, que debe ofrecerse a todas las mujeres con una incisión transversal baja, periodo intergenésico mayor de 18 meses, y que estén cursando un embarazo único, en presentación cefálica, con adecuado peso fetal y sin complicaciones obstétricas que impidan el parto (García C. Lopez M. Monzalbo D., 2015)
- e) Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (2014), Tesis de posgrado realizado por Sepulveda D. Factores predictivos

de éxito para parto vaginal después de una cesárea previa en mujeres atendidas en el Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad. Esta investigación tuvo como objetivo identificar factores predictivos de éxito para parto vaginal en pacientes con cesárea previa y embarazo a término; mediante un estudio correlacional retrospectivo; llegando a la conclusión que la actividad uterina espontánea, el antecedente de partos previos y el peso fetal menor de 3253 gr al nacimiento son factores predictivos de éxito para parto vaginal en pacientes con cesárea previa (Sepulveda Mendoza, D. L., 2014)

2.1.2. En el ámbito Nacional

- a) Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Lima (2023), Proyecto de investigación de posgrado realizado por Gallardo A. Factores asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea en gestantes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo julio 2020- junio 2021. Esta investigación tuvo como objetivo evaluar los factores asociados al éxito de las pacientes cesareadas anteriores sometidas a prueba de parto vaginal; mediante un estudio descriptivo, explicativo, retrospectivo; Se utilizará la prueba estadística Chi Cuadrado, se catalogará asociación significativa de encontrarse una probabilidad para errar inferior a 5% ($p < 0.05$). Se obtendrá el odds ratio de cada factor, así como el cálculo del intervalo de confianza al 95% y el análisis multivariado con regresión logística (Gallardo, A., 2023)
- b) Universidad Privada de Tacna (2020), Tesis de pregrado realizado por Ayma D. Factores predisponentes a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 – 2019. Esta investigación tuvo como objetivo Identificar los factores

predisponentes a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017–2019.; mediante un estudio de tipo observacional, retrospectivo, analítico; llegando a la conclusión de que los factores materno-perinatales con asociación al éxito de parto vaginal con una cesárea previa son: edad materna menor de 35 años, edad gestacional entre 37 a 39 semanas, antecedentes de parto vaginal después de una cesárea, multiparidad, periodo intergenésico mayor a 5 años, control prenatal adecuado, dilatación cervical mayor o igual a 4 cm al ingreso y peso del recién nacido menor a 4000 gr (Ayma D., 2020)

- c) Universidad Peruana Cayetano Heredia - Lima (2017), Tesis de posgrado realizado por Castillo L. Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa. Esta investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados que favorecen el parto vaginal en gestantes a término con cesárea previa, comparar complicaciones maternas y resultados perinatales; mediante un estudio de tipo cohorte observacional, analítico retrospectivo; llegando a la conclusión de que el antecedente de 3 o más partos vaginales es el factor más importante de parto vaginal en cesárea previa, seguido de antecedente de 2 partos vaginales, antecedente de 1 parto vaginal, peso fetal menor 4000gr al momento del parto, edad gestacional menor de 41 semanas, psicoprofilaxis y membranas integrales al inicio del trabajo de parto (Castillo L., 2017)
- d) Revista Universidad Alas Peruanas (2017), artículo realizado por Caldas M. Carrión C. Factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa en la Clínica Particular CORI GYN, distrito los Olivos 2015. Esta investigación tuvo como objetivo determinar los factores para la decisión del parto vaginal en mujeres

con cesárea previa atendidas en la Clínica Particular CORI GYN; mediante un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo; llegando a la conclusión de que 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%) (Caldas Herrera, M. y Carrión Barreto, C. C., 2016)

- e) Universidad Nacional del Centro del Perú – Huancayo (2017). Tesis de pregrado realizado por Liberato C. Melchor J. Parto vaginal después de una cesárea previa. Hospital “San Bartolomé” Lima (Perú) 2013. Esta investigación tuvo como objetivo identificar los factores pronóstico y tasa de éxito para un parto vaginal en gestantes con cesárea previa y comparar los factores asociados en relación al parto actual en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño “San Bartolomé” en el periodo 2013. Llegando a la conclusión de que la tasa de éxito fue 68,6 %. Los factores de pronóstico identificados para el parto vaginal fueron: a) contracciones uterinas normales, b) membranas rotas al ingreso, c) trabajo de parto espontáneo, d) Bishop > 6, e) gestaciones > 3, f) peso del recién nacido, g) edad materna. No encontramos complicaciones maternas como ruptura uterina. En el recién nacido se encontró Apgar > 7 al 1' y 5'. Los periodos intergenesicos > 7 años terminaron en cesárea (Liberato C. Melchor J., 2015)

2.1.3. En el ámbito Local

No se encontraron estudios.

2.2. Bases teóricas - científicas

2.2.1. Cesárea

Una cesárea es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se practica una incisión en el abdomen y el útero de la madre para extraer al bebé.

El parto por cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos mayores más comunes que se realizan en un quirófano. Los nacimientos por cesárea representan casi un tercio de los nacimientos a nivel mundial, es un procedimiento común en muchos países del mundo y, en general, la tasa está aumentando. Las preocupaciones sobre el aumento de la tasa han llevado a las organizaciones médicas a sugerir posibles intervenciones para reducir la tasa de procedimientos innecesarios, como educación, estandarización, mejor preparación para el parto. Existe cierta evidencia de que la implementación de un enfoque multifacético para apoyar el parto vaginal puede ser eficaz para reducir los partos por cesárea en embarazos nulíparos, a término, únicos y de vértice.

2.2.1.1. Incidencia

La incidencia mundial de cesáreas ha ido aumentando en las últimas décadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de cesáreas recomendada para una población es del 10 al 15%. Sin embargo, muchos países han superado estas recomendaciones y han experimentado tasas de cesáreas mucho más altas.

La incidencia de cesáreas varía significativamente según la región y el país. Algunos países tienen tasas de cesáreas muy altas, mientras que otros tienen tasas más bajas. Por ejemplo, en muchos países de América Latina, como Brasil, la tasa de cesáreas puede superar el 50%, mientras que en países africanos la tasa puede ser considerablemente más baja.

La incidencia de cesáreas en Perú ha aumentado en las últimas décadas, como parte de una tendencia global hacia tasas más altas de este procedimiento. Sin embargo, las cifras específicas pueden variar según la región y el contexto socioeconómico.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de Perú, la tasa de cesáreas en el país ha aumentado considerablemente en los últimos años. Por ejemplo, según el último informe de nacimientos del INEI publicado en 2019, el 42.8% de los partos en Perú fueron cesáreas. Esto muestra un aumento significativo en comparación con años anteriores.

Este aumento en la tasa de cesáreas en Perú refleja tendencias globales y puede atribuirse a una serie de factores, como cambios en las prácticas médicas, avances tecnológicos, preferencias de los pacientes, acceso limitado a atención prenatal de calidad, entre otros. Sin embargo, el aumento excesivo de las tasas de cesáreas también ha generado preocupaciones sobre los riesgos asociados con este procedimiento y la necesidad de garantizar que las cesáreas se realicen solo cuando sean médicamente necesarias.

Es importante tener en cuenta que las tasas de cesáreas pueden variar entre diferentes regiones dentro de Perú, y pueden estar influenciadas por factores como la disponibilidad de servicios de salud, la capacitación y prácticas de los proveedores de atención médica, y las preferencias culturales y socioeconómicas de las mujeres.

2.2.1.2. Indicaciones de Cesárea

El parto por cesárea se realiza cuando el médico y/o la paciente creen que es probable que el parto abdominal proporcione un mejor resultado materno y/o fetal que el parto vaginal (Berghella V., 2024)

Las tres indicaciones más comunes para el parto por cesárea:

- Falta de progreso durante el trabajo de parto.
- Estado fetal poco tranquilizador.
- Mala presentación fetal.

Las indicaciones menos comunes para el parto por cesárea primaria incluyen:

- Placentación anormal.
- Infección materna con riesgo significativo de transmisión perinatal durante el parto vaginal.
- Algunas diátesis hemorrágicas fetales.
- Presentación funica (cordón) o prolapso del cordón.
- Sospecha de macrosomía.
- Obstrucción mecánica del parto vaginal.
- Ruptura uterina.
- Cirugía uterina transmiometrial extensa previa, como algunas miomectomías y cirugías reconstructivas utilizadas para reparar anomalías uterinas congénitas.

2.2.1.3. Contraindicaciones

No existen contraindicaciones absolutas para el parto por cesárea. A diferencia de otros tipos de cirugía, los riesgos y beneficios del procedimiento se consideran aplicables a dos pacientes (madre y feto). Sin embargo, muchas personas embarazadas tienen poca tolerancia a aceptar cualquier riesgo fetal por parto vaginal, independientemente de los riesgos maternos asociados con el parto por cesárea.

2.2.1.4. Complicaciones

Las principales complicaciones relacionadas con el parto por cesárea son la infección del sitio quirúrgico, particularmente las

complicaciones de las heridas superficiales; hemorragia; lesión de órganos pélvicos; y tromboembolismo. El riesgo de morbilidad materna grave es generalmente mayor después de una cesárea no planificada durante el parto que después de una cesárea programada antes del parto. El parto por cesárea en la segunda etapa del parto se asocia generalmente con una mayor morbilidad materna compuesta que la cesárea en la primera etapa del parto.

2.2.2. Parto vaginal

El parto vaginal es el proceso natural de dar a luz a un bebé a través del canal del parto, también conocido como canal vaginal. Durante el parto vaginal, el bebé pasa por la pelvis materna y sale al mundo exterior a través de la vagina (Funai E. Norwitz E., 2014)

2.2.2.1. Incidencia:

La incidencia del parto vaginal varía según la región y el contexto socioeconómico, pero en general, el parto vaginal es el método más común de dar a luz en todo el mundo. La mayoría de las mujeres experimentan un parto vaginal cuando dan a luz de forma natural.

En países desarrollados con acceso a atención médica de calidad, la gran mayoría de los partos son vaginales. Sin embargo, la tasa de partos vaginales puede verse afectada por una variedad de factores, como las prácticas médicas locales, las preferencias culturales y personales de las mujeres, y la disponibilidad de opciones de parto en el sistema de salud.

En Perú, al igual que en muchos otros países, el parto vaginal es el método más común de dar a luz. Sin embargo, las tasas específicas pueden variar según la región, el contexto socioeconómico y las prácticas de atención médica locales.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de Perú, la mayoría de los partos en el país son vaginales. Sin embargo, no hay cifras exactas disponibles sobre la incidencia específica de partos vaginales en Perú.

2.2.2.2. Indicaciones de Parto vaginal

Las indicaciones para un parto vaginal pueden variar según las circunstancias médicas individuales de cada mujer y su bebé, así como las prácticas médicas y las preferencias personales. Aquí hay algunas indicaciones comunes para el parto vaginal:

- Embarazo de bajo riesgo: Las mujeres que tienen embarazos sin complicaciones médicas significativas pueden ser candidatas para un parto vaginal. Esto incluye mujeres con embarazos a término, bebés en posición cefálica (cabeza hacia abajo) y sin problemas médicos que requieran intervenciones especiales.
- Inicio espontáneo del trabajo de parto: Cuando el trabajo de parto comienza espontáneamente y progresa adecuadamente, esto puede ser una indicación para un parto vaginal. Las contracciones regulares que conducen a la dilatación cervical suelen ser un signo de que el cuerpo está preparado para dar a luz vaginalmente.
- Presentación cefálica del feto: La presentación cefálica, donde la cabeza del bebé está hacia abajo en el canal del parto, es una indicación importante para el parto vaginal. Esta posición facilita el paso del bebé a través de la pelvis materna durante el parto.
- Historial obstétrico favorable: Las mujeres que han tenido partos vaginales previos exitosos, especialmente si no han tenido complicaciones significativas, pueden ser consideradas candidatas para futuros partos vaginales.

- **Preferencia de la madre:** La preferencia personal de la mujer es una consideración importante en la decisión del tipo de parto. Si una mujer prefiere un parto vaginal y no hay contraindicaciones médicas significativas, puede ser una indicación suficiente para intentar un parto vaginal.
- **Beneficios potenciales para la madre y el bebé:** El parto vaginal puede tener una serie de beneficios para la madre y el bebé, como un tiempo de recuperación más corto, menos riesgo de complicaciones quirúrgicas y una transición más fácil a la lactancia materna.

2.2.2.3. Contraindicaciones

Las contraindicaciones para el parto vaginal son aquellas situaciones en las que dar a luz vaginalmente podría representar un riesgo significativo para la madre o el bebé. Estas contraindicaciones pueden variar según las circunstancias médicas individuales de cada mujer y su bebé, y pueden incluir:

- **Cesárea previa con cicatriz uterina clásica:** Las mujeres con una cesárea previa con una incisión clásica en el útero (vertical) pueden tener un riesgo aumentado de rotura uterina durante un parto vaginal, especialmente si intentan un parto vaginal después de una cesárea. Sin embargo, en algunos casos, las mujeres con cesáreas anteriores pueden ser candidatas para un parto vaginal dependiendo de varios factores, como el tipo de incisión uterina anterior y la razón de la cesárea previa.
- **Presentación anormal del feto:** Cuando el bebé no está en posición cefálica (cabeza hacia abajo) al final del embarazo, el parto vaginal puede no ser seguro y puede requerir una cesárea. Esto incluye

situaciones en las que el bebé está en posición podálica (nalgas hacia abajo), transversa (de lado) o con la cabeza alta.

