

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO Y FACTORES FAVORABLES PARA
UN PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
III DANIEL ALCIDES CARRIÓN - ESSALUD - TACNA,
JULIO - DICIEMBRE - 2016

TESIS

Presentada por:

Bach. Wendy Isabel Valderrama Sedrane

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO Y FACTORES FAVORABLES PARA
UN PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN-ESSALUD
-TACNA, JULIO-DICIEMBRE-2016**

BACH. WENDY ISABEL VALDERRAMA SEDRANE

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

UNANIMIDAD

Aprobado por SOBRESALIENTE, ante el siguiente Jurado:



Dra. Rinna Pilco Velásquez

Presidenta



Lic. Vladislava Vigil Dávalos

Secretaria



Med. Luis David Vela Moscoso

Miembro



Lic. Patricia Ramos Huajardo

Asesora Interna

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a nuestro señor Dios que siempre cuida de nosotros y nos brinda fortaleza para seguir adelante.

Agradezco a mi asesora de la Escuela Profesional de Obstetricia, Lic. Obst. Patricia Ramos Huajardo, por su apoyo y sus consejos para culminar de manera satisfactoria la presente investigación.

Agradezco a mi familia quienes con toda la comprensión del mundo me apoyaron en todas las fases de mi vida y desean lo mejor para mí.

DEDICATORIA

A Dios que me da la vida y fortaleza en todo momento, gracias a sus enseñanzas que permiten que siga adelante con optimismo.

A mis profesores de la Escuela Profesional de Obstetricia quienes con su apoyo y consejos son un modelo a seguir para ser una mejor profesional.

A mi familia y amigos quienes con su apoyo hicieron posible el desarrollo de esta tesis.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	i
DEDICATORIA	ii
CONTENIDO	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xv
RESUMEN.....	xxiv
ABSTRACT.....	xxv
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Hipótesis.....	5
1.4.1. Hipótesis general	5
1.5. Justificación e importancia.....	6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema	8
2.2. Fundamentos teóricos	26
2.2.1. Vía de culminación del parto	26
2.2.2. Parto por vía vaginal	28
2.2.3. Parto por vía abdominal o cesárea	33
2.2.4. Parto con cesárea previa	47
2.2.5. Factores favorables para un parto vaginal	50
2.2.6. Características del recién nacido	59
2.3. Definición de términos	62

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación	64
3.2. Diseño de investigación	64
3.3. Población y muestra	64
3.3.1. Población	64
3.3.2. Muestra	65
3.4. Operacionalización de variables y variables de estudio	66
3.4.1. Variables de estudio	66

3.4.2. Operacionalización de variables	68
3.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	71
3.5.1. Métodos	71
3.5.2. Técnica de recolección de datos.....	71
3.5.3. Instrumento de recolección de datos	71
3.6. Procesamiento y análisis.....	72

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

DISCUSIÓN	156
CONCLUSIONES	162
RECOMENDACIONES.....	164
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	166
ANEXOS.....	182

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según la edad.	76
Tabla 2:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el grado de instrucción.	78
Tabla 3:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre – 2016, según estado civil.	80
Tabla 4:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según la ocupación.	82

Tabla 5:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el número de controles prenatales.	85
Tabla 6:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según la paridad.	88
Tabla 7:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el periodo intergenésico.	90
Tabla 8:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según la edad gestacional.	92

Tabla 9:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el motivo de cesárea anterior.	94
Tabla 10:	Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “edad menor a 35 años” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre-2016.	97
Tabla 11:	Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “no persiste el motivo de la cesárea anterior” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	100

Tabla 12:	Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	103
Tabla 13:	Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “parto vaginal previo” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	106
Tabla 14:	Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “inicio del trabajo de parto espontáneo” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	109

Tabla 15:	Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “ponderado fetal entre 2501 y 3999 gr” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	112
Tabla 16:	Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “monitoreo electrónico fetal al ingreso reactivo” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	115
Tabla 17:	Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “monitoreo electrónico fetal intraparto negativo” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	118

Tabla 18:	Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “pelvis ginecoide” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	122
Tabla 19:	Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según la vía de culminación del parto.	125
Tabla 20:	Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el motivo de la cesárea actual.	127

Tabla 21:	Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el bloqueo tubárico bilateral.	130
Tabla 22:	Tabla de contingencia entre la vía de culminación del parto y la existencia de complicaciones postparto en las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	132
Tabla 23:	Tabla de contingencia entre la vía de culminación del parto y el tipo de complicación postparto en las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	135

Tabla 24:	Tabla de contingencia entre el peso del recién nacido y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	138
Tabla 25:	Tabla de contingencia entre el Apgar del recién nacido al minuto y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre – 2016.	141
Tabla 26:	Tabla de contingencia entre el Apgar del recién nacido a los cinco minutos y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	144

Tabla 27:	Tabla de contingencia entre la existencia de complicaciones neonatales y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	147
Tabla 28:	Tabla de contingencia entre el tipo de complicación neonatal y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	150
Tabla 29:	Asociación entre el número de factores favorables y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016.	153

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según la edad.	77
Gráfico 2:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según grado de instrucción.	79
Gráfico 3:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según estado civil.	81
Gráfico 4:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según la ocupación.	84

Gráfico 5:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el número de controles prenatales.	87
Gráfico 6:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según la paridad.	89
Gráfico 7:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el periodo intergenésico.	91
Gráfico 8:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según la edad gestacional.	93

Gráfico 9:	Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el motivo de cesárea anterior.	96
Gráfico 10:	Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “edad menor a 35 años” y la vía de culminación del parto.	99
Gráfico 11:	Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre – 2016, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “no persiste el motivo de la cesárea anterior” y la vía de culminación del parto.	102

- Gráfico 12: Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el factor favorable denominado “cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica” y la vía de culminación del parto. 105
- Gráfico 13: Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “parto vaginal previo” y la vía de culminación del parto. 108
- Gráfico 14: Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “inicio del trabajo de parto espontáneo” y la vía de culminación del parto. 111

- Gráfico 15: Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “ponderado fetal entre 2501 y 3999 gr” y la vía de culminación del parto. 114
- Gráfico 16: Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “monitoreo electrónico fetal al ingreso reactivo” y la vía de culminación del parto. 117
- Gráfico 17: Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “monitoreo electrónico fetal intraparto negativo” y la vía de culminación del parto. 121

- Gráfico 18: Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “pelvis ginecoide” y la vía de culminación del parto. 124
- Gráfico 19: Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según la vía de culminación del parto. 126
- Gráfico 20: Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el motivo de la cesárea actual. 129
- Gráfico 21: Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el bloqueo tubárico bilateral. 131

- Gráfico 22: Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según la vía de culminación del parto y la existencia de complicaciones postparto. 134
- Gráfico 23: Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el tipo de complicación postparto y la vía de culminación del parto. 137
- Gráfico 24: Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el peso del recién nacido y la vía de culminación del parto. 140

- Gráfico 25: Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el Apgar al minuto del recién nacido y la vía de culminación del parto. 143
- Gráfico 26: Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el Apgar a los cinco minutos del recién nacido y la vía de culminación del parto. 146
- Gráfico 27: Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según la existencia complicaciones neonatales y la vía de culminación del parto. 149

Gráfico 28: Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio-diciembre - 2016, según el tipo de complicación neonatal y la vía de culminación del parto. 152

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre los factores favorables para un parto vaginal y la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea anterior.

Métodos: Se realizó una investigación de tipo descriptiva, retrospectiva, de corte transversal; de diseño cuantitativo, no experimental y analítico. La muestra de estudio estuvo conformada por 101 pacientes con cesárea anterior que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna. Se aplicó una ficha de recolección de datos, posteriormente se estimó la relación entre el número de factores favorables para un parto vaginal y la vía de culminación del parto con la prueba de hipótesis de chi cuadrado.

Resultados: La mayoría de pacientes que culminaron su gestación en parto vaginal tuvo de 7 a 9 factores favorables (74,3%). En contraste la mayoría de pacientes que culminaron su gestación en cesárea tuvieron de 0 a 6 factores favorables (89,4%).

Conclusiones: La vía de culminación del parto se relaciona significativamente con el número de factores favorables presentes en las pacientes con cesárea anterior ($p < 0,05$).

Palabras clave: Vía del parto, factores favorables, cesárea anterior.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between favorable factors to a vaginal birth and birth route in pregnant women with previous caesarean section.

Methods: The study was descriptive, retrospective cross-sectional investigation is carried out; of quantitative, non-experimental and analytical design. The study sample consisted of 101 patients with a previous cesarean section who went to the Gynecological-Obstetrics service of the Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna. A data collection sheet was applied and the association between the number of favorable factors and the birth route was estimated with the test of chi square.

Results: Most of the patients who completed their gestation in vaginal delivery had 7 to 9 favorable factors (74.3%). In contrast, the majority of patients who culminated their pregnancy in cesarean section had 0 to 6 favorable factors (89.4%).

Conclusions: The birth route is significantly associated to the number of favorable factors present in patients with previous cesarean section ($p < 0.05$).

Key words: Via of childbirth, favorable factors, previous cesarean.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS la incidencia de cesáreas debe oscilar entre un 10 a 15% ¹, en Perú la cifra está en 35.4% según el boletín epidemiológico emitido por el Ministerio de Salud al 2015, donde reveló que las cesáreas en todo el país han aumentado de 21,4% a 35,4% entre los periodos 2009 y 2015 en Tacna esta cifra está en 47,19% ² y en el Hospital III Daniel Alcides Carrión la cifra está en 41.4% según el reporte anual de estadística institucional emitido por Essalud en 2015 ³.

Para una mujer gestante que no desea someterse a trabajo de parto, la cesárea comprende como un medio para facilitar el parto, no tomándose en cuenta que conlleva repercusiones por ejemplo anestésicas (hipotensión, paro cardiorrespiratorio, cefalea post punción), complicaciones pre y post operatorias (clave roja, hematoma peritoneal) ya que el riesgo de hemorragia es mayor, también existe el riesgo de lesiones en órganos anexos (vías urinarias). Así mismo, el riesgo para el feto esta inherente por la misma intervención quirúrgica ⁴.

Un parto vaginal exitoso después de una cesárea representa un logro, eliminando el axioma “hecha una cesárea, siempre una cesárea” el cual indica el triunfo del proceso biológico natural de la mujer parturienta,

también los beneficios de una recuperación rápida del parto y de una lactancia precoz ⁵.

La presente investigación busca dar una respuesta acerca de la importancia de tomar una nueva perspectiva acerca del pronóstico de la mujer gestante con antecedente de cesárea, determinando la asociación entre los factores favorables para un parto vaginal y la vía de culminación del parto en la muestra de estudio.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Según la OMS desde 1985, la comunidad sanitaria internacional ha considerado que la tasa “ideal” de cesáreas se encuentra entre el 10% y el 15% ⁶. En las Américas, cuatro de cada diez partos son por cesárea, superando el ideal de uno de cada diez considerado por profesionales de la salud de todo el mundo. Sin Embargo en países como en Brasil dichas cifras están en 50% ⁷.

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, y su frecuencia sigue aumentando, sobre todo en países con ingresos altos y medianos. Aunque permite salvar vidas humanas, a menudo se practica sin que existan indicaciones clínicas que los sustenten; lo cual pone a la mujer parturienta y a los recién nacidos en riesgo de sufrir problemas de salud a corto y a largo plazo ⁸.

Nuevos estudios revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando dicha tasa se acerca al 10%, y varios estudios demuestran que las tasas de morbi-mortalidad aumentan cuando se supera esa cifra del 10% ⁶.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la asociación entre los factores favorables para un parto vaginal y la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, Julio-Diciembre-2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la asociación entre los factores favorables para un parto vaginal y la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, Julio-Diciembre-2016.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar las características sociodemográficas y obstétricas en gestantes con cesárea anterior.
2. Describir los factores favorables para un parto vaginal en gestantes con cesárea anterior.
3. Determinar la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea anterior.
4. Describir según la vía de culminación del parto los resultados maternos y neonatales.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

La cantidad de factores favorables para un parto vaginal se asocia significativamente con la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, Julio-Diciembre-2016.

1.5. Justificación e Importancia

Importancia:

Es importante debido a que la alta incidencia de cesáreas constituye un problema de salud pública tanto a nivel internacional como nacional ¹, ya que esta puede aumentar las tasas de morbilidad materno-perinatal por las complicaciones y discapacidades significativas que pueden producir e incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas sustentadas. Tanto la cesárea programada como la de urgencia conllevan una serie de riesgos.

Relevancia:

Es relevante porque se observa un notable incremento del número de cesáreas realizadas en relación a los partos vaginales a nivel mundial, identificándose en muchos casos la cesárea anterior como uno de los principales criterios para realizar esta cirugía. Por consiguiente es necesario que se determinen los factores favorables para un parto vaginal.

Trascendencia:

Es trascendental porque esta investigación busca contribuir el desarrollo de intervenciones oportunas por parte del equipo de salud, en beneficio de las mujeres con cesárea anterior, teniendo una buena óptica en los factores favorables para un parto vaginal, de esta manera reducir los altos índices de cesáreas y disminuir la morbimortalidad materno perinatal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional:

López, F.; et. al.; realizaron un estudio en Argentina en 2008, denominado “Síndrome de dificultad respiratoria neonatal: comparación entre cesárea programada y parto vaginal en un recién nacido de término”, cuyo objetivo fue comparar la prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria en neonatos nacidos por parto vaginal versus la cesárea electiva en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Tomó como grupo de estudio a recién nacidos mayores o igual a las 37 semanas de edad gestacional, de embarazo único, sin malformaciones y sin patología fetal nacidos por cesárea programada. Como resultado obtuvo dos grupos de estudio, las que tuvieron cesárea (estudio) N= 221 y parto vaginal (control) N= 221. En el grupo de estudio hubo 14 casos (14/221; 6,33%) y en el grupo control 4 casos (4/221; 1,80%). Tuvieron como conclusión que los recién

nacido a término cuya vía del parto fue por cesárea programada tuvieron mayor riesgo de síndrome de dificultad respiratoria que los nacidos por parto normal ⁹.

Cuero, O.; et. Al.; 2009, Cali-Colombia; realizaron un estudio denominado “Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali. Estudio de cohorte”, el cual tuvo como objetivo determinar la incidencia de parto vaginal después de una cesárea previa y evaluar la capacidad predictiva del puntaje predictor de parto vaginal descrito por Flamm. Este estudio de cohorte retrospectivo se realizó en mujeres con antecedente de cesárea y embarazo de al menos 37 semanas, que consultaron al Hospital San Juan de Dios de Cali. Cuyos resultados fueron que la proporción de parto vaginal en este grupo fue del 20,3%. El 36% de las gestantes con puntajes entre 4 y 7 tuvieron parto vaginal y el 83% de las gestantes con 8 o más puntos. Como conclusión determina que la frecuencia de parto vaginal posterior a cesárea es del 20%. Las gestantes con puntajes menores de 4 tuvieron una baja probabilidad de tener un parto vaginal ¹⁰.

Rodríguez, E.; et. al.; 2013, Santiago-Chile; realizaron un estudio denominado “Vía de parto tras cesárea anterior: factores asociados a la cesárea previa”, cuyo objetivo es analizar si la vía de parto después de una cesárea está condicionada por el motivo de la cesárea previa, y si la vía vaginal comporta mayor número de complicaciones para la madre o el feto, fue un estudio retrospectivo donde se tomó como muestra a 143 pacientes con cesárea previa que tuvieron parto en dicho servicio en un período de 5 años. Obteniéndose como resultado diferencias estadísticamente significativas al comparar el tipo de parto con la indicación de la cesárea previa: un 100% de cesáreas con cesárea previa son por primiparidad añosa; un 82,1% por desproporción cefalopélvica; un 41,4% por riesgo de pérdida de bienestar fetal, y un 27,8% por presentación de nalgas, como conclusión determinaron que la cesárea previa influye de forma decisiva en la probabilidad de tener un parto vaginal ulterior. Por otro lado concluyeron que la vía vaginal no conlleva más complicaciones para la madre o para el feto¹¹.