- Problemas de salud materna: Algunas condiciones médicas de la madre pueden hacer que el parto vaginal sea peligroso o poco recomendable. Esto puede incluir trastornos de coagulación sanguínea, enfermedades cardíacas graves, hipertensión arterial no controlada, entre otros.
- Problemas de salud fetal: Cuando se detectan problemas de salud significativos en el feto, como sufrimiento fetal agudo, anomalías congénitas graves o restricción del crecimiento fetal severa, puede ser necesario optar por una cesárea para minimizar el riesgo de complicaciones.
- Placenta previa: Cuando la placenta se implanta en la parte inferior del útero y cubre total o parcialmente el cuello uterino, puede representar un riesgo significativo de hemorragia durante el parto vaginal. En estos casos, se suele recomendar una cesárea.
- Prolapso de cordón umbilical: Cuando el cordón umbilical se desprende y queda atrapado entre el feto y la pelvis materna, puede comprimirse durante el parto vaginal, lo que puede provocar una disminución del suministro de oxígeno al bebé y requerir una cesárea de emergencia.

2.2.2.4. Complicaciones

El parto vaginal, aunque es un proceso natural y fisiológico, puede estar asociado con varias complicaciones, tanto para la madre como para el bebé. Es importante destacar que la mayoría de los partos vaginales son seguros y sin complicaciones, pero es crucial estar consciente de los posibles riesgos. Algunas complicaciones del parto vaginal incluyen:

- Desgarros perineales: Durante el parto vaginal, es posible que se produzcan desgarros en el perineo, la zona entre la vagina y el ano. Estos desgarros pueden ser de diferentes grados de severidad y pueden requerir suturas para su reparación.
- Episiotomía: En algunos casos, se realiza una incisión quirúrgica en el perineo para ampliar la abertura vaginal y facilitar el paso del bebé durante el parto. Esta incisión, conocida como episiotomía, puede aumentar el riesgo de desgarros perineales y prolongar el tiempo de recuperación posparto.
- Hemorragia postparto: La hemorragia excesiva después del parto, conocida como hemorragia postparto, es una complicación potencialmente grave del parto vaginal. Puede ocurrir debido a la falta de contracción adecuada del útero después del parto o debido a desgarros uterinos o cervicales.
- Infecciones: Tanto la madre como el bebé están en riesgo de desarrollar infecciones durante o después del parto vaginal. Esto puede incluir infecciones del tracto urinario, infecciones del sitio quirúrgico (si se realizó una episiotomía o se produjeron desgarros), o infecciones neonatales.
- Prolapso de órganos pélvicos: El parto vaginal puede aumentar el riesgo de prolapso de órganos pélvicos en la madre, donde los órganos como la vejiga, el útero o el recto pueden protruir hacia la vagina debido a una debilidad en los músculos y tejidos pélvicos.
- Lesiones fetales: Durante el parto vaginal, el bebé puede estar en riesgo de sufrir lesiones, como fracturas de clavícula, cefalohematoma (acumulación de sangre entre el cráneo y su cubierta), lesiones en los nervios, entre otras.

2.2.3. Parto vaginal exitoso con antecedente de cesárea previa

Un parto vaginal exitoso después de una cesárea previa, también conocido como parto vaginal después de cesárea (PVDC), es posible en muchas mujeres que cumplen con ciertos criterios de selección y que son adecuadamente supervisadas durante el trabajo de parto. Existen factores importantes a considerar sobre un parto vaginal exitoso después de una cesárea previa.

2.2.3.1. Factores Gineco-obstétricos

- **Selección cuidadosa:** Es fundamental que las mujeres sean evaluadas cuidadosamente para determinar su idoneidad para un parto vaginal después de cesárea. Algunos criterios comunes de selección incluyen una incisión uterina baja transversal en la cesárea anterior, la ausencia de otras contraindicaciones para el parto vaginal, el historial obstétrico favorable y una evaluación favorable de la posición y el tamaño del bebé.
- **Periodo intergenésico:** Se ha sugerido que un período intergenésico más largo puede reducir el riesgo de complicaciones asociadas con un parto vaginal después de cesárea, como la rotura uterina. Se recomienda que las mujeres esperen al menos 18 meses después de una cesárea antes de quedar embarazadas nuevamente para reducir el riesgo de complicaciones. Aunque un período intergenésico más largo puede reducir el riesgo de complicaciones, no todas las mujeres tienen la opción de esperar tanto tiempo entre embarazos. En algunos casos, las mujeres pueden quedar embarazadas antes de que haya pasado un período intergenésico óptimo. En estas

situaciones, es importante que se realice una evaluación individualizada de los riesgos y beneficios del PVDC en consulta con el equipo de atención médica.

- **Antecedentes de un parto vaginal después de una cesárea previa:** Cuando una mujer tiene antecedentes de un parto vaginal después de una cesárea previa exitoso, esto significa que ha dado a luz vaginalmente con éxito en un embarazo posterior después de haber tenido una cesárea en un embarazo anterior. Cada mujer y cada embarazo son únicos, por lo que es importante evaluar cuidadosamente el historial obstétrico de la mujer, así como las circunstancias específicas de cada embarazo.
- **Control prenatal:** Es fundamental para garantizar un parto seguro y exitoso, especialmente en el caso de mujeres con antecedentes de cesárea previa que desean intentar un parto vaginal en un embarazo subsiguiente.
- **Inicio de parto espontáneo:** Se ha demostrado que el inicio espontáneo del trabajo de parto es un factor importante para el éxito del parto vaginal después de cesárea. Las mujeres que experimentan un inicio espontáneo del trabajo de parto tienen tasas más altas de parto vaginal exitoso en comparación con aquellas que requieren la inducción del trabajo de parto.
- **Psicoprofilaxis:** La psicoprofilaxis obstétrica, también conocida como preparación psicoprofiláctica para el parto, es un programa de educación prenatal diseñado para ayudar a las mujeres a prepararse física y emocionalmente para el parto y el parto vaginal. En el contexto de una mujer

con antecedentes de cesárea previa que desea intentar un parto vaginal en un embarazo subsiguiente, la psicoprofilaxis obstétrica puede desempeñar un papel importante.

2.2.3.2. Factores fetales

Los factores fetales desempeñan un papel importante en la determinación de la idoneidad y el éxito del parto vaginal.

- **Presentación fetal:** Es fundamental para garantizar un parto seguro y exitoso, especialmente en el caso de mujeres con antecedentes de cesárea previa que desean intentar un parto vaginal en un embarazo subsiguiente.
- **Posición fetal:** La posición del feto dentro del útero puede influir en la viabilidad del parto vaginal después de cesárea. Un feto en posición cefálica (cabeza hacia abajo) es más adecuado para el parto vaginal, ya que facilita el paso por el canal de parto. Si el feto está en una posición no cefálica (como la posición de nalgas), puede aumentar el riesgo de complicaciones y hacer que el PVDC sea menos seguro.
- **Edad gestacional:** La cantidad de tiempo transcurrido desde el inicio del último período menstrual de la mujer, es un factor importante a considerar al evaluar la idoneidad y el éxito del parto vaginal después de una cesárea previa. Un feto más maduro es más probable que tolere el estrés del trabajo de parto y el parto vaginal de manera segura. Por lo tanto, se prefiere un embarazo a término (37 a 42 semanas) para un parto vaginal después de cesárea exitoso.
- **Peso fetal estimado:** El peso fetal estimado es una medida que se obtiene durante el embarazo para estimar el peso del feto en desarrollo en el útero materno. Esta estimación se realiza

generalmente mediante ecografías realizadas por profesionales médicos especializados. La clasificación ecográfica del peso fetal estimado se basa en el percentil en el que se encuentra el peso del feto en relación con la edad gestacional. Un peso fetal entre 2500 y 4000 gramos se asocia con mayores tasas de éxito en el PVDC. Un peso muy bajo (<2500g) o macrosomía fetal (>4000-4500g) pueden dificultar el parto vaginal.

2.3. Definición de términos básicos

- **Cesárea:** Procedimiento quirúrgico en el cual se realiza una incisión en el abdomen y el útero de la mujer para extraer al bebé.
- **Parto vaginal:** Proceso mediante el cual el bebé nace a través del canal del parto de la madre, sale por la vía vaginal de forma natural.
- **Parto vaginal exitoso con antecedente de cesárea previa:** Se refiere al proceso de dar a luz a un bebé a través del canal del parto de una mujer que ha tenido una cesárea en un embarazo anterior.
- **Periodo intergenésico:** Tiempo entre dos embarazos sucesivos de una mujer.
- **Control prenatal:** Es el proceso de atención médica que una mujer embarazada recibe durante su gestación para monitorear su salud y la de su bebé, así como para detectar y tratar cualquier problema que pueda surgir durante el embarazo.
- **Parto espontáneo:** Es cuando el trabajo de parto y el nacimiento del bebé ocurren de manera natural, sin la necesidad de medicamentos para inducir el parto.
- **Psicoprofilaxis:** Preparación psicofísica para el parto o clases de preparación para el parto.

- **Edad gestacional:** Se refiere al tiempo transcurrido desde el primer día del último período menstrual de la mujer hasta la fecha actual en el embarazo.
- **Presentación fetal:** Se refiere a la parte del cuerpo del feto que está más cerca del canal del parto al final del embarazo y durante el trabajo de parto.
- **Posición fetal:** Se refiere a la orientación de la cabeza del bebé en relación con la pelvis materna durante el trabajo de parto y el parto.
- **Peso fetal estimado:** Es una medida utilizada para calcular el peso aproximado del feto en desarrollo durante el embarazo. Se estima a partir de mediciones de ultrasonido del feto.

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

H_i Existen factores asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced.

2.4.2. Hipótesis específica

H₁ Existen factores gineco-obstétricos que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced.

H₂ Existen factores fetales que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced.

2.5. Identificación de variables

a. Variable de Supervisión

Parto vaginal exitoso con antecedente de cesárea previa

b. Variable de Asociación

Factores gineco-obstétricos

- Edad materna

- Periodo intergenésico
- Antecedentes de parto vaginal con cesárea previa
- Control prenatal
- Inicio de parto espontáneo
- Psicoprofilaxis

Factores fetales

- Presentación fetal
- Posición fetal
- Edad gestacional
- Peso fetal estimado

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

VARIABLES		Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Instrumento
Variable de supervisión								
Parto vaginal exitoso con antecedente de cesárea previa		Parto en el que el bebé nace a través del canal de parto de la madre de manera segura y sin complicaciones significativas.	Parto según lo registrado en el partograma	Cualitativa	Registro de parto	<ul style="list-style-type: none"> •Si •No 	Nominal	Partograma
VARIABLES DE ASOCIACIÓN						•		
Factores gineco-obstétricos	Edad materna	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Edad en años según DNI	Cualitativa – Politémica	Etapas de vida	<ul style="list-style-type: none"> •Adolescencia •Juventud •Adulthood 	Nominal	Historia clínica
	Periodo intergenésico	Intervalo de tiempo entre dos embarazos consecutivos en una misma mujer	Dato que se obtendrá de la historia clínica obstétrica	Cuantitativa	Años transcurridos	<ul style="list-style-type: none"> •Intervalo intergenésico corto •Intervalo intergenésico normal •Intervalo intergenésico prolongado 	Ordinal	Historia clínica

	Antecedentes de parto vaginal con cesárea previa	Historial obstétrico de una mujer que ha dado a luz vaginalmente después de haber tenido al menos una cesárea previa.	Dato que se obtendrá de la historia clínica obstétrica	Cuantitativa	Registro de antecedente	<ul style="list-style-type: none"> •Si •No 	Ordinal	Historia clínica
	Control prenatal	Conjunto de consultas médicas y de seguimiento que se realizan a una mujer embarazada a lo largo de su gestación.	Dato que se obtendrá del carnet de control prenatal	Cuantitativa	Registro de control	<ul style="list-style-type: none"> •Adecuado •Inadecuado 	Ordinal	Historia clínica
	Inicio de parto espontáneo	Comienzo natural y no provocado del proceso de trabajo de parto en una mujer embarazada.	Según lo registrado en el partograma	Cualitativa	Registro de forma de inicio de trabajo de parto	<ul style="list-style-type: none"> •Si •No 	Nominal	Historia clínica
	Psicoprofilaxis	Método educativo y de preparación para el parto	Dato que se obtendrá del carnet de control prenatal	Cualitativa	Registro de psicoprofilaxis	<ul style="list-style-type: none"> •Si •No 	Nominal	Historia clínica
Factores fetales	Condición del feto al nacer	Aspectos relacionados con el proceso de parto y nacimiento	Nacido vivo o muerto según el registro de su historia clínica	Cualitativa	Condición del feto al nacer	<ul style="list-style-type: none"> •Óbito fetal •Nacido Vivo 	Nominal	Historia clínica
	Presentación fetal	Se refiere a la parte del cuerpo del bebé que se encuentra en la parte más baja y	Dato que se obtendrá del carnet de control prenatal	Cualitativa	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> •Presentación cefálica •Presentación de nalgas 	Nominal	Historia clínica

		cercana al cuello uterino				<ul style="list-style-type: none"> •Presentación transversa •Presentación de frente 		
	Posición fetal	Orientación de la cabeza del bebé en relación con la pelvis materna durante el trabajo de parto y el parto	Dato que se obtendrá del carnet de control prenatal	Cualitativa	Posición	<ul style="list-style-type: none"> •Occipito-anterior •Occipito-posterior •Occipito-lateral 	Nominal	Historia clínica
	Edad gestacional	Cantidad de tiempo que ha transcurrido desde el primer día del último período menstrual de una mujer embarazada hasta la fecha actual.	Número de semanas cumplidas al diagnóstico	Numérica discreta	Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> •≥ 41 semanas •37 - 40 semanas •≤ 36 semanas 	Ordinal	Historia clínica
	Peso fetal estimado	Es una medida que se obtiene durante el embarazo para estimar el peso del feto en desarrollo en el útero materno. Esta estimación se realiza generalmente mediante ecografías.	Según registro ecográfico o carnet de control prenatal	Cualitativa	Antropométrica	<ul style="list-style-type: none"> •Pequeño para la edad gestacional •Adecuado para la edad gestacional •Grande para la edad gestacional 	Ordinal	Historia clínica

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de Investigación

La investigación es del tipo básico, de nivel descriptivo analítico; de enfoque cuantitativo, ya que la recolección de datos es de tipo numérico y será medida y procesada con análisis estadísticos con la finalidad de generalización empírica y de verificación de hipótesis.

3.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación para el presente trabajo es descriptivo, transversal y retrospectivo.

3.3. Método de investigación

La investigación correlacional que usará un método de estudio no experimental analítico, ya que se van a explorar la asociación entre variables.

3.4. Diseño de investigación

El trabajo se guiará por un diseño no experimental, retrospectivo, porque Los eventos de interés ya se han producido al momento de planificar el estudio; de corte transversal, porque se analizará los datos de las variables en un periodo de tiempo determinado.

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

Estará conformado por las historias clínicas de los pacientes que tuvieron parto vaginal después de una cesárea, en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced. 2023.

3.5.2. Muestra

3.5.2.1. Tipo de muestreo

No probabilístico, intencional

3.5.2.2. Tamaño muestral

La muestra la constituirán todas las historias clínicas de los pacientes que tuvieron parto vaginal después de una cesárea, los cuales reúnan los criterios de inclusión.

3.5.2.3. Forma de selección

Tipo intencional de acuerdo a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes que tuvieron parto vaginal después de una cesárea.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas que registren datos incompletos

3.6. Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.6.1. Instrumentos

- Ficha de recolección de datos

3.6.2. Técnicas de recolección de datos

- Análisis documental

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento y análisis estadístico de datos se elaborará cuadros de las variables y las dimensiones e indicadores establecidos en la matriz de consistencia. Iniciándose el recuento de datos.

El análisis de los datos será de tipo estructural, usando en todo momento el marco teórico y la lógica para ello me guiaré del método estadístico, para la determinación de la diferencia estadística en poblaciones no homogéneas para lo cual recurriremos a la chi cuadrada para homogeneidad de poblaciones.

3.8. Tratamiento estadístico

La información que se obtendrá a través de las fichas clínicas de trabajo se introducirá y procesará en una base de datos, utilizando el programa SPSS; ésta se presentará en tablas y Gráficos. Se aplicará los instrumentos de la Historia clínica.

3.9. Orientación ética filosófica y epistémica

La orientación ética en el desarrollo de la tesis estará basada en demostrar sinceridad en todo el proceso de la investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

El Hospital Regional de Medicina Tropical "Dr. Julio Cesar De Marini Caro, de nivel de salud II-2 de mediana complejidad que brinda atención de salud especializada en medicina tropical y otras especialidades para el mejoramiento de calidad de vida de la población en la selva central de la región Junín, cuenta con 16 especialidades, realizando docencia investigación, prevención, recuperación y rehabilitación en todas sus especialidades.

Es una institución Pública ente rector de salud a nivel de Selva Central que conduce la gestión y prestación de la atención de salud, para satisfacer las necesidades de salud y contribuir al desarrollo humano de la población, mujer, familia y comunidad de la región Junín, priorizando los sectores más vulnerables que brinda atención de acuerdo al modelo integral por el curso de vida", con personal capacitado, competente y comprometido para reducir las enfermedades prevalentes mediante la prevención y promoción de la salud.

Los instrumentos fueron ejecutados en la especialidad de ginecología y obstetricia con cada Historia clínica de los pacientes con dicho diagnóstico de

manera directa para garantizar la recogida de los datos requeridos por los instrumentos.

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados

Tabla 1:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según periodo intergenésico en gestantes atendidas en el hospital de la Merced.

		Periodo Intergenésico		Total	
		Corto	Prolongado		
Parto vaginal	Con éxito	Recuento	0	21	21
		% del total	0,0%	67,7%	67,7%
	Sin éxito	Recuento	5	5	10
		% del total	16,1%	16,1%	32,3%
Total		Recuento	5	26	31
		% del total	16,1%	83,9%	100,0%

Comentario. Se puede observar (Table 1), que del 100% de unidades muestrales que participaron en el estudio el 67,7% tuvo parto vaginal con cesárea previa con éxito y el 32,3% lo tuvo sin éxito, Así mismo el 16,1% tuvo un periodo intergenésico corto y un 83,9 % un periodo intergenésico largo. De la misma forma el que tuvo un mayor porcentaje de periodo intergenésico corto con un 16,1 % fue el que tuvo un parto vaginal con cesaría previa sin éxito. Además, el mayor porcentaje de periodo intergenésico prolongado con un 67,7% fue el que tuvo un parto vaginal con cesárea previa con éxito (Fig. 1).

Gráfico 1:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según periodo intergenésico en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

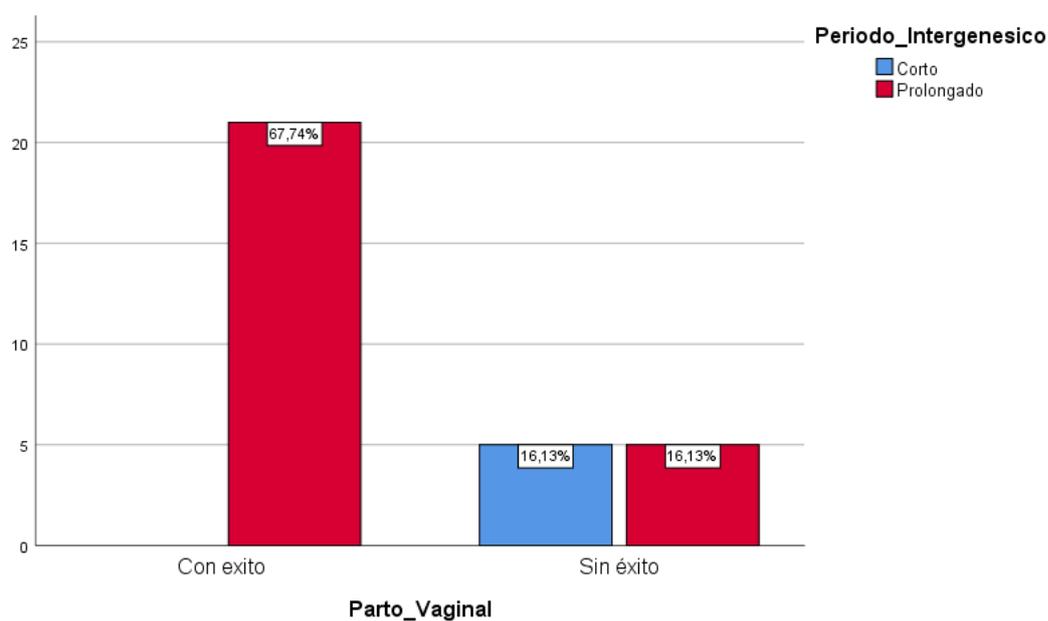


Tabla 2:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según control prenatal intergenésico en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

		Control_Prenatal			
		Adecuado	Inadecuado	Total	
Parto_Vaginal	Con éxito	Recuento	20	1	21
		% del total	64,5%	3,2%	67,7%
	Sin éxito	Recuento	4	6	10
		% del total	12,9%	19,4%	32,3%
Total		Recuento	24	7	31
		% del total	77,4%	22,6%	100,0%

Comentario. Se puede observar (Table 2), que del 100% de unidades muestrales que participaron en el estudio el 67,7% tuvo parto vaginal con

cesárea previa con éxito y el 32,3% lo tuvo sin éxito, Así mismo el 77,4 % tuvo un control prenatal adecuado y 23,6 % fue inadecuado. De la misma forma el que tuvo un mayor porcentaje de control prenatal adecuado con un 64,5 % fue el que tuvo un parto vaginal con cesaría previa con éxito. Además, el mayor porcentaje de control prenatal inadecuado con un 19,4 % fue el que tuvo un parto vaginal con cesárea previa sin éxito (Fig. 2).

Gráfico 2:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según control prenatal en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

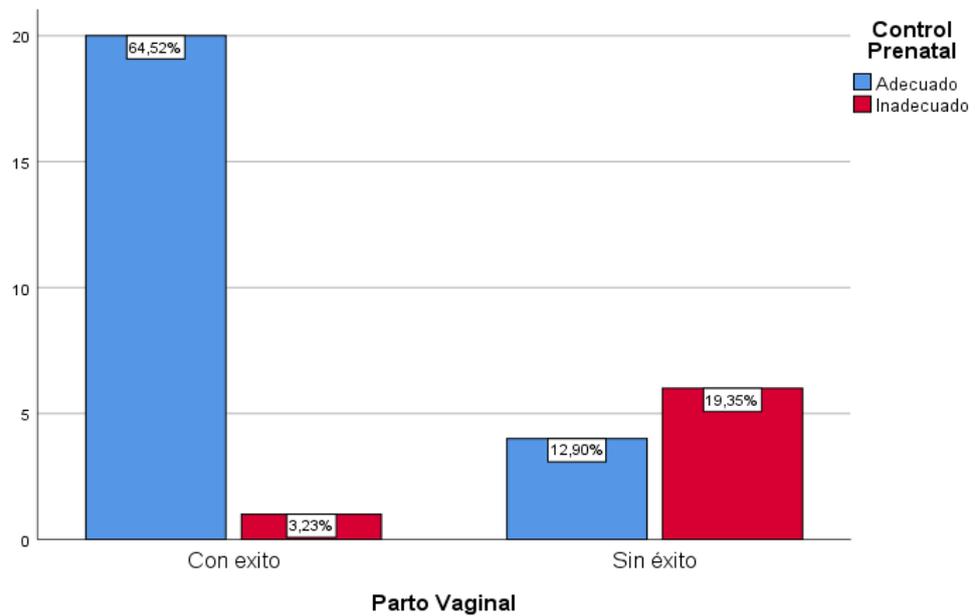


Tabla 3:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según parto asistido en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

		Parto Asistido			
		Sin asistencia	Con asistencia	Total	
Parto_Vaginal	Con éxito	Recuento	19	2	21
		% del total	61,3%	6,5%	67,7%
	Sin éxito	Recuento	5	5	10
		% del total	16,1%	16,1%	32,3%
Total		Recuento	24	7	31
		% del total	77,4%	22,6%	100,0%

Comentario. Se puede observar (Table 3), que del 100% de unidades muestrales que participaron en el estudio el 67,7% tuvo parto vaginal con cesárea previa con éxito y el 32,3% lo tuvo sin éxito, Así mismo el 77,4 % tuvo un parto sin asistencia y 22,6 % fue con asistencia. De la misma forma el que tuvo un mayor porcentaje fueron los partos con asistencia con un 61,3 % fue el que tuvo un parto vaginal con cesaría previa con éxito. Además, el mayor porcentaje de con un 16,1 % fue el que tuvo un parto vaginal con cesárea previa sin éxito (Fig. 3).