Romero J.; 2013, Guayaquil – Ecuador, realizó un estudio denominado “Determinación de los factores favorable para un parto vaginal post cesárea en primigestas juveniles de 15 a 20 años en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel”, tomó como muestra a adolescentes que tuvieron parto vaginal en el servicio de Obstetricia de dicho establecimiento, estudió a 20 pacientes adolescentes de 15 a 20 años de edad con antecedentes de cesárea previa que fueron atendidas en el servicio de Obstetricia, durante la culminación de su embarazo. Como técnicas e instrumentos utilizó la observación y la elaboración de un formulario para la recolección de datos. Cuyos resultados fueron según el grupo etario el 60% corresponde entre los 19 a 20 años, el 40% entre los 17 a 18 años. Luego el periodo intergenésico corresponde en un 60% más de 2 años y en un 40% entre 1 a 2 años. También el 85% de los trabajos de parto fueron conducidos y el 15% fueron espontáneos. El 100% de las pacientes terminaron con una buena evolución del trabajo de parto y parto. El 15% presentó complicaciones el cual fueron resueltas, el 90% de los neonatos presentaron un Apgar mayor a 7 y el 10% entre 4 a 6, el 90% de los recién nacido

no presentaron ninguna complicación, mientras que el 10% si presentaron siendo resueltas rápidamente. Es decir que en un 90 % el beneficio de un parto post cesárea constituye en beneficios tanto maternos como neonatales ¹².

2.1.2. A nivel nacional:

Huayllasco M.; 2011, Lima – Perú, realizó un estudio denominado “Asociación de la vía de culminación del parto según los resultados del monitoreo electrónico fetal de las gestantes atendidas en el Hospital Jorge Voto Bernales, Essalud, 2011”, tuvo como objetivo determinar la asociación del resultado del monitoreo electrónico fetal con la vía de culminación del parto de las gestantes atendidas en el Hospital Jorge Voto Bernales. Realizó un estudio observacional, retrospectivo y relacional. La muestra estuvo conformada por 78 gestantes nulíparas a término. De las 78 gestantes evaluadas, el 82,1% (64 pacientes) de ellas tuvo de 3 a más movimientos y sólo el 17,9% (14 pacientes) presentó de 1 a 2 movimientos. De las 78 gestantes evaluadas, en el 62,8% (49 pacientes) de ellas estuvo presente la reactividad cardiaca fetal, y sólo en un 3,8% (3 pacientes), ausente. De las 78 (100%) pacientes evaluadas,

el 51,3% (40 pacientes) tuvieron su parto por cesárea, de las cuales el 47,5% (19 pacientes) tuvo diagnóstico de test no estresante sospechoso y sólo el 10% (4 pacientes), el test no estresante patológico. 48,7% (38 pacientes) de ellas tuvieron parto vaginal, de las cuales en el 71,1% (27 pacientes) el test no estresante fue normal, y sólo el 2,6% (1 paciente) presentó el test no estresante patológico. Como conclusiones hallaron que el diagnóstico del test no estresante tuvo relación significativa con la vía de culminación del parto ¹³.

Vargas A.; Lévano J.; Lazo M.; 2011, Lima – Perú, realizaron el estudio denominado “Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en el Hospital Nacional Cayetano Heredia”, cuyo objetivo era determinar si los puntajes de Flamm y Grobman son útiles para predecir el éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior del hospital general, en gestantes a término con historia de una cesárea previa. Donde recolectaron datos demográficos y obstétricos del ingreso, y aplicaron los puntajes de Flamm y Grobman. Se estudió a 398 gestantes con antecedente de cesárea anterior y trabajo de parto

espontáneo que ingresaron por el servicio de emergencia. Cuyos resultados fueron comparados, la cual fue 95% de aciertos para la escala de Flamm y 89% para la escala de Grobman. Como conclusión de la comparación de ambos puntajes, el de Flamm fue mejor predictor. Ambos puntajes demostraron ser útiles para predecir el éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior, siendo el de Flamm mejor predictor ¹⁴.

Patiño G.; 2011, Tumbes – Perú, realizó un trabajo denominado “Tasa de Incidencia y factores determinantes de la cesárea en los Hospitales de Tumbes 2011”. Cuyo objetivo fue conocer los factores maternos y fetales asociados a la cesárea y la frecuencia de la operación en las cesareadas de los hospitales del ministerio de salud y EsSalud durante el año 2011. Donde se encontró que la frecuencia de cesárea en el hospital de EsSalud fue de 58,76 %, y de 49,52 % en el MINSA. Los factores maternos para la indicación de cesárea en los dos hospitales de Tumbes estudiados durante el 2011 fue la cesárea previa en las pacientes mayores de 25 años, con una gestación previa y más de seis controles prenatales. Como conclusión se

comprobó que los factores asociados a la cesárea son fundamentalmente maternos ¹⁵.

Reyes C.; 2013, Trujillo – Perú, realizó un estudio denominado “Resultados adversos materno-perinatales en gestantes sometidas a cesárea repetida y prueba de trabajo de parto posterior a cesárea, Hospital Víctor Lazarte Echegaray, período 2012-2013”. Cuyo objetivo era determinar y comparar los resultados adversos materno-perinatales de las gestantes sometidas a cesárea repetida y prueba de trabajo de parto posterior a cesárea, con una muestra de 35 gestantes en el grupo con prueba de trabajo de parto posterior y 35 gestantes sometidas a cesárea repetida. Cuyos resultados fueron que en el grupo de prueba de trabajo de parto posterior a cesárea hubo 3 casos de hemorragia posparto. En el grupo de cesárea repetida se encontró un caso de hemorragia posparto. En cuanto a los resultados perinatales se encontró; en el grupo de prueba de parto vaginal posterior a cesárea, un caso de síndrome de distrés respiratorio severo y en el grupo de cesárea electiva repetida un caso de síndrome de distrés respiratorio severo y un caso de Apgar menor a 7 a los 5 minutos. Como

conclusión no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados maternos perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa con indicación de prueba de trabajo de parto y cesárea repetida¹⁶.

Caldas M.; Carrión C.; 2015, Lima – Perú, realizaron un estudio denominado “Factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa en la clínica particular CORI GYN – Los Olivos”. Donde se estudió a 90 mujeres con cesárea previa. Para el análisis se utilizó la medida central y dispersión, así como frecuencias absolutas y relativas. Cuyos resultados fueron que la edad promedio de las mujeres con cesárea previa fue 29,6 años, donde la edad ≤ 35 años fue el predominante (96,7%), asimismo el grado de instrucción fue mayormente universitario (54,4%) y el estado civil casada (70,0%). Entre los factores maternos más frecuentes asociados a la decisión del parto vaginal fue el período intergenésico de 2 a 5 años (60,0%), parto vaginal previo en un 53,3%, ser multigesta (51,1%) e inicio de parto espontáneo (92,2%). En el 93,3% de los casos la decisión de la vía de

culminación fue tomada por el médico. Respecto a las complicaciones, el 6,7% presentaron complicaciones en el puerperio inmediato (retención de restos placentarios, sangrado e infección de episiotomía) y el 20,0% presentaron complicaciones en el puerperio mediano (fiebre, infección de episiotomía y alza térmica). En los factores fetales asociados a la decisión del parto vaginal se encontró que la edad gestacional fue de 38 a 40 semanas con un peso promedio de 3,296 gramos. Las conclusiones a las que se le llegó fue que los factores más frecuentes asociados a la decisión de parto por vía vaginal en mujeres con cesárea previa fueron el período intergenésico entre 2 y 5 años, parto vaginal previo, ser multigesta, además de la edad gestacional a término y ponderado del peso fetal normal ¹⁷.

Arranátegui G.; 2015, Trujillo – Perú, realizaron un estudio denominado “Factores predictores para prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria”. La población de estudio estuvo constituida por 90 gestantes con cesárea anterior. Cuyos resultados fueron distribuidos en dos grupos:

prueba de parto exitosa (30 casos) o fallida (60 controles). Concluyeron que el antecedente de parto vaginal es un factor favorable de prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa, también la multiparidad como factor favorable de parto vaginal en gestantes con cesárea previa, el periodo intergenésico óptimo mayor de 2 años y menor de 5 años como factor predictor de prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa, por último la edad materna adecuada entre 20 y 35 años es factor predictor de prueba de parto vaginal exitoso en gestantes con cesárea previa ¹⁸.

Medina J.; 2015, Lima – Perú, realizó un estudio denominado “Factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de Enero a Diciembre del 2015.” Cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la indicación de cesárea. Donde se estudió a 1666 pacientes que tuvieron parto por cesárea en dicho servicio. Cuyos resultados fueron que el porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año fue de 57,5%. Las gestantes entre 20 y 35 años tuvieron mayor frecuencia de someterse a dicha intervención. Del total de

cesáreas, el 68,7% correspondieron a las realizadas por emergencia, obtuvieron como la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo ¹⁹.

Curahua L.; 2015, Lima – Perú, realizó un estudio denominado “Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014”. Cuyos objetivos eran determinar las complicaciones materna durante el parto y puerperio en una mujer con cesárea anterior. Donde se estudió a 100 gestantes con cesárea previa que tuvieron un parto abdominal y 99 gestantes con cesárea previa que tuvieron un parto vaginal. Cuyos resultados fueron que las características generales de las pacientes con cesárea previa según tipo de parto fueron: la edad promedio del grupo de parto vaginal fue 28,65 años y del grupo de parto por cesárea fue 29,13 años. La mayoría de las pacientes del grupo de parto vaginal (46%) y de cesárea (49,5%) tuvieron edades con rangos entre 30 a 35 años. La indicación de cesárea anterior, el grupo de parto vaginal fue alteración de

la vitalidad fetal (21%), la preeclampsia-eclampsia (12%), la macrosomía (12%) y la presentación podálica (10%), mientras que en el grupo de parto por cesárea fueron la alteración de pérdida de la vitalidad fetal (33,3%), la desproporción feto-pélvica (14,1%), la preeclampsia-eclampsia (10,1%) y la macrosomía (7,1%). La indicación de cesárea actual fue antecedente de cesárea previa en el 35,4%, alteración de la vitalidad fetal en el 21,2% y la desproporción feto-pélvica en el 18,2%. Respecto a las complicaciones maternas de la cesárea previa en el grupo que culminó por parto vaginal fueron: el trauma perineal (29%), el alumbramiento incompleto (8%), los desgarros cervicales (4%) y la hemorragia intraparto (2%), y en el grupo que culminó en cesárea la principal complicación fue la hemorragia intraparto (8,1%). Las complicaciones maternas durante el puerperio que presentaron las pacientes de parto vaginal con cesárea previa fueron: la anemia (42%), la fiebre puerperal (7%) y la infección del tracto urinario (4%), y en las pacientes de parto por cesárea con cesárea previa se evidenció anemia (42,4%), fiebre puerperal (11,1%), infección de herida operatoria (4%) y hemorragia

posparto e infección del tracto urinario (3%) respectivamente. Y como conclusión determino que las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio que presentaron las pacientes con cesárea previa atendidas en el grupo de parto vaginal fue la anemia y el trauma perineal, y en el grupo de parto por cesárea fueron la anemia y la fiebre puerperal ²⁰.

Pérez M.; 2015, Lima – Perú, realizó el estudio “Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima”. Cuyo objetivo fue determinar la asociación entre el tipo de parto y las complicaciones perinatales y obstétricas del parto vaginal en gestantes con cesárea previa. Donde se clasificó a las gestantes en dos grupos: gestantes que culminaron en parto vaginal y gestantes que terminaron en cesárea. Donde estudió una muestra de 132 controles y 191 casos, siendo la población total 323. En los resultados se encontró que de las 191 pacientes que tuvieron parto vaginal, el 2,6% tuvo complicaciones; por su parte, de 133 pacientes que culminaron su parto por cesárea, el 0,8% registró

complicaciones. De las pacientes que sí tuvieron complicaciones maternas y perinatales, el 83,3% tuvo parto vaginal y el 16,7 % restante fue por cesárea. Respecto a las complicaciones maternas, se encontró que solo un 0,5% registró complicaciones maternas en el parto vaginal y que apenas un 0,8% las tuvo en el parto por cesárea. Respecto a las complicaciones perinatales, se halló que en el parto vaginal sólo un 2,1% si tuvo complicaciones perinatales, en tanto que en el parto por cesárea solo las tuvo un 0,8% de los sujetos estudiados. Concluyeron que del total de pacientes que tuvieron complicaciones perinatales, el 80% corresponde a parto vaginal mientras el 20% restante a parto por cesárea. No hallaron asociación significativa entre el tipo de parto y las complicaciones maternas y perinatales ²¹.

Miranda R.; 2016, Lima – Perú, realizó un estudio denominado “Resultados cardiotocográficos del monitoreo electrónico fetal intraparto en gestantes con rotura prematura de membranas relacionados con el tipo de parto en el Hospital María Auxiliadora – San Juan de Miraflores - 2016”, cuyo objetivo fue determinar la relación de los resultados cardiotocográficos del monitoreo electrónico fetal intraparto

en gestantes con ruptura prematura de membranas y el tipo de parto, atendidas en el Hospital María Auxiliadora, de San Juan de Miraflores - 2016. Realizó un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, retrospectivo, transversal. La muestra fue de 140 gestantes, cuyos resultados fueron que la variabilidad entre 5 a 10 latidos por minuto 53,9%; aceleraciones presentes 86,5%; movimientos fetales presentes de 3 a más 84,6%; desaceleraciones ausentes 65,4%; número de contracciones uterinas menor e igual a 5 en 10 minutos 98,1%; negativos 78,8%. El monitoreo intraparto entre la variabilidad; aceleraciones; movimientos fetales; desaceleraciones; existe relación estadísticamente significativa con el tipo de parto vaginal. Interpretación final se observó relación significativa con el tipo de parto vaginal, en gestantes con rotura prematura de membranas ($p=0.000$). Como conclusiones obtuvieron que los resultados cardiotocográficos del monitoreo electrónico fetal intraparto, en gestantes con ruptura prematura de membranas, están relacionados con el tipo de parto vaginal con alta significancia estadística ²².

2.1.3. A nivel local:

Huiza M.; 2014, Tacna – Perú, realizó un estudio denominado “Culminación del parto en gestantes con cesárea previa atendidas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud de Tacna, junio 2012 a junio 2013”, cuyo objetivo fue determinar la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea previa y que hayan desarrollado trabajo de parto espontáneo. Tuvo como muestra a 150 gestantes con los criterios de inclusión determinados. Los resultados fueron que las pacientes con cesárea previa seleccionadas culminaron la gestación en su mayoría en parto vaginal satisfactoriamente, además la indicación de cesárea anterior más frecuente de las pacientes mencionadas es el sufrimiento fetal y de las pacientes que terminaron otra vez con la indicación de cesárea en la mayoría fue por lo presentar la misma condición por la cual se les indicó la cesárea anterior ²³.

Suxo, M.; 2015, Tacna – Perú, realizó un estudio con el denominado “Incidencia y principales indicaciones de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Essalud-Tacna en el año 2015”; se realizó una investigación no

experimental, de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 563 pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Essalud-Tacna en el año 2015. Los principales resultados indican que se registraron 1354 partos, de los cuales 563 fueron cesáreas, como resultado determinó que la incidencia de cesárea de 41,6 %, las principales indicaciones de cesárea fueron: sufrimiento fetal agudo (15,6%), desproporción céfalo-pélvica por macrosomía fetal (11,2 %), presentación podálica (10,3 %), cesárea iterativa (9,8%), trabajo de parto disfuncional (9,4%) e inducción fallida (4,8 %) ²⁴.