Gráfico 3:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según parto asistido en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

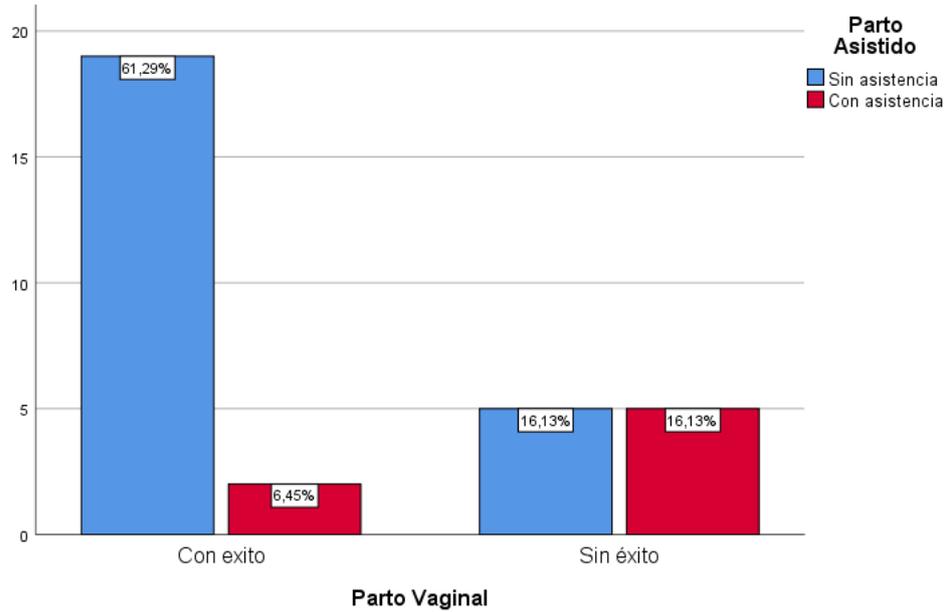


Tabla 4:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según procedimiento psicoprofiláctico en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

		Psicoprofilaxis		Total
		Con	Sin	
Parto_Vaginal	Con éxito	Recuento	8	21
		% del total	41,9%	25,8%
	Sin éxito	Recuento	3	10
	% del total	22,6%	9,7%	32,3%
Total	Recuento	20	11	31
	% del total	64,5%	35,5%	100,0%

Comentario. Se puede observar (Table 4), que del 100% de unidades muestrales que participaron en el estudio el 67,7% tuvo parto vaginal con

cesárea previa con éxito y el 32,3% lo tuvo sin éxito, Así mismo el 64,5 % tuvo un parto con soporte de psicoprofilaxis y 35,5 % fue sin soporte de psicoprofilaxis. De la misma forma el que tuvo un mayor porcentaje fueron los partos con psicoprofilaxis con un 41,9% fue el que tuvo un parto vaginal con cesaría previa con éxito. Además, el mayor porcentaje con un 25,8 % fue el que no tuvo soporte de psicoprofilaxis en partos vaginales con cesárea previa con éxito (Fig. 4).

Gráfico 4:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según procedimiento en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

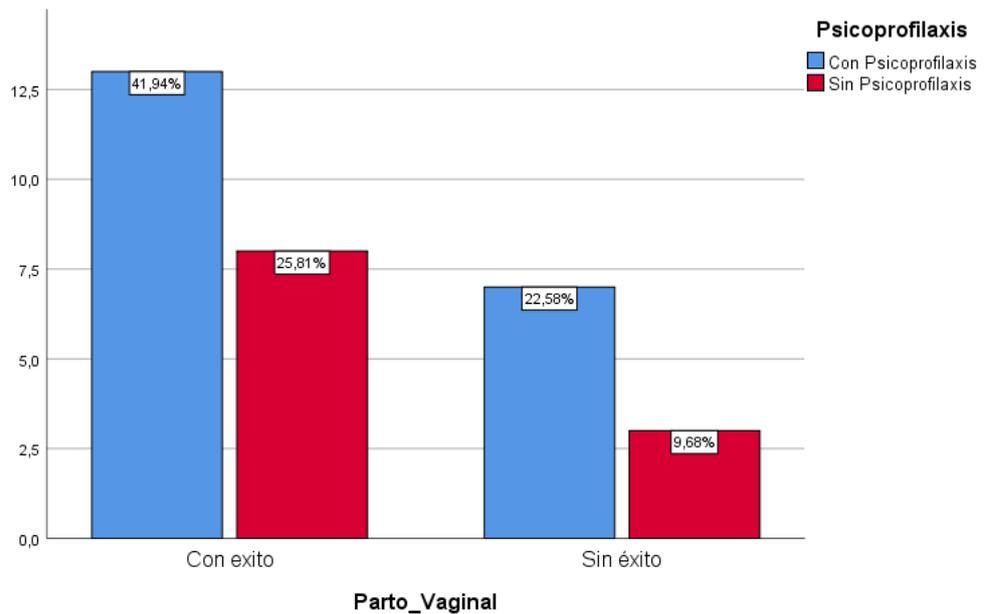


Tabla 5:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según condición del feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

			Condición Feto Nacer		Total
			Óbito fetal	Nacido vivo	
Parto vaginal	Con éxito	Recuento	1	20	21
		% del total	3,2%	64,5%	67,7%
	Sin éxito	Recuento	1	9	10
		% del total	3,2%	29,0%	32,3%
Total		Recuento	2	29	31
		% del total	6,5%	93,5%	100,0%

Comentario. Se puede observar (Table 5), que del 100% de unidades muestrales que participaron en el estudio el 67,7% tuvo parto vaginal con cesárea previa con éxito y el 32,3% lo tuvo sin éxito, Así mismo el 6,5% fueron óbitos fetales y un 93,5 % fueron nacidos vivos. De la misma forma el que tuvo un mayor porcentaje de óbito fetales con un 16,1 % fue el que tuvo un parto vaginal con cesaría previa sin éxito. Además, el mayor porcentaje de nacidos vivos con un 64,5% fue el que tuvo un parto vaginal con cesárea previa con éxito (Fig. 5)

Gráfico 5:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según condición de feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

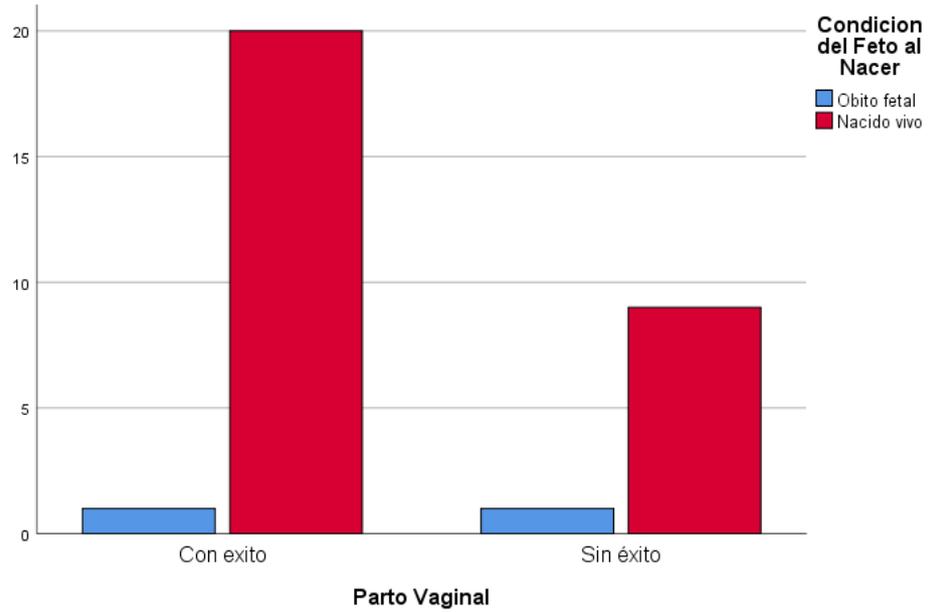


Tabla 6:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según condición de presentación de feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

		Presentación_fetal			
		Adecuada (cefalica)	Inadecuada (otros)	Total	
Parto_Vaginal	Con éxito	Recuento	21	0	21
		% del total	67,7%	0,0%	67,7%
	Sin éxito	Recuento	5	5	10
		% del total	16,1%	16,1%	32,3%
Total		Recuento	26	5	31
		% del total	83,9%	16,1%	100,0%

Comentario. Se puede observar (Table 6), que del 100% de unidades muestrales que participaron en el estudio el 67,7% tuvo parto vaginal con cesárea previa con éxito y el 32,3% lo tuvo sin éxito, Así mismo el 83,9 % tuvo un parto presentación fetal adecuada y un 16,1 % no la tuvo . De la misma forma el que tuvo un mayor porcentaje fueron los partos con presentación fetal adecuada con un 67,7 % fue el que tuvo un parto vaginal con cesaría previa con éxito. Además, el mayor porcentaje de partos con presentación fetal inadecuada con un 16,1 % fue el que tuvo un parto vaginal con cesárea previa sin éxito (Fig. 6).

Gráfico 6:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según condición de presentación de feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

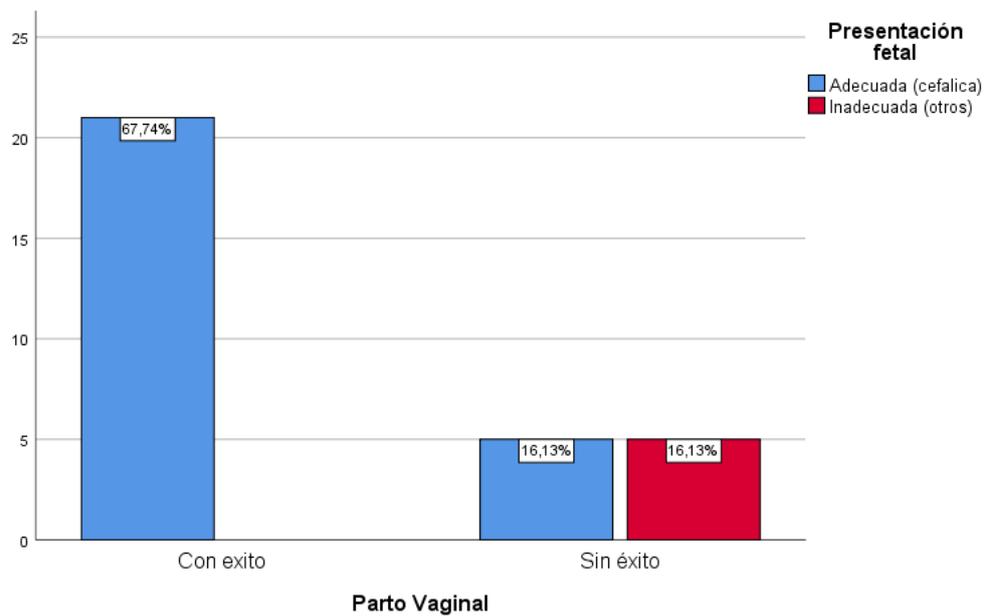


Tabla 7:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según posición de feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

		Posición Fetal			
		Adecuado (Occipucio anterior)		Inadecuado (otros)	Total
Parto vaginal	Con éxito	Recuento	20	1	21
		% del total	64,5%	3,2%	67,7%
	Sin éxito	Recuento	5	5	10
		% del total	16,1%	16,1%	32,3%
Total		Recuento	25	6	31
		% del total	80,6%	19,4%	100,0%

Comentario. Se puede observar (Table 7), que del 100% de unidades muestrales que participaron en el estudio el 67,7% tuvo parto vaginal con cesárea previa con éxito y el 32,3% lo tuvo sin éxito, Así mismo el 80,6 % tuvo una posición fetal adecuada y un 19,4 % no la tuvo . De la misma forma el que tuvo un mayor porcentaje fueron los partos con posición fetal adecuada con un 64,5 % fue el que tuvo un parto vaginal con cesaría previa con éxito. Además, el mayor porcentaje de partos con posición fetal inadecuada con un 16,1 % fue el que tuvo un parto vaginal con cesárea previa sin éxito (Fig. 7).

Gráfico 7:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según posición de feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

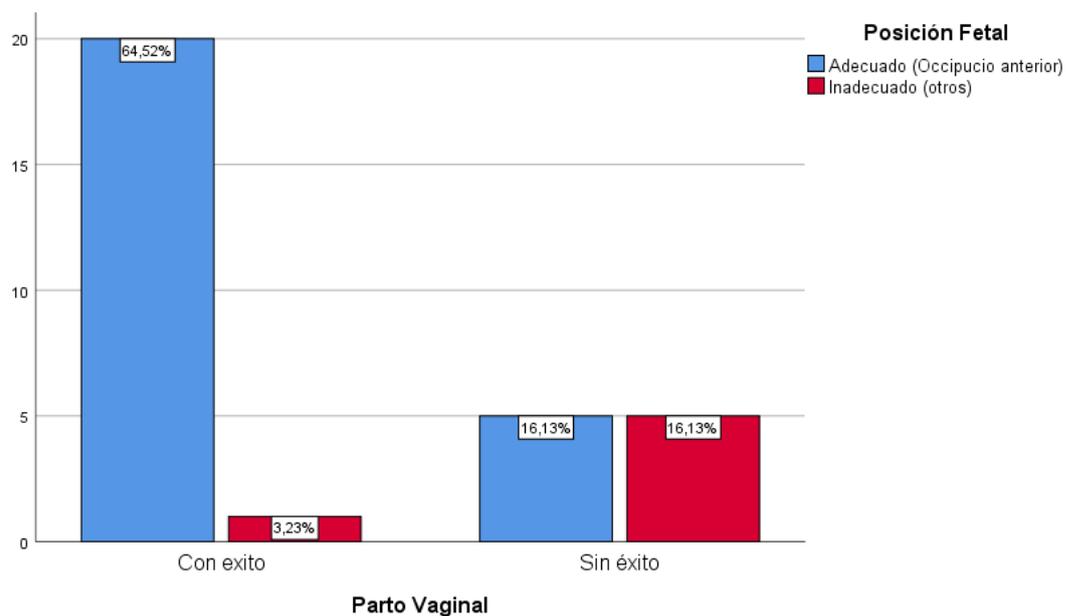


Tabla 8:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según edad gestacional en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

			Edad Gestacional		Total
			Adecuada (37a 41 semanas)	Indacuada (<0 > 37 a 41 semanas)	
Parto vaginal	Con éxito	Recuento	3	18	21
		% del total	9,7%	58,1%	67,7%
	Sin éxito	Recuento	2	8	10
		% del total	6,5%	25,8%	32,3%
Total	Recuento	5	26	31	
	% del total	16,1%	83,9%	100,0%	

Comentario. Se puede observar (Table 8), que del 100% de unidades muestrales que participaron en el estudio el 67,7% tuvo parto vaginal con cesárea previa con éxito y el 32,3% lo tuvo sin éxito, Así mismo el 16,1 % tuvo un parto con edad gestacional adecuada y 83,9 % fue inadecuada. De la misma forma el que tuvo un mayor porcentaje fueron los partos con edad gestacional inadecuada con un 58,1 % fue el que tuvo parto vaginal con cesaría previa con éxito. Además, el mayor porcentaje con un 9,7 % fue el que tuvo edad gestacional adecuada en partos vaginales con cesárea previa con éxito (Fig. 8).