Solis T.; 2016, Tacna – Perú, realizó un estudio con el denominado “El trabajo de parto previo a la cesárea disminuye el riesgo de taquipnea transitoria del recién nacido a término en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los años 2000-2016”, cuyo objetivo fue determinar si el trabajo de parto previo a la cesárea disminuye el riesgo de taquipnea transitoria del recién nacido. Tuvo como muestra a 208 recién nacidos. Los resultados fueron que los recién nacidos a término por

cesárea con trabajo de parto previo, el 17,3% presentó taquipnea transitoria del recién nacido y 30,4% sin trabajo de parto tuvo la misma condición. En las características maternas y neonatales de ambos grupos, las de mayor frecuencia son jóvenes, conviviente, con educación secundaria, sobrepeso, más de 6 controles prenatales, periodo intergenésico corto, primípara, como conclusión determinó que el trabajo de parto previo a la cesárea disminuye el riesgo de taquipnea transitoria del recién nacido a término ²⁵.

2.2. Fundamentos teóricos

2.2.1. Vía de culminación del parto

El parto marca el fin de la gestación, y dependiendo del estado de la duración de esta se hablará de parto a término si se inicia entre las 37 a 42 semanas cumplidas, desde que empezó su última menstruación. Se llama a término porque el 80% de los embarazos acaba dentro de dichos límites, naciendo fetos completamente maduros ²⁶.

La duración teórica del embarazo humano es de 40 semanas (280 días), pero son muy pocos partos los que se inician ese día, y tan solo el 28% lo hace durante esa semana. Por estos motivos se considera que la terminación en cualquiera de estas semanas es normal ²⁶.

En cuanto al parto acontecido antes de las 37 semanas del embarazo, se considera parto pretérmino o parto prematuro: Es el que acontece cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semanas completas, contadas desde el primer día de la última menstruación, y esta se subdivide en parto inmaduro que acontece entre las 22 a 27 semanas desde el primer día de la última menstruación normal. Luego se hablará de aborto a la terminación del embarazo por

expulsión o extracción del embrión/feto muerto antes de las 22 semanas del embarazo ²⁶.

La mujer que está teniendo su primer parto o ya lo ha consumado, se llama primípara, y hasta que llega aquel es primigesta y nulípara. En su segundo embarazo y parto será segundigesta y segundipara y así sucesivamente. A partir de la tercera gestación y partos se denomina multigesta y múltipara, aunque actualmente se tiende a clasificarlas simplemente como primíparas y múltiparas ²⁷.

2.2.2. Parto por vía vaginal

Es la expulsión del feto y sus anexos a través de la vagina. Se considera parto eutócico al que ha transcurrido dentro de unos límites de duración y evolución, que se consideran fisiológicas y que ha culminado por completo sin complicaciones, caso contrario se denominara parto distócico ²⁶.

El parto puede ser espontaneo, esto es cuando comienza y transcurre el trabajo de parto sin intervención alguna, por el contrario, puede ser inducido o provocado en

su inicio, y/o ser conducido con medicamentos para su evolución ²⁷.

Trabajo de parto

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto por los genitales maternos ²⁸.

Inicio de trabajo de parto espontaneo:

Se llama inicio de trabajo espontaneo de al conjunto de fenómenos fisiológicos caracterizada por contracciones uterina regulares, que aumentan su intensidad, frecuencia y son de mayor duración (mayor de 20 segundos) que produce efecto sobre el cuello uterino como la dilatación y borramiento ²⁹.

Inicio de trabajo de parto inducido:

La inducción es la estimulación de las contracciones uterinas antes del inicio espontaneo del trabajo de parto, con o sin rotura de membranas ovulares ²⁸.

Indicación

La inducción está indicada cuando los beneficios para la madre y el feto rebasan los de la continuación del embarazo ²⁸.

Dentro de las indicaciones adoptadas por The American Congress of Obstetricians and Gynecologists, se realizara la inducción en las siguientes condiciones, hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, compromiso del bienestar fetal (restricción del crecimiento intrauterino, isoinmunización Rh), problemas médicos maternos (diabetes mellitus, renales, pulmonares), óbito fetal, embarazo cronológicamente prolongado ³⁰.

Si el índice de Bishop es favorable con una puntuación mayor o igual a 6, se procede a amniotomía con perfusión de oxitocina. Si el Bishop es desfavorable tiene una puntuación menor de 6 ²⁹.

En caso de un índice Bishop desfavorable se procederá a una maduración cervical, lo que permite el acortamiento y la dilatación cervical para el éxito de la inducción ³¹.

Entre los métodos de maduración cervical los principales procedimientos utilizados actualmente con el fin de inducir las modificaciones del cuello uterino, que lo harían más favorable para la inducción del parto, son el uso de misoprostol 25 microgramos por vía vaginal que produce contracciones uterinas, ablandamiento y borramiento del cérvix, otro método utilizado es el despegamiento de membranas o maniobra de Hamilton, esto se logra introduciendo el dedo índice lo más profundo que se pueda dentro de la cavidad uterina y hacer una rotación de 360° para separar las membranas de las paredes del útero. Se considera que esta maniobra produce una liberación local de prostaglandinas que induce a la maduración cervical ³⁰.

Otro método utilizado es la estimulación del pezón para producir contracciones uterinas, sobre esta base se realizaron estudios para establecer su valor en la inducción del parto y se encontró que el tiempo entre la estimulación y el inicio de las contracciones uterinas regulares, así como el de inicio de la fase activa del trabajo de parto se acortaban ³⁰.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones de la inducción del trabajo de parto son similares a las que impiden el trabajo de parto espontáneo o el parto. Los factores fetales incluyen la macrosomía fetal confirmada, gestación múltiple, hidrocefalia intensa, presentaciones anómalas y un estado fetal desalentador. Y en cuanto a las maternas tienen relación con el tipo de incisión uterina previa, la estrechez pélvica o distorsión de su estructura anatómica normal, placentación anómala, y circunstancias como la infección por herpes genital o el cáncer cervicouterino ²⁸.

Contraindicaciones adoptadas de la The American Congress of Obstetricians and Gynecologists, en las siguientes condiciones absolutas en placenta previa o vasa previa, anomalías de la presentación fetal, prolapso de cordón umbilical, incisión uterina clásica previa, infección activa por herpes genital, en cuanto a las relativas, embarazo múltiple, polihidramnios, enfermedad cardíaca materna. Patrones de frecuencia fetal anormales que no requieren el parto inmediato, gran multíparas, hipertensión

severa, presentación podálica, presentación por encima del estrecho superior de la pelvis ³⁰.

Conducción del trabajo de parto

La conducción del trabajo de parto es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones después del inicio del trabajo de parto. Se lo ha usado frecuentemente para tratar un trabajo de parto prolongado en el que se ha determinado que las contracciones uterinas no son suficientemente fuertes o que no están bien coordinadas como para dilatar el cérvix. Tradicionalmente, la conducción del trabajo de parto se ha realizado utilizando una infusión de oxitocina intravenosa y/o con la ruptura artificial de las membranas amnióticas. El procedimiento busca abreviar el trabajo de parto para evitar complicaciones relacionadas con una prolongación indebida, y para evitar la cesárea. Es un aspecto central al concepto de manejo activo de la primera etapa del trabajo de parto; fue propuesto hace más de cuatro décadas como estrategia para hacer el trabajo de parto más expeditivo y reducir las tasas de cesáreas ³².

2.2.3. Parto por vía abdominal o cesárea:

Concepto

La operación cesárea se define como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominales (laparotomía) y uterina (histerotomía). Esa definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura del útero o de un embarazo en esa localización ²⁸.

Reseña histórica

El origen del término *cesárea* es indefinido y se han sugerido tres explicaciones principales; en la primera, según la leyenda, Julio César nació de esta manera, por lo cual el procedimiento se llamó cesárea. La segunda explicación es que la denominación de la operación proviene de una ley romana supuestamente creada en el siglo VIII a.C.; por Numa Pompilio, la cual ordenaba que se hiciera el procedimiento en mujeres que morían en la última semana del embarazo con la esperanza de salvar al niño. Esa *Lex regia*, o “ley del rey”, se convirtió después en la *Lex*

caesarea por los emperadores y la intervención quirúrgica en si se conoció como cesárea. La tercera explicación es que la palabra *cesárea* se originó en algún momento de la Edad Media a partir del verbo latino *caedere*, el cual significa *cortar*; esta explicación parece muy lógica, pero no se sabe con exactitud cuándo se aplicó por primera vez para referirse a dicho procedimiento. Puesto que *corte* proviene del verbo latino *seco*, que significa también cortar, la denominación *operación cesárea* parece tautológica, por lo cual se usa la de *cesárea* ²⁸.

Evolución de las tasas de cesáreas

Según el reporte del Ministerio de Salud junto a la Superintendencia Nacional de Salud, emitieron el total de partos por a nivel nacional, según red asistencial en el segundo trimestre del 2016, se observa que las tres redes de Lima y Callao (Almenara, Rebagliati y Sabogal) representan: el 45,5% del total de partos (mayor en 0,4 puntos porcentuales respecto al primer trimestre del 2016), el 45% del total de partos vaginales (mayor en 0,4 puntos porcentuales con relación al primer trimestre del 2016) y el

43,3% del total de partos por cesáreas, inferior en 2,5 puntos porcentuales con relación al primer trimestre del 2016 ³³.

La tasa de cesáreas en Essalud para el segundo trimestre del 2016 es de 42,4% del total de partos. Por redes asistenciales, en el segundo trimestre del 2016 once redes tienen tasas de cesáreas mayores al promedio, las que tiene tasas mayores a 50% son: Tumbes (62,3%), Amazonas (57,4%), Tarapoto (53,2%) y La Libertad (51,7%). En el extremo las redes con tasas menores o iguales a 30% son: Pasco (23,3%), Huancavelica (24,3%), Huaraz (27%), Junín (28,5%) y Cajamarca (30,1%) ³⁴.

Se observa con respecto a las tasas de cesáreas a nivel de la red asistencial de Tacna del total de partos que constituye el 1,2% de partos a nivel nacional, el 61,7% pertenece a partos vaginales, y el 38,8% pertenece a los partos por cesárea, entonces la tasa de cesárea a nivel red Asistencial Tacna es de 38,8% al 2016 ³⁴.

Indicación de la cesárea

Las indicaciones pueden agruparse de diversas manera, ya sean maternas, fetales y mixta, según quien sea

el supuesto beneficiario de la intervención, electivas, esto es, sin intentar el trabajo de parto o intraparto; emergentes, urgentes o programables, absolutas o relativas. De acuerdo con la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, acepta que existen indicaciones absolutas de cesárea que no plantean problemas en la toma de decisiones por la evidencia de su necesidad; otras, de justificación más discutible, son las que hoy proporcionan buena de la alta incidencia de cesáreas ³⁵.

Las cesáreas repetidas se efectúan por distocias y han constituido las principales indicaciones de dicha intervención quirúrgica en Estados Unidos y otros países occidentales industrializados. Es imposible catalogar de manera amplia todas las indicaciones apropiadas de cesáreas y más del 85% se realiza por antecedente de cesárea, distocia, sufrimiento fetal o presentación pélvica ²⁸.

Entre las indicaciones absolutas se encuentran, la desproporción pélvico-fetal constatable incluso antes del trabajo de parto; también tenemos las situaciones y posiciones anómalas sin posibilidad de cambio o los tumores previos, luego la placenta previa central, marginal o parcial,

en función de la hemorragia, el sufrimiento fetal agudo, enfermedad materna que contraindique el parto vaginal ²⁸.

Dentro de las indicaciones relativas o discutibles, pueden ordenarse según el grado de evitabilidad con que pueden enfrentarse, constituido por las siguientes circunstancias, la desproporción pélvico fetal relativa o presentación fetal desfavorable, cuyo paradigma es el parto de nalgas, cesárea anterior, fiebre intraparto, gestaciones con esterilidad previa o conseguida mediante técnicas de reproducción asistida ³⁵.

Y otra serie de indicaciones más fácilmente evitables, cuya motivación tiende a ser profiláctica o preventiva, entre ellas se encuentran, riesgo fetal aumentado (prematuridad de menos de 34 semanas, crecimiento intrauterino retardado, sufrimiento fetal falso-positivo), distocia no comprobada, factores adversos como la macrosomía fetal, parto lento o prolongado, también los factores como intolerancia al dolor, programación del parto, también factores parámedicos dualidad de la asistencia privada/pública, inducciones en circunstancias desfavorables, temor a demandas por mala práctica y

factores académicos para ciertos profesionales, el parto tiende a ser percibido, no como un proceso fisiológico natural ³⁵.

Tipos de incisión uterina

Según la localización y dirección de la incisión uterina, las cesáreas se dividen en dos tipos: las realizadas en el segmento superior del cuerpo del útero y las que se practican en el segmento uterino inferior. El primer tipo incluye la incisión vertical (clásica) y la transversa, actualmente en desuso. Las del segundo grupo requieren, tradicionalmente, el descenso de la vejiga para visualizar de forma adecuada la zona; la más usada es la incisión transversa (incisión transversa de Kerr), pero también puede realizarse una incisión longitudinal (incisión de Kroning); en este último caso, suele ampliarse hacia el segmento uterino superior. También pueden clasificarse, según la técnica empleada para llegar a la pared del útero, en extraperitoneal y en transperitoneal. Actualmente, la primera ya no se utiliza por alargar el tiempo quirúrgico y no mostrar disminución de la morbilidad materna ³⁵.

Morbilidad y mortalidad materna por cesárea

La tasa de mortalidad materna en Perú al 2010 fue de 93 muertes maternas x 100,000 nacidos vivos, al año 2016 se redujo a 66,3 a muertes maternas x 100,000 nacidos vivos ³⁶.

Según el Boletín epidemiológico del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública DGE-MINSA-2015, la causa básica de muerte materna clasificada como directa, representa el 36.5% como causa la hemorragia del total de muertes maternas en el Perú, y la rotura uterina representa el 1.1%, registrándose 2 muertes en el año 2015 ³⁴.

En Perú en el año 2016 se registraron 325 muertes maternas directas e indirectas en todo el país, las cuales 2 ocurrieron en Tacna, 1 atribuidas a complicaciones durante y después de la cesárea ³⁷.

El riesgo de muerte materna por cesárea es seis veces mayor al del parto vaginal y los problemas relacionados a la anestesia son la principal causa de mortalidad; la tasa actual de mortalidad por cesárea es menor de 1 en 1000 ³⁸.

La cesárea es un procedimiento que no es inocuo ni sus complicaciones son siempre previsibles y/o evitables. La incidencia de morbilidad obstétrica materna severa oscila entre el 0,05 y el 1,09% según las series; las principales causas de morbilidad materna postcesárea. Además, la cesárea por ser un procedimiento quirúrgico abdominal mayor presenta las mismas complicaciones que cualquier laparotomía ³⁹.

Morbilidad y mortalidad neonatal

La tasa de mortalidad neonatal en Perú al 2009 fue de 11 muertes neonatales x 1000 nacidos vivos ⁴⁰.

El parto por cesárea es un factor de riesgo independiente para la morbilidad respiratoria en los recién nacidos a término. Estudios en recién nacidos por cesárea electiva han demostrado que el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria y taquipnea transitoria del recién nacido es inversamente proporcional a la edad gestacional ⁴¹.

Un feto al nacer por cesárea tiene un riesgo del 1,9% de padecer un corte accidental con el bisturí durante la práctica de la histerotomía, hecho que puede tener

consecuencias médico-legales y también hay mayor riesgo de que presenten un síndrome de distress respiratorio ³⁹.