Gráfico 8:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según edad gestacional en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

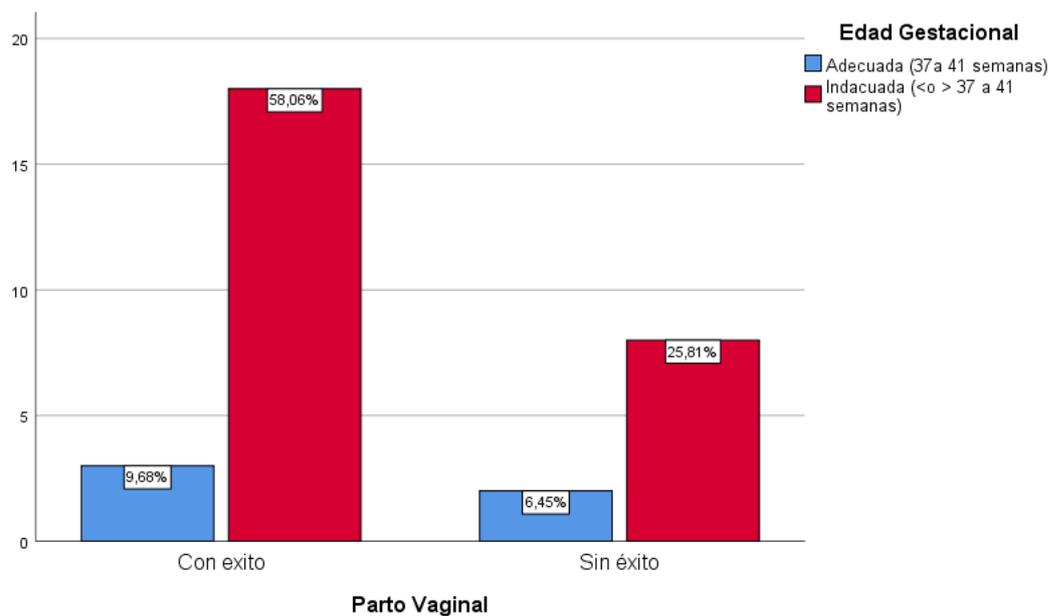


Tabla 9:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según peso de feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

		Peso Fetal Estimado			
		Adecuado	Inadecuado	Total	
		(AEG)	(PEG,GEG)		
Parto vaginal	Con éxito	Recuento	15	6	21
		Recuento esperado	16,3	4,7	21,0
		% del total	48,4%	19,4%	67,7%
	Sin éxito	Recuento	9	1	10
		Recuento esperado	7,7	2,3	10,0
		% del total	29,0%	3,2%	32,3%
Total	Recuento	24	7	31	
	Recuento esperado	24,0	7,0	31,0	
	% del total	77,4%	22,6%	100,0%	

Comentario. Se puede observar (Table 9), que del 100% de unidades muestrales que participaron en el estudio el 67,7% tuvo parto vaginal con cesárea previa con éxito y el 32,3% lo tuvo sin éxito, Así mismo el 77,4 % tuvo un peso al nacer adecuada y 22,6 % fue inadecuada. De la misma forma el que tuvo un mayor porcentaje fueron los peso al nacer adecuada con un 48,4 % fue el que tuvo parto vaginal con cesaría previa con éxito. Además, el mayor porcentaje con un 29,0 % fue el que tuvo peso al nacer adecuada en partos vaginales con cesárea previa sin éxito (Fig. 9).

Gráfico 9:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según peso de feto al nacer en gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

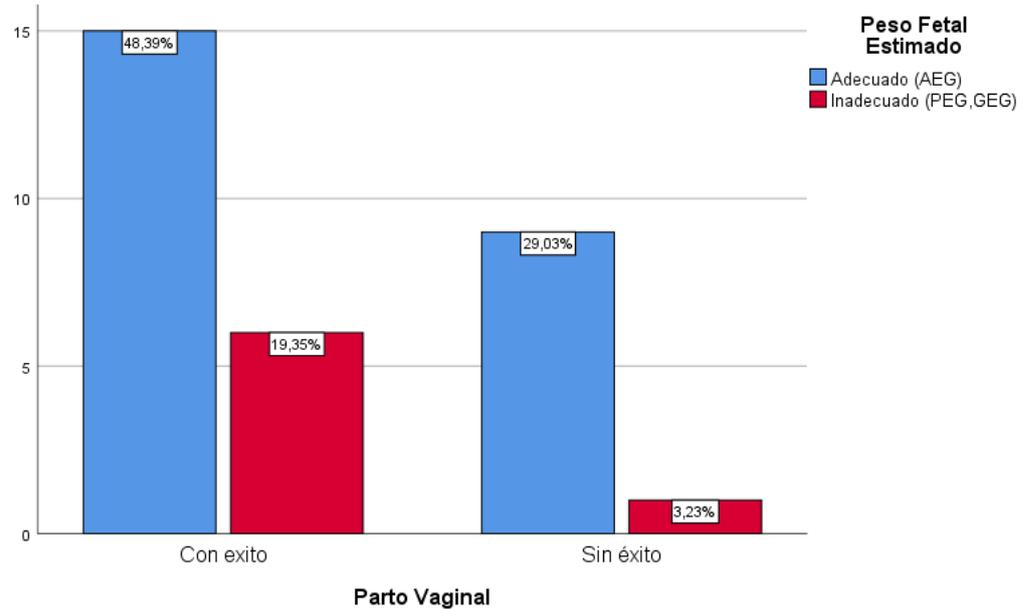


Tabla 10:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según grupo etario de gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced

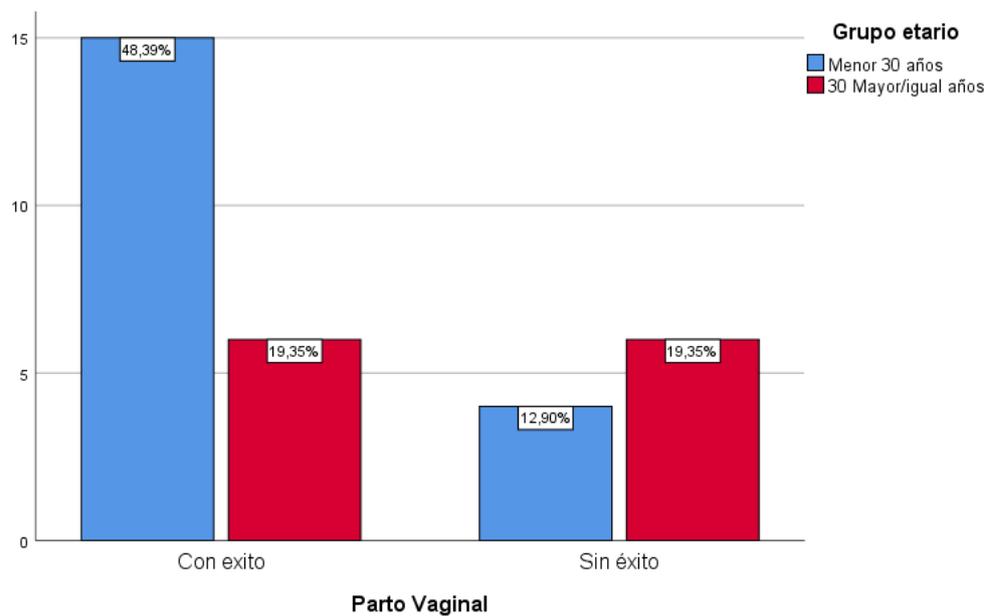
		Grupo etario			
		Menor 30 años	30 Mayor/igual años	Total	
Parto vaginal	Con éxito	Recuento	15	6	21
		% del total	48,4%	19,4%	67,7%
	Sin éxito	Recuento	4	6	10
		% del total	12,9%	19,4%	32,3%
Total	Recuento	19	12	31	
	% del total	61,3%	38,7%	100,0%	

Comentario. Se puede observar (Table 10), que del 100% de unidades muestrales que participaron en el estudio el 67,7% tuvo parto vaginal con cesárea previa con éxito y el 32,3% lo tuvo sin éxito, Así mismo el 61,3 %

estuvieron comprendidas mujeres gestantes menores a 30 años de edad y el 38,7 % fueron mayores o igual a 30 años d edad. De la misma forma el que tuvo un mayor porcentaje fueron las mujeres menores de 30 años con un 48,4 % fue el que tuvo parto vaginal con cesaría previa con éxito. Además, el mayor porcentaje con un 19,4 % fueron las mujeres menores de 30 años el que tuvo en partos vaginales con cesárea previa con éxito (Fig. 10).

Gráfico 10:

Frecuencia de parto vaginal con cesárea previa según grupo etario de gestantes atendidas en el hospital regional de la Merced



4.3. Prueba de hipótesis

Tabla 11:

Estadístico de Kolmogorov-Smirnov de prueba de normalidad de variables del estudio

		Periodo_Interge nesico	Psicoprofi laxis	Parto_Va ginal	Parto_Expon taneo	Control_Pre natal
N		31	31	31	31	31
Parám etro	Media	1,84	1,35	1,32	1,23	1,23
normal	Desv.	,374	,486	,475	,425	,425
es	Desvia ción					
Máxim as	Absolut o	,506	,412	,429	,477	,477
diferen cias	Positiv o	,333	,412	,429	,477	,477
extrem as	Negativ o	-,506	-,262	-,249	-,298	-,298
Estadístico de prueba		,506	,412	,429	,477	,477
Sig. asintótica(bilater al)		,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c

Tabla 12:

Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y el periodo intergenésico en gestantes

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,519	1	,000		
Corrección de continuidad	9,096	1	,003		
Razón de verosimilitud	13,529	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	12,115	1	,001		
N de casos válidos	31				

Comentario. Se puede apreciar (Tabla 12) que a la aplicación de la prueba estadística de significancia del chi cuadrado con un p valor tabulado de 0,05 y un nivel de confianza de 95%, se encontró un p valor calculado de 0,00. Por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, es decir que si existe significancia estadística entre las variables de estudio: parto vaginal con la cesárea previa y el periodo intergenésico, es decir que los pacientes que tuvieron un parto vaginal con cesárea previa con éxito se encuentran asociada a un periodo intergenésico prolongado.

Tabla 13:

Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y el control prenatal gestantes

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,824	1	,001		
Corrección de continuidad	8,875	1	,003		
Razón de verosimilitud	11,617	1	,001		
Prueba exacta de Fisher				,002	,002
Asociación lineal por lineal	11,442	1	,001		
N de casos válidos	31				

Comentario. Se puede apreciar (Tabla 13) que a la aplicación de la prueba estadística de significancia del chi cuadrado con un p valor tabulado de 0,05 y un nivel de confianza de 95%, se encontró un p valor calculado de 0,01. Por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, es decir que si existe significancia estadística entre las variables de estudio:

parto vaginal con la cesárea previa y el control prenatal, es decir que los pacientes que tuvieron un parto vaginal con cesárea previa con éxito se asocian a un control prenatal adecuado.

Tabla 14:

Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y asistencia en el parto de gestantes

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,348 ^a	1	,012		
Corrección de continuidad ^b	4,244	1	,039		
Razón de verosimilitud	6,046	1	,014		
Prueba exacta de Fisher				,022	,022
Asociación lineal por lineal	6,144	1	,013		
N de casos válidos	31				

Comentario. Se puede apreciar (Tabla 14) que a la aplicación de la prueba estadística de significancia del chi cuadrado con un p valor tabulado de 0,05 y un nivel de confianza de 95%, se encontró un p valor calculado de 0,02. Por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, es decir que si existe significancia estadística entre las variables de estudio: parto vaginal con la cesárea previa y el control prenatal, es decir que los pacientes que tuvieron un parto vaginal con cesárea previa con éxito se asocian a un parto sin asistencia.