Complicaciones anestésicas

Cuando se emplea la analgesia subdural o bloqueo raquídeo los efectos secundarios son más frecuentes, entre ellos aumenta la incidencia de hipotensión, de cefaleas postpunción y puede aparecer prurito cuando se administran opiáceos. Como ventajas ofrece un efecto más rápido y una menor dosis de anestésico requerido ⁴¹.

Una complicación frecuente de la anestesia epidural y del bloqueo raquídeo es la aparición de hipotensión, debida a la vasodilatación producida por el bloqueo simpático y a la obstrucción del retorno venoso por compresión de la vena cava y grandes venas adyacentes por el útero gravídico (Síndrome de hipotensión por decúbito supino). Menos frecuentes son cuadros graves como son la parada cardiorrespiratoria o el síndrome de aspiración pulmonar del contenido gástrico, que pueden desencadenar un compromiso cardiocirculatorio materno con la consiguiente repercusión fetal. Estas complicaciones se dan casi

invariablemente tras una cesárea con anestesia general. Otra complicación es la cefalea tras punción dural. Es una complicación que ocurre al puncionar la duramadre en el curso de una anestesia intradural o epidural. La pérdida de líquido cefalorraquídeo produce vasodilatación intracerebral, que a su vez produce cefalea. Lo más frecuente es que aparezca tras 24 horas de la punción. Se trata de una cefalea pulsátil que aumenta con la bipedestación y mejora con la posición de decúbito dorsal ⁴².

Complicaciones maternas intraoperatorias

Dentro de las complicaciones maternas intraoperatorias tenemos: Las hemorragias, siendo las principales el sangrado de la incisión uterina y el lecho placentario. Dicho sangrado puede reducirse con administración de oxitocina y el cierre rápido de la incisión uterina. Las hemorragias más severas pueden ser implícitas al propio procedimiento quirúrgico (desgarros uterinos, lesión de la vagina y de los vasos uterinos) o incidentales (atonía uterina, anomalías de la placentación). Es sumamente importante saber diagnosticar la causa de la hemorragia y actuar en consecuencia. El retraso terapéutico provoca

complicaciones mayores. Así mismo pueden ocurrir desgarros uterinos, vaginales o lesión de los vasos uterinos. Son más frecuentes cuando la técnica quirúrgica es inadecuada, en situaciones de emergencia o en extracciones traumáticas. Las incisiones en la vagina y las prolongaciones laterales de la incisión uterina hacia el ligamento ancho pueden provocar importantes sangrados cuya reparación es dificultosa. Si se han desgarrado los vasos uterinos deben identificarse, pinzarse y ligarse evitando las suturas a ciegas. En algunos casos (como el gran hematoma del ligamento ancho) se aconseja identificar el trayecto ureteral, antes de proceder a la sutura, para evitar su lesión. En algunos casos, y con el fin de cohibir una hemorragia extrema, ha de procederse a la ligadura de las arterias hipogástricas, de técnica fácil, pero que ha de saber hacerse. En algunos casos, las lesiones son tan extensas y complejas que ha de realizarse una histerectomía para poder solventar la situación ³⁰.

La atonía uterina es otro grave problema, su tratamiento será inicialmente médico, compresión uterina bimanual, oxitocina, administración de ergóticos y/o prostaglandinas. Si

no responde deberá recurrirse a la ligadura de la arteria uterina y/o hipogástrica. La histerectomía será la opción final si persiste el problema ²⁸.

Otra complicación tenemos a las anomalías de la placentación, la placenta ácreta es la segunda causa de histerectomía urgente, tras la atonía. Se relaciona con placenta previa y con cicatrices uterinas previas, por lo que su incidencia ha aumentado en los últimos años. Esta complicación debería de ser un hallazgo casual raro, sobre todo porque los estudios ecosonográficos permiten sugerir su presencia antes del trabajo de parto ²⁸.

En cuanto a las lesiones viscerales, las lesiones del tracto urinario, su incidencia es superior en las cesáreas que en los partos vaginales. La lesión suele producirse al cortar la vejiga del segmento uterino inferior. También puede lesionarse secundariamente a un desgarro uterino, en especial en casos de incisión vertical baja del útero. El diagnóstico suele ser fácil. Si se sospecha una lesión vesical, ésta debe confirmarse, por ejemplo mediante la instilación transuretral de azul de metileno, antes de finalizar la intervención. La lesión del uréter es rara y suele

producirse al realizar suturas para reparar las prolongaciones de la incisión uterina. También puede lesionarse al ligar grandes vasos en el ángulo uterino por sangrado o al colocar pinzas incorrectamente, por lo que en caso de grandes desgarros se recomienda identificar el trayecto ureteral para evitar su lesión ³⁹.

Por ultimo tenemos a las lesiones intestinales, que son raras y habitualmente se producen en casos de laparotomías previas. En las lesiones únicas y pequeñas generalmente puede realizarse una reparación primaria, pero las más extensas suelen requerir una resección intestinal o colostomía. Cabe mencionar que, en casos necesarios, es prudente solicitar la ayuda del especialista pertinente. De ahí la conveniencia de realizar los actos quirúrgicos en los ambientes adecuados, a fin de obviar cualquier eventualidad ³⁹.

Complicaciones maternas postoperatorias

Las complicaciones infecciosas, Entre ellas la más frecuente es la endometritis, seguida de las infecciones urinarias y la infección de la herida quirúrgica ²⁸.

Otras más graves y menos frecuentes son las sepsis, peritonitis, abscesos pélvicos, fascitis necrotizante, tromboflebitis séptica, peritonitis por vermix caseoso, tromboflebitis pélvica séptica. Además de factores de riesgo tales como trabajo de parto ya iniciado (el de mayor relevancia) o urgencia de la intervención, las complicaciones infecciosas se relacionan con la ruptura de membranas, el tiempo transcurrido con bolsa rota, el nivel socioeconómico, el número de tactos vaginales, la existencia de infección urinaria previa, la anemia o pérdida hemática importante, la obesidad (sobre todo en infecciones de pared), la diabetes mellitus, la anestesia epidural, la técnica quirúrgica utilizada ³⁹.

También tenemos lo que son las complicaciones hemorrágicas postcesárea, además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto, la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal, que se suele definir como aquel sangrado vaginal mayor de 1000cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta. Se llama hemorragia post cesárea precoz cuando acontece en las primeras 24 horas

postparto que son las más agudas y graves y la hemorragia postcesárea tardía la cual acontece después de las primeras 24 horas postparto ³⁰.

2.2.4. Parto con cesárea previa

En la actualidad, se admite que el parto vaginal después de una cesárea es un método seguro realizando un manejo del trabajo de parto adecuado. Por ello, debe ofrecerse una prueba de trabajo de parto a aquellas mujeres con una cesárea previa e incisión transversa baja, siempre que no existan contraindicaciones para un parto vaginal ⁴³.

La existencia de cesárea previa no es una indicación para realizar una nueva cesárea. El intento de parto vaginal constituye una estrategia para disminuir la creciente incidencia de éstas. La decisión de la vía del parto en una paciente con cesárea anterior debe ser el resultado de valorar el balance entre el riesgo y el beneficio para la madre y para el feto. Toda gestante con cesárea previa debe ser informada de los riesgos y beneficios tanto del parto vaginal como de realizar una nueva cesárea, debiendo constar por escrito el consentimiento informado de la paciente para el intento de un parto vaginal ³⁹.

Tasas de partos exitosos en pacientes con cesárea anterior

El éxito del parto vaginal tras cesárea se sitúa alrededor del 60 y 80% de las pacientes con antecedente de cesárea pueden tener un parto vaginal ⁴⁴.

Criterios de inclusión para un parto por vaginal

- Gestación única en presentación cefálica
- Peso fetal estimado menor a 4000 gramos
- No se repite la indicación que motivó la cesárea anterior
- Cicatriz uterina previa segmentaria transversa
- Pelvis capaz
- Parto vaginal previo
- Ausencia de cicatrices uterinas o rotura uterina anterior
- Ausencia de contraindicaciones para el parto vaginal
- Consentimiento de la gestante
- Disponibilidad de asistencia obstétrica continua
- Probabilidad de aplicar anestesia y cesárea urgente ³⁹.