Tabla 15:

Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y el tratamiento psicoprofiláctica en gestantes

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,194 ^a	1	,660		
Corrección de continuidad ^b	,002	1	,969		
Razón de verosimilitud	,197	1	,657		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,490
Asociación lineal por lineal	,188	1	,665		
N de casos válidos	31				

Comentario. Se puede apreciar (Tabla 15) que a la aplicación de la prueba estadística de significancia del chi cuadrado con un p valor tabulado de 0,05 y un nivel de confianza de 95%, se encontró un p valor calculado de 0,66. Por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula, es decir que no existe significancia estadística entre las variables de estudio: parto vaginal con la cesárea previa y la psicoprofilaxis es decir que los pacientes que tuvieron un parto vaginal con cesárea previa con éxito no se asocia a un parto tratamiento con de psicoprofilaxis.

Tabla 16:

Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y la condición del feto al nacer en gestantes

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,308 ^a	1	,579		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,289	1	,591		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,548
Asociación lineal por lineal	,298	1	,585		
N de casos válidos	31				

Comentario. Se puede apreciar (Tabla 16) que a la aplicación de la prueba estadística de significancia del chi cuadrado con un p valor tabulado de 0,05 y un nivel de confianza de 95%, se encontró un p valor calculado de 0,579. Por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula, es decir que no existe significancia estadística entre las variables de estudio: parto vaginal con la cesárea previa y la condición del feto al nacer es, decir que los pacientes que tuvieron un parto vaginal con cesárea previa con éxito no se asocian a la condición del feto al nacer.

Tabla 17:
Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y presentación del feto al nacer en gestantes

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,519 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	9,096	1	,003		
Razón de verosimilitud	13,529	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	12,115	1	,001		
N de casos válidos	31				

Comentario. Se puede apreciar (Tabla 17) que a la aplicación de la prueba estadística de significancia del chi cuadrado con un p valor tabulado de 0,05 y un nivel de confianza de 95%, se encontró un p valor calculado de 0,000. Por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, es decir que existe significancia estadística entre las variables de estudio: parto vaginal con la cesárea previa y la presentación del feto al nacer es decir que los pacientes que tuvieron un parto vaginal con cesárea previa con éxito se asocia a la presentación del feto al nacer.

Tabla 18:

Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y la posición del feto al nacer en gestantes

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,882 ^a	1	,003		
Corrección de continuidad ^b	6,220	1	,013		
Razón de verosimilitud	8,559	1	,003		
Prueba exacta de Fisher				,007	,007
Asociación lineal por lineal	8,595	1	,003		
N de casos válidos	31				

Comentario. Se puede apreciar (Tabla 18) que a la aplicación de la prueba estadística de significancia del chi cuadrado con un p valor tabulado de 0,05 y un nivel de confianza de 95%, se encontró un p valor calculado de 0,003. Por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, es decir que existe significancia estadística entre las variables de estudio: parto vaginal con la cesárea previa y la presentación del feto al nacer es decir que los pacientes que tuvieron un parto vaginal con cesárea previa con éxito se asocian a la posición adecuada del feto al nacer.

Tabla 19:

Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y la edad gestacional en gestantes

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,164 ^a	1	,686		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,159	1	,690		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,528
Asociación lineal por lineal	,158	1	,691		
N de casos válidos	31				

Comentario. Se puede apreciar (Tabla 19) que a la aplicación de la prueba estadística de significancia del chi cuadrado con un p valor tabulado de 0,05 y un nivel de confianza de 95%, se encontró un p valor calculado de 0,686. Por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula, es decir que no existe significancia estadística entre las variables de estudio: parto vaginal con la cesárea previa y la edad gestacional del feto al nacer es, decir que los pacientes que tuvieron un parto vaginal con cesárea previa con éxito no se asocia a la edad gestacional inadecuada.

Tabla 20:

Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y el peso al nacer del feto en gestantes

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,336 ^a	1	,248		
Corrección de continuidad ^b	,485	1	,486		
Razón de verosimilitud	1,489	1	,222		
Prueba exacta de Fisher				,379	,251
Asociación lineal por lineal	1,293	1	,255		
N de casos válidos	31				

Comentario. Se puede apreciar (Tabla 20) que a la aplicación de la prueba estadística de significancia del chi cuadrado con un p valor tabulado de 0,05 y un nivel de confianza de 95%, se encontró un p valor calculado de 0,248. Por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula, es decir que no existe significancia estadística entre las variables de estudio: parto vaginal con cesárea previa y el peso del feto al nacer es decir que los pacientes que tuvieron un parto vaginal con cesárea previa con éxito se asociado al peso al nacer adecuada.

Tabla 21:

Estadístico de prueba de hipótesis del parto vaginal con cesárea previa y el grupo etario de gestantes

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,820 ^a	1	,093		
Corrección de continuidad ^b	1,651	1	,199		
Razón de verosimilitud	2,793	1	,095		
Prueba exacta de Fisher				,127	,100
Asociación lineal por lineal	2,729	1	,099		
N de casos válidos	31				

Comentario. Se puede apreciar (Tabla 21) que a la aplicación de la prueba estadística de significancia del chi cuadrado con un p valor tabulado de 0,05 y un nivel de confianza de 95%, se encontró un p valor calculado de 0,093. Por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula, es decir que no existe significancia estadística entre las variables de estudio: parto vaginal con cesárea previa y el grupo etario es decir que los pacientes que tuvieron un parto vaginal con cesárea previa no se asocia al grupo etario.

4.4. Discusión de resultados

La relación entre el parto vaginal después de una cesárea previa (PVDC) y el intervalo entre embarazos (IPI) es un área de estudio fundamental en obstetricia (Evers, E., Mcdermott, K., Blomquist, J., y Handa, V., 2014). Comprender cómo el tiempo entre embarazos afecta el éxito y los resultados del

PVDC puede ayudar a fundamentar las pautas clínicas y el asesoramiento a las pacientes (Hiba, N., 2022).

Los intervalos más cortos generalmente se asocian con tasas de éxito más bajas y tasas de complicaciones más altas, mientras que los intervalos más largos tienden a mejorar la probabilidad de un parto vaginal después de una cesárea exitoso y reducen los resultados adversos (Wu, Y., Kataria, Y., Wang, Z., Ming, W. y Ellervik, C.,2019) .

El estudio encontró que los pacientes que tuvieron un parto vaginal con cesárea previa con éxito se encuentran asociada a un periodo intergenésico prolongado, por lo que lo hallado corrobora con la literatura encontrada.

La relación entre el parto vaginal después de una cesárea (PVDC) y la atención prenatal es un tema importante en obstetricia (Peahl, A., 2023). Si bien las cesáreas previas aumentan el riesgo de parto prematuro, la toma de decisiones informada y la atención prenatal de apoyo pueden aumentar la probabilidad de un parto vaginal después de una cesárea exitoso (Homer, C., 2021). Esta información realizada a través del control prenatal, como práctica a las gestantes, en el presente estudio, estuvo vinculada a un parto vaginal con cesárea previa con éxito.

El parto vaginal después de una cesárea previa (PVDC) y los métodos de parto asistido es un tema fundamental en obstetrician (Zhao, J.,2021). La investigación indica que, si bien las cesáreas previas pueden afectar negativamente los resultados reproductivos y aumentar el riesgo de parto prematuro, el éxito de un PVDC depende de varios factores maternos y fetales (Fitzpatrick, K., 2022). Los resultados del estudio encontraron relación entre las variables mencionadas, afirmando por lo tanto lo referido en la literatura.

La psicoprofilaxis parece reducir la probabilidad de cesáreas de urgencia y se asocia con menos complicaciones maternas y neonatales. Además, los partos por cesárea están vinculados a resultados psicosociales menos

favorables en comparación con los partos vaginales. Estos hallazgos sugieren que la psicoprofilaxis podría ser beneficiosa para mejorar los resultados clínicos y psicosociales en el parto. El estudio realizado no encontró asociación entre estas dos variables, por lo que sería conveniente ahondar mas estudios considerando las características socioeconómicas y culturales de la población.

La relación entre el parto vaginal después de una cesárea (PVDC) y los resultados fetales al nacer es un área crítica de investigación en obstetricia. Comprender los riesgos y beneficios asociados con el PVDC en comparación con las cesáreas repetidas puede ayudar a fundamentar las decisiones clínicas y mejorar los resultados de salud materna y neonatal (Vaajala, M., 2023).

Las cesáreas electivas a las 39 semanas pueden mitigar algunos riesgos neonatales asociados con el parto vaginal . En general, la evaluación individualizada y la toma de decisiones informada son cruciales para optimizar los resultados tanto maternos como fetales (Hyde, M., 2012). En cuanto a la condición de nacimientos óbitos y de vivos, aun la literatura no registra una asociación determinante, esto coincide, que para el presente estudio no se encontró una asociación.

La posición del feto al nacer desempeña un papel importante a la hora de determinar el tipo de parto y el éxito del parto vaginal después de una cesárea previa. Las posiciones incorrectas, como la occipucio posterior y la transversa, aumentan la probabilidad de cesárea y partos instrumentales, mientras que las técnicas de rotación manual pueden mejorar las tasas de parto vaginal (Dall'asta, A., 2021). El presente estudio corrobora lo encontrado en la literatura pues la presentación occipucio anterior se asocia con el éxito de parto vaginal con cesárea previa.

CONCLUSIONES

En el presente estudio en relación a los factores obstétricos de gestantes con parto vaginal con cesárea previa con el periodo intergenésico y control prenatal, se concluye que los pacientes que tuvieron un parto vaginal con cesárea previa con éxito, este se asoció a un periodo intergenésico prolongado teniendo un control prenatal adecuado.

En el presente estudio en relación a los factores obstétricos de gestantes con parto vaginal con cesárea previa asociado con el tipo de parto y el tratamiento psicoprofiláctico, se concluye que las gestantes que tuvieron un parto vaginal con cesárea previa con éxito se asociaron aquellas que tuvieron tratamientos psicoprofilácticos no teniendo asistencia en el parto de gestantes.

En relación a los factores fetales asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes, el estudio concluye que las gestantes con parto vaginal con cesárea previa con éxito estuvieron asociadas con la condición de nacidos vivos del feto con una presentación cefálica y posición occipucio anterior.

Así mismo en relación a los factores fetales asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea en gestantes, el estudio concluye que las gestantes con parto vaginal con la cesárea previa con éxito, no estuvo asociada a la edad gestacional de menos de 37 semanas y mayor de 41 semanas, así como con el adecuado peso del feto al nacer, así mismo la edad de las gestantes no tuvieron asociación con esta variable.

RECOMENDACIONES

Las mujeres embarazadas con antecedentes de cesárea enfrentan la decisión de intentar un parto vaginal después de una cesárea (PVDC) u optar por una cesárea repetida electiva (ERCS). Esta decisión implica sopesar los riesgos y beneficios de ambas opciones, y es fundamental que los proveedores de atención médica ofrezcan asesoramiento integral para respaldar una toma de decisiones informada.

Las mujeres que hayan tenido una cesárea previa deben recibir asesoramiento detallado sobre los riesgos y beneficios tanto del PVDC como de la ERCS para que puedan tomar una decisión informada, a fin que pueda tomar la gestante una decisión compartida que involucre factores clínicos, preferencias personales y recursos hospitalarios disponibles.

Considerando que el parto vaginal después de una cesárea se asocia con un mayor riesgo de ruptura uterina en comparación con la ERCS, sin embargo los beneficios del PVDC incluyen una estadía hospitalaria más corta y una mayor probabilidad de amamantar, por lo que esto debiera de tener en consideración el profesional médico a la hora del trabajo de parto.

A las mujeres con una cesárea transversal baja previa y sin contraindicaciones se les debe ofrecer una prueba de trabajo de parto después de la cesárea (intento de trabajo de parto luego de un parto por cesárea :TOLAC) , por lo que se recomienda la monitorización fetal electrónica continua durante el TOLAC para detectar rápidamente cualquier signo de complicaciones, por lo que los hospitales deben tener políticas establecidas para garantizar la disponibilidad de una cesárea inmediata si es necesario.

La inducción del parto con oxitocina debe utilizarse con precaución debido al mayor riesgo de ruptura uterina, mientras que las prostaglandinas generalmente no se recomiendan.

Factores como gestaciones múltiples, diabetes y sospecha de macrosomía fetal no son contraindicaciones para TOLAC, pero requieren seguimiento y asesoramiento

cuidadosos. Las mujeres que dan a luz entre 18 y 24 meses después de una cesárea anterior deben ser informadas sobre el mayor riesgo de ruptura uterina.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Almada R. Aguilera E. Campos J. Fiameni F. Luca R. Mezzabotta L. Presta E. (2019). Parto vaginal después de una cesárea. *Concenso. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), Argentina*, 11(6), 1-35
https://www.sogiba.org.ar/images/Parto_Vaginal_despues_de_una_Cesarea_SOGIBA%202019.pdf
- Arango-Montoya, C., López-Arroyave, M. X., Marín-Ríos, J., Colonia-Toro, A., & Bareño-Silva, J. (2022). Successful vaginal delivery and maternal and perinatal outcomes in patients with a history of cesarean section and labor trial: cross-sectional study. Parto vaginal exitoso y resultados maternos y perinatales en pacientes con antecedente de cesárea y prueba de trabajo de parto: estudio de corte transversal. *Revista colombiana de obstetricia y ginecologia*, 73(4), 369–377.
<https://doi.org/10.18597/rcog.3874>
- Attali, E., Doleeb, Z., Hirsch, L., Amikam, U., Gamzu, R., Yogev, Y., y Ashwal, E. (2021). El riesgo de parto por cesárea intraparto en la edad materna avanzada. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* , 35, 8019-8026.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1940936> .
- Attali, E., Doleeb, Z., Hirsch, L., Amikam, U., Gamzu, R., Yogev, Y., y Ashwal, E. (2021). El riesgo de parto por cesárea intraparto en la edad materna avanzada. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* , 35, 8019-8026.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1940936> .
- Ayma D. (2020) Factores predisponentes a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 – 2019. [tesis, Universidad Privada de Tacna]. <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/1396>
- Berghella V. (2024) Parto por cesárea: planificación preoperatoria y preparación de la paciente. *Uptodate*. <https://sso.uptodate.com/contents/cesarean-birth-preoperative-planning-and-patient->

preparation?search=ces%C3%A1rea&source=search_result&selectedTitle=3%
7E150&usage_type=default&display_rank=3

Caldas Herrera, M. y Carrión Barreto, C. C. (2016) Factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa en la Clínica Particular CORI GYN, distrito los Olivos 2015. Revista Virtual Universidad Alas Peruanas, 3(2) <https://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/1337>

Castillo L. (2017) Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa. [tesis, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima]. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/827/Factores_CastilloOliva_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=2.,parto%20vaginal%20en%20ces%C3%A1rea%20previa.

Dall'asta, A., Rizzo, G., Masturzo, B., Pasquo, E., Schera, G., Morganelli, G., Zegarra, R., Maquina, P., Mappa, I., Parpinel, G., Attini, R., Roletti, E., Menato, G., Frusca, T., & Ghi, T. (2021). Evaluación ecográfica intraparto de la flexión de la cabeza fetal en la fase activa prolongada del trabajo de parto y asociación con el resultado del trabajo de parto: un estudio prospectivo multicéntrico. Revista estadounidense de obstetricia y ginecología . <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.02.035> .

Evers, E., Mcdermott, K., Blomquist, J., y Handa, V. (2014). Modo de parto y fertilidad posterior. Reproducción humana , 29 de noviembre de 2011, 2569-74. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu197> IF: 6.0 Q1 B1 .

Fitzpatrick, K., Quigley, M. y Kurinczuk, J. (2022). Modo de parto planificado después de una cesárea previa: una revisión estructurada de la evidencia sobre los resultados asociados para las mujeres y sus hijos en entornos de altos ingresos. Frontiers in Medicine , 9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.920647> .

Froehlich, R., Sandoval, G., Bailit, J., Grobman, W., Reddy, U., Wapner, R., Varner, M., Thorp, J., Prasad, M., Tita, A., Saade, G., Sorokin, Y., Blackwell, S., y Tolosa, J. (2016). Asociación del peso fetal estimado registrado y el parto por cesárea en

el intento de parto vaginal a término. *Obstetrics & Gynecology* , 128, 487–494.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001571> .

Funai E. Norwitz E. (2014) Trabajo de parto y alumbramiento: manejo de la primera etapa normal. Uptodate. https://sso.uptodate.com/contents/labor-and-delivery-management-of-the-normal-first-stage?search=parto%20vaginal&source=search_result&selectedTitle=4%7E150&usage_type=default&display_rank=4

Gallardo, A. (2023). Factores asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea en gestantes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo julio 2020- junio 2021 [https://purl.org/pe-repo/renati/type#trabajoAcademico, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/20108>

García C. Lopez M. Monzalbo D. (2015) Parto después de cesárea ¿una opción segura?. *Ginecol Obstet Mex.* 2015; 83(69).
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom152b.pdf>

Hernandez J. Mir E. Peinado R. Villalba L. Jimenez T. Azon E. (2017) Factores asociados con éxito de parto vaginal en mujeres con cesárea previa. *Rev. Nure Investigación.* 14 (89): 1-13.
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1115>

Hiba, N., Nisar, S., Mirza, Z., Qadeer, K., Mumtaz, S. y Rana, M. (2022). Efecto de un intervalo corto entre embarazos en el resultado del parto vaginal después de una cesárea. *Revista Médica de las Fuerzas Armadas de Pakistán* .
<https://doi.org/10.51253/pafmj.v72i5.8221> IF: NA NA NA .

Homer, C., Davis, D., Mollart, L., Turkmani, S., Smith, R., Bullard, M., Leiser, B. y Foureur, M. (2021). Continuidad de la atención de partería y parto vaginal después de una cesárea: un ensayo controlado aleatorizado. *Mujeres y parto: revista del Colegio Australiano de Matronas* .
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.05.010> .

- Hyde, M., Mostyn, A., Modi, N. y Kemp, P. (2012). Implicaciones para la salud del parto por cesárea. *Biological Reviews* , 87. <https://doi.org/10.1111/j.1469-185X.2011.00195.x> .
- Liberato C. Melchor J. (2015) Parto vaginal después de una cesárea previa. Hospital “San Bartolomé” Lima (Perú) 2013 [Tesis, Universidad Nacional del Centro del Perú, Junín]. <https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/3147/Liberato%20Ramon-Melchor%20Acevedo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martin Bragado, M. S. (2016) Parto vaginal tras cesárea. Trabajo de fin de grado. Universidad de Valladolid, España. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/19080/TFG-M-M637.pdf?sequence=1>
- Martinez Villafaña, E. Zetuna Bagatella, J. Z. Quesnel Garcia Benitez, C. A. (06 de febrero 2023) Factores asociados con el éxito de una prueba de trabajo de parto después de cesárea (TOLAC) sin antecedente de parto. *Ginecol Obstet Mex*. <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/factores-asociados-con-el-exito-de-una-prueba-de-trabajo-de-parto-despues-de-cesarea-tolac-sin-antecedente-de-parto>
- Monterde E. Ferrer P. Parra J. López M. (2019), Control gestacional en gestantes con cesárea anterior. *Clinic Barcelona*; 91(1): 1-11. <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/Control-gestacional-en-gestantes-con-cesarea-anterior.pdf>
- Peahl, A., Ojo, A., Henrich, N., Shah, N. y Jahnke, H. (2023). Asociación entre la utilización de servicios prenatales digitales y el parto vaginal después de una cesárea. *Revista de obstetricia y salud de la mujer* . <https://doi.org/10.1111/jmwh.13467>.
- Rondon M. Torres D. Mejia J. Reyna N. Fernandez A. Rotta E. Reyna E. (2023) Factores predictores del éxito del parto vaginal posterior a cesaría. *Rev Peru Ginecol*

Obstet, 69(1)5. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v69n1/2304-5132-rgo-69-01-00005.pdf>

Sepulveda Mendoza, D. L. (2014) *Factores predictivos de éxito para parto vaginal después de una cesárea previa en mujeres atendidas en el Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad*. [Tesis, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, México]. <https://repositorio.tec.mx/handle/11285/648772>

Vaajala, M., Liukkonen, R., Ponkilainen, V., Kekki, M., Mattila, V. y Kuitunen, I. (2023). Modo de parto y resultado fetal en intentos de parto vaginal después de una cesárea previa: un estudio de cohorte basado en registros a nivel nacional en Finlandia. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* , 36. <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2198062> .

Wu, Y., Kataria, Y., Wang, Z., Ming, W. y Ellervik, C. (2019). Factores asociados con el parto vaginal exitoso después de una cesárea: una revisión sistemática y un metanálisis. *BMC Pregnancy and Childbirth* , 19. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2517-y> IF: 2.8 Q1 B2 .

Zander, N., Raimann, F., Naimi, A., Brüggmann, D., Louwen, F. y Jennewein, L. (2022). La evaluación combinada del peso fetal y del conjugado obstétrico predice el resultado del modo de nacimiento en partos de nalgas planeados por vía vaginal en mujeres primíparas: un estudio de Frabat. *Journal of Clinical Medicine* , 11. <https://doi.org/10.3390/jcm11113201> .

Zavala-García, Abraham, Ortiz-Reyes, Heidy, Salomon-Kuri, Julie, Padilla-Amigo, Carla y Preciado Ruiz, Raymundo. (2018). Periodo intergénico: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* , 83 (1), 52-61. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>

Zhao, J., Hao, J., Xu, B., Wang, Y., y Li, Y. (2021). Impacto de una cesárea previa en los resultados reproductivos después de la tecnología de reproducción asistida:

revisión sistemática y metanálisis. *Biomedicina reproductiva en línea* .
<https://doi.org/10.1016/J.RBMO.2021.04.007> .

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos Generales del paciente:

Nombre:

Edad:

Parto vaginal exitoso con antecedente de cesárea previa: Si () No ()

Factores gineco-obstétricas

Periodo intergenésico: Corto () Normal () Prolongado ()

Antecedente de PVCP: Si () No ()

Control prenatal: Adecuado () Inadecuado ()

Parto espontáneo: Si () No ()

Psicoprofilaxis Si () No ()

Factores fetales:

Presentación fetal: Cefálica () Nalgas () Transversa () Frente ()

Posición fetal: Occipito anterior () Occipito posterior () Occipito lateral ()

Edad gestacional: ≤ 36 semanas () 37-40 semanas () ≥ 41 semanas ()

Peso fetal estimado: PEG () AEG () GEG ()

Observaciones:.....

EXAMEN FÍSICO

1. FUNCIONES VITALES:

PRESIÓN ARTERIAL: _____ FC: _____ FR: _____
TEMPERATURA: _____ SAT. O₂: _____ PESO: _____

2. ECTOSCOPIA: _____

3. EXAMEN CLÍNICO GENERAL:

- PIEL Y ANEXOS: _____
- T.G.S.C. _____
- SISTEMA LINFÁTICO: _____

4. EXAMEN CLÍNICO REGIONAL:

- CABEZA: _____
 - ✓ Ojos: _____
 - ✓ Orolaringe: _____
 - ✓ Oídos: _____
- CUELLO: _____
- TÓRAX: _____
 - ✓ Pulmones: _____
- CARDIOVASCULAR: _____
- ABDOMEN: _____
- GENITO URINARIO: _____
- MIEMBROS SUPERIORES: _____
- MIEMBROS INFERIORES: _____
- NEUROLÓGICO _____
 - ✓ Escala de Glasgow: _____

5. DIAGNÓSTICOS:

6. PLAN DE TRABAJO:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

SERVICIO: Medicina Cirugía Traumatología Cama N°: _____

RESUMEN DE PARTO

GINECO -OBSTETRICIA

Para ser llamado por persona profesional que atendio el parto

Fecha de Ingreso _____ Hora: _____ Controlada: SI NO
 Formula Obstétrica G P _____ URN _____ EG: _____ Semana _____
 Membranas : R Horas _____

PRIMER PERIODO

Inicio Espontaneo Inducido Estimulado
 Normal
 Anormal Especificar _____

SEGUNDO PERIODO

Normal
 Anormal Especificar _____

Parto Fecha _____ Hora: _____ Sencillo: Multiple
 Espontaneo: Inducido: Instrumentado:
 Episiotomía: _____ MLD _____ MLI _____ Desgarro: I - II - III - IV
 Vacuum Extractor: Forceps: Tipo Cesarea
 Extracción Podálica: Analgesia Anestesia:

TERCER PERIODO

Normal: Schultz: Duncan:
 Anormal: Especificar: _____
 Pérdida Sanguínea : _____ cc.

ATENDIDO

Responsable Atención Materna (Nombre): _____
 Responsable Atención Neonatal (Nombre): _____

Neonato	Parto	Asesina	Realizadora	Desarrollada	Entrenada
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

ANEXOS

Placenta Diámetro: _____ X _____ cm Peso: _____ gr.
 Completa: Incompleta: Infartos
 Membranas: C I D Ruptura: _____ cm del borde
 Cordón: Long: _____ cm céntrico: Excéntrico: Marg:
 Velamentos Nudos
 Circular: Simples: Doble: Triple: Otro:
 Líquido Amniótico: _____ cc Mal olor: Claro: Meconial

DURACION DEL PARTO

1er. periodo _____ Hrs. _____ M
 2do. periodo _____ Hrs. _____ M
 3er. periodo _____ Hrs. _____ M
 Total _____ Hrs. _____ M

Firma y Sello Responsable _____

Normal Anormal Especificar _____
 REVISION INSTRUMENTAL NO SI TIPO _____

Fecha/Hora				
Pulso/Tempert.				
Presión Art				
Invol UT				
Loquios				
Observaciones				
Examinador				

Egreso de C.O Fecha _____
 Destino Hora: _____
 Servidor S.Opera
 S.Legrados UCI
 Observaciones _____
 Firma Y Sello Responsable _____

DIAGNOSTICO Normal
 DEL PARTO Anormal Especificar _____

RECEN NACIDO: Para ser llenado por personal profesional de Neonatología

NACIMIENTO		INDICE APGAR AL 1'		
		0	1	2
Fecha	Apgar	Tono Muscular	Flacidez	Ala Flex.Extremid.
Hora	1 min. 5 min	Respuesta al Cateter	No Responde	Mueca
sexo	<input type="checkbox"/>	Respiración	Ausente	Lenta Irregular
Peso	<input type="checkbox"/>	Latidos Cardiacos	Ausente	Monos de 100
Talla	<input type="checkbox"/>	Color de piel	Ciandótico	Pálida
Malformaciones	<input type="checkbox"/>	Total		

Edad por Ex. FISICO _____
 PESO EG _____
 REA RES _____
 Adiec No
 Peq Mas
 Gde Tub
 Per Cet
 _____ cm

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	SERV. N°	CAMA N°	HISTORIA CLÍNICA N°

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente documento autorizo a los médicos tratantes (1)

Para que efectúen en (2)

Una intervención quirúrgica de (3)

y/o aquellos que puedan derivarse de la anterior y acepto los riesgos que de ella (o) puedan (n) originarse ; así como posibles secuelas de las que ha recibido información detallada.
Asimismo, autorizo la administración del anestésico que sea más conveniente conforme al criterio del anestesiólogo ; a las transfusiones de sangre o plasma y a la medicación que sean necesarias a juicio de los médicos tratantes ; a disponer de cualquier tejido u órgano que sea extirpado como resultado de la operación . Autorizo , también , el examen médico especializado , al tratamiento médico especializado ; y la necropsia que se considere necesaria o aconsejada para el diagnóstico. (4)
En fe de lo cual firmo.

Fecha: / /

Nombre (5)
DNI

Firma (5)

Nombre (6)
DNI

Firma (6)

Legenda: (1) Nombre del médico que va a realizar la IQ (5) Nombre y firma de la paciente y N° de DNI.
(2) Nombre de la paciente a operar y parentesco si es necesario (6) Nombre y firma del familiar o acompañante y N° de DNI.
(3) Nombre de la IQ a realizar Ley Código Sanitario.....
(4) Ley Código Civil.....
Ley Código Penal.....

SOLICITUD DE ALTA VOLUNTARIA

Conste por el presente documento, que la suscrita no desea ser sometida al tratamiento médico y/o quirúrgico propuesto por el cirujano (1), quees el indicado para mi recuperación, pidiendo mi alta por mi propia voluntad y relevándose de cualquier responsabilidad.

Fecha: / /

Nombre (5)
DNI

Firma (5)

Nombre (6)
DNI

Firma (6)

Nombre de autoridad legal que autoriza:
En caso de negativa)

APELLIDO PATERNO:	MATERNO:	NOMBRES	SERV.N°	CAMA N°	HISTORIA



DATOS MATERNOS

ESAD

SEXO-CRIL

E. INSTRUCCION

FACTOR Edad años E. PREGN.

DOMICILIO

DIRECCION TEL.

CODIGO POSTAL

ANTECEDENTES PREVIOS AL EMBARAZO ACTUAL

PERO TALLA G P

ES. PUS ES. PU. ES. C.

ANTECEDENTES DE RIESGO PERINATAL

GEST. ANTER. A P INE. INTER.

Peso > 4000 Peso > 3500 Part. Incompletos Muerte neonatal Malformaciones Diabetes

ANTECED. FAMILIARES

Ninguno Diabetes T.B.C. Gemelares Malformaciones Otras

INFECC. MATERIAS

Ninguno T.B.C. activa Lisis TORCH ITU Síntic Ureútica + Gonor. Otras

ENF. MATERIAS

Ninguno Pre eclampsia Eclampsia HTA Escurritosa Anemia Diabetes Mellitus Hip. - Hipertens. Otras

EXÁMENES AL NACER

GRUPO B Hb. Hct.

Coagul. HPT Examen de Ojos

ECG Otros

CRF No SI

SI NECES.

FARMACOS EN GESTACION

INDICADORES DEL EMBARAZO Y PARTO

F. VENTIL. PA TEMP. °C

INICIO DE LABOR

FECHA / /

HORA

Espontánea Inducida Desconocida

PRESENTACION

Cefálica Podalica Cara Frente Transversaria Desconocida

SUPLENIMIENTO FETAL

No Leve Trastornada Severa DPE Distors. cordón Activo

ANESTESIA

Ninguna Local Peridural Epidural Raquídea General Otro

SINCA

Oxígeno Buffers Glucósidos Anticoagul.

PARTO

Espontánea Precipitado Prolongado Retenido

1er período min.

2do período min.

TIPO DE PARTO

Estático Fónico Vacuo Cesario electivo Cesario emergente Podalica

INDICACION CESARIA

Cesario previo Subinversión fetal Pecho prolongado Hemorragia Errores Pre-natales ICP Otro

INDICACION CESARIA

Solo parto E. Quirúrgico Cema Emergencia Sumaria Vehículo - Seguridad Otro

RUPT. MEMB.

Minutos

Horas

Días

LIQUIDO AMNÍOTICO

Normal Fétido Mucoso

Sangriento Polvoso Oligomucoso

CONDICION UMBILICAL

Normal Grueso Flaco

Reactivo Frío Otro

PLACENTA

Normal Hipotrof. Calc. inf. Coagulada

APLICACION SUJETO HORA

SUJ. N° CABA N° HISTORIO CLINICO



CONSTANCIA

El que suscribe, Presidente del Comité de Ética en la Investigación del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro, este colegiado ha **REVISADO** el 24 de julio del 2024, el Proyecto de Investigación para obtener el título profesional de Médico Cirujano, Titulado: **“Factores Asociados al Éxito del Parto Vaginal Después de Una Cesárea, en Gestantes del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro Durante el Proceso 2023 – La Merced”**, presentado por la investigadora: **GERALDINE LUCERO SEGURA ATACHAGUA**, Bachiller en Medicina Humana por la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

Asimismo, no habiendo encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuesto en el Reglamento Interno, se concluye con la **APROBACION** del presente estudio, debiendo cumplir con los principios de ética en la investigación.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado.

La Merced, 30 de julio del 2024

Atentamente,



M.C. DONNY MELGAR RUIZ
Presidente del Comité de Ética

MEMORANDO N° 061-2024-GRJ/DRSJ/ HRDMT-JCDC/UADI

A : **M.C. Luis Alberto QUINTANA LÓPEZ**
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia

: **CPC. Paulo C. PILAR CAPCHA**
(e) Unidad de Estadística e Informática

ASUNTO : Autorización para realizar trabajo de Investigación.

Lugar y Fecha : La Merced, 02 de agosto del 2024

Mediante el presente se le comunica a usted, que la Bach. En Medicina Humana **SEGURA ATACHAGUA Geraldine Lucero**, procedente de la Universidad Nacional "Daniel Alcides Carrión" de Pasco, ha sido evaluado por el Comité de Ética e Investigación para realizar el Trabajo de Investigación, Titulado: **"Factores Asociados al Éxito del Parto Vaginal Después de Una Cesárea, en Gestantes del Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro Durante el Proceso 2023 – La Merced;** la misma que se **AUTORIZA** para su correspondiente ejecución.

Su despacho deberá brindar las facilidades del caso, para el cumplimiento de sus objetivos académicos.

Atentamente,

DAMR/LRGR/gme..

C.c. Interesado

C.c. Archivo

N° Reg. Doc.: 08126628

N° Reg. Exp : 05584241



GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL
"DR. JULIO CESAR DEMARINI CARO"
MC. DONNY ALONSO MELGAR RUIZ
CMP: N° 66278
DIRECTOR

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO DEL PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA, EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL DR. JULIO CESAR DEMARINI CARO DURANTE EL PERIODO 2023 - LA MERCED

I. DATOS:

APELLIDO Y NOMBRE DEL EXPERTO	CARGO DEL EXPERTO
QUINTANA LOPEZ LUIS	GINECO - OBSTETRA

II. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO
CLARIDAD	Está formada con un lenguaje apropiado comprensible y sencillo para el objeto de estudio			X
OBJETIVIDAD	Capacidad observable adecuado para el tema de investigación			X
ACTUALIDAD	Es adecuado al contexto de la investigación			X
ORGANIZACIÓN	El cuestionario contiene una organización lógica y secuencial de preguntas			X
SUFICIENTE	Preguntas suficientes para evaluar los indicadores propuestos			X
CONSISTENCIA	El instrumento responde al problema formulado de investigación			X
COHERENCIA	Existe correlación entre indicadores y dimensiones			X
METODOLOGIA	El instrumento responde a la metodología de la investigación			X

GOBIERNO REGIONAL DE LA MERCEDES
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUMANA
 HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL
 DR. JULIO CESAR DEMARINI CARO

Dr. Luis Quintana López
 C.M.P. N 28630 RNE: N° 9128
 GINECO - OBSTETRA

EXPERTO

AUTOR

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO DEL PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA, EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL DR. JULIO CESAR DEMARINI CARO DURANTE EL PERIODO 2023 - LA MERCED

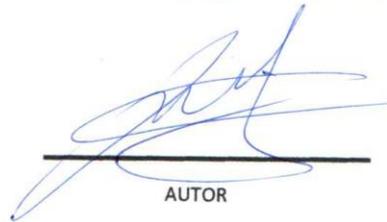
I. DATOS:

APELLIDO Y NOMBRE DEL EXPERTO	CARGO DEL EXPERTO
ROSAS CASTIÑO MICHAEL	GINECO - OBSTETRA

II. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO
CLARIDAD	Está formada con un lenguaje apropiado comprensible y sencillo para el objeto de estudio			X
OBJETIVIDAD	Capacidad observable adecuado para el tema de investigación			X
ACTUALIDAD	Es adecuado al contexto de la investigación			X
ORGANIZACIÓN	El cuestionario contiene una organización lógica y secuencial de preguntas			X
SUFICIENTE	Preguntas suficientes para evaluar los indicadores propuestos			X
CONSISTENCIA	El instrumento responde al problema formulado de investigación			X
COHERENCIA	Existe correlación entre indicadores y dimensiones			X
METODOLOGIA	El instrumento responde a la metodología de la investigación			X


 EXPERTO
 GINECOLOGO - OBSTETA
 C.M.P: 062123 A.N.E: 035537


 AUTOR

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO DEL PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA, EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL DR. JULIO CESAR DEMARINI CARO DURANTE EL PERIODO 2023 - LA MERCED

I. DATOS:

APELLIDO Y NOMBRE DEL EXPERTO	CARGO DEL EXPERTO
MARCELA VERA JONGA	GINECO - OBSTETRA

II. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO
CLARIDAD	Está formada con un lenguaje apropiado comprensible y sencillo para el objeto de estudio			X
OBJETIVIDAD	Capacidad observable adecuado para el tema de investigación			X
ACTUALIDAD	Es adecuado al contexto de la investigación			X
ORGANIZACIÓN	El cuestionario contiene una organización lógica y secuencial de preguntas			X
SUFICIENTE	Preguntas suficientes para evaluar los indicadores propuestos			X
CONSISTENCIA	El instrumento responde al problema formulado de investigación			X
COHERENCIA	Existe correlación entre indicadores y dimensiones			X
METODOLOGIA	El instrumento responde a la metodología de la investigación			X

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
INSTITUTO VAGINAL DE LA INVESTIGACIÓN
HOSPITAL REGIONAL REGIONAL DE LA MERCED
Dr. Marcela Vera Jonga
M.P. N. 300170 RNE 13027
GINECO-OBSTETRA

EXPERTO

AUTOR

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	
¿Cuáles son los factores que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced?	Determinar los factores que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced.	Existen factores asociados al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced.	<p>Variable de Supervisión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto vaginal exitoso con antecedente de cesárea previa <p>Variable de Asociación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores gineco-obstétricos • Factores fetales
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Tipo de investigación

<p>1. ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced?</p> <p>2. ¿Cuáles son los factores fetales que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced?</p>	<p>1. Identificar los factores gineco-obstétricos que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced.</p> <p>2. Identificar los factores fetales que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced.</p>	<p>1. Existen factores gineco-obstétricos que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced.</p> <p>2. Existen factores fetales que se asocian al éxito del parto vaginal después de una cesárea, en gestantes del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro durante el periodo 2023 – La Merced.</p>	<p>Tipo básico, de nivel descriptivo observacional analítico; de enfoque cuantitativo.</p> <hr/> <p>Método de investigación</p> <hr/> <p>Investigación correlacional que usará un método de estudio no experimental analítico, ya que se van a explorar la asociación entre variables.</p>
--	--	--	---

Panel Fotográfico