Criterios de exclusión para un parto por vía vaginal

- Cicatriz anterior previa distinta a la segmentaria transversa
- Dos o más cesáreas anteriores segmentarias
- Si se repite la indicación que justificó la primera cesárea
- Pelvis estenótica
- Feto Macrosómico
- Patología que contraindique el parto vaginal
- Rechazo de la gestante
- Imposibilidad de vigilancia obstétrica continua intraparto
- Inviabilidad para administrar anestesia o practicar una cesárea ²⁸.

Factores que disminuyen el éxito de un parto por vía vaginal

- Desproporción pélvico-cefálica
- Más de una cesárea anterior
- Ningún parto vaginal previo
- Dilatación cervical estacionada al final de la fase activa
- Necesidad de empleo de oxitocina
- Frecuencia cardiaca fetal sospechosa o patológica

- Inducción de parto
- Trabajo de parto disfuncional ⁴⁵.

2.2.5. Factores favorables para un parto vaginal

- **Edad menor a 35 años:** La edad menor de 35 años son menos frecuentes las complicaciones propias de una mujer añosa, como el aborto, el parto inmaduro, prematuro, malformaciones congénitas ⁴⁶.
- **No persiste el motivo de la cesárea anterior:** Cuando no se repite la indicación por la cual se le realizó la cesárea anterior, aproximadamente el 60% de las gestantes pueden tener un parto vaginal en el embarazo actual ⁴⁷.
- **Cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica:** Cuando la indicación de la cesárea anterior es por presentación anómala, no existe mayor complicación que la mala posición fetal, representa menor posibilidad de que se presente en el embarazo actual y no conlleva complicaciones en futuros embarazos ⁴⁸.
- **Parto vaginal previo:** El antecedente de un parto (antes o después de la cesárea) es un factor pronóstico que

aumenta las posibilidades de éxito de parto, y disminuye el riesgo de ruptura uterina ³⁰.

- **Inicio espontáneo del trabajo de parto:** Según los estudios realizados por los investigadores, existe mayor probabilidad de parto vaginal en parturientas que iniciaron su trabajo de parto espontáneamente ²⁸.
- **Ponderado fetal menor a 4000 gramos:** El peso considerado para el éxito de un parto vaginal es de 2500 a 3999 gramos según las guías establecidas por el Minsa ⁴⁹.
- **Monitoreo fetal electrónico al ingreso reactivo:** Se considera reactivo cuando el monitoreo electrónico presenta buena variabilidad y alza de latidos cardiacos fetales en presencia de movimientos fetales ⁴⁷.
- **Monitoreo fetal electrónico durante el trabajo de parto negativo:** Se considera negativo cuando en el monitoreo electrónico durante el trabajo de parto no hay presencia Dips II en más del 50 % del trazado en 20 minutos ⁴⁷.
- **Pelvis ginecoide:** Es la pelvis ideal y se caracteriza por: diámetro antero-posterior similar al transversal, sacro en

posición normal, paredes laterales rectas, espinas no prominentes, ángulo subpúbico abierto, constituye aproximadamente, el 50% de los tipos de pelvis y el pronóstico para el parto es muy bueno ³⁰.

Control intraparto

En cuanto al control intraparto, debe realizarse una monitorización electrónica continua, fetal y materna. Debe evitarse un parto prolongado, ya que aumenta el riesgo de rotura. La revisión de la cicatriz de cesárea tras el parto sólo se hará ante signos de alarma, pues hacerlo rutinariamente no aporta beneficio. La analgesia epidural no está contraindicada, ya que no enmascara el dolor de la rotura uterina y aumenta la tasa de éxito del parto vaginal. Por ende, es importante tener un equipo para la vigilancia tanto materna como electrónica fetal y de instalaciones obstétricas y neonatales apropiadas. Debe utilizarse un catéter intravenoso de calibre grande y contar con sangre para una posible transfusión sanguínea. También es necesario contar de inmediato con anestesia apropiada, una sala de operaciones equipada y personal experimentado en atención obstétrica y neonatal ⁴⁷.

Inducción en la cesareada previa

La inducción de parto no está contraindicada en pacientes con cesárea previa, pero el riesgo de rotura uterina aumenta respecto al inicio espontáneo del parto, siendo diferente en función del fármaco empleado ³⁹.

Si se decide realizar la inducción es necesario sentar correctamente la indicación, elegir el momento, el método preciso y establecer una cuidadosa relación riesgo – beneficio. Se considera indicada la inducción cuando los beneficios de finalizar la gestación para la salud de la madre y del feto son mayores que los beneficios de continuar el embarazo ²⁸.

Son indicaciones terapéuticas aquellas situaciones clínicas en las que el embarazo debe finalizar en un período de tiempo relativamente corto (complicaciones médicas y del embarazo, rotura prematura de membranas, corioamnionitis, riesgo de pérdida del bienestar fetal, embarazo cronológicamente prolongado) ³⁰.

Varios factores aumentan el éxito de la inducción del trabajo de parto e incluyen multiparidad, cuello uterino favorable y peso del feto por ponderado fetal menor a 4000 gr²⁸.

Si el índice de Bishop es favorable con una puntuación mayor o igual a 6, se procede a amniotomía con perfusión de oxitocina. Si el Bishop es desfavorable tiene una puntuación menor de 6, se indican técnicas de maduración cervical. (37) Deben evitarse las prostaglandinas para la maduración cervical⁵⁰.

Cuando la situación implica que la gestación debe finalizar con rapidez o que la vía vaginal no conlleva seguridad, es preferible la realización de una cesárea³⁹.

Riesgo de la inducción en la cesareada previa

Aunque el mayor peligro durante el progreso de un parto vaginal de las pacientes con cesárea previa es el riesgo de rotura uterina, la mayoría de las veces es posible el parto vaginal seguro, tanto para la madre como para el feto, por lo que se les debe ofrecer un intento de parto por esta vía una vez descartadas las contraindicaciones e informada la gestante de los riesgos y beneficios del intento⁵⁰.

Conducción en la cesareada previa

La conducción del trabajo de parto es un proceso obstétrico que se realiza en la fase activa del trabajo de parto, en presencia de hipodinamia, con el fin de conseguir contracciones, efectivas y la progresión de adecuada del trabajo de parto ⁵¹.

Riesgo de la conducción en la cesareada previa

El uso de la oxitocina debe ser tomada con mucho cuidado, se debe de evitar la polisistolia, que puede sobretensar la cicatriz uterina anterior y provocar una ruptura uterina ⁵¹.

Beneficios del parto vaginal con cesárea previa

Entre las ventajas de parto vaginal después de cesárea. Está la disminución del riesgo de problemas asociados con la cirugía, como hemorragias e infecciones uterinas son menores; también la recuperación después de un parto vaginal es más corta y puede retomar sus actividades ⁵².

Para la madre un parto vaginal simboliza más libertad de actuar un papel determinante en el nacimiento de su hijo,

la estancia hospitalaria es menor, mantiene los niveles de glicemia en sangre adecuados y ayuda a que la placenta reciba más oxígeno durante el trabajo de parto, en caso de la cesárea tiene más riesgo de sufrir dificultad respiratoria aún si embarazo a término ⁵².

Para el recién nacido durante el parto normal, el recién nacido genera hormonas como la adrenalina, que lo mantiene en estado de alerta en sus primeras horas de vida, aportando energía y calor, le ayudará para iniciar la lactancia, también las contracciones uterinas provocan mayor expulsión del líquido de los pulmones del recién nacido, por lo cual recibe una mayor oxigenación. Apenas se produce el parto se realiza el contacto piel a piel, lo que implica lactancia precoz, y el alojamiento conjunto de manera inmediata, al reunirse de forma inmediata con su madre, la succión precoz favorece a la producción de la leche y se fortalece el vínculo afectivo ⁵³.

En cuanto a los beneficios en cuanto a la recuperación de la paciente, hay diferencias morfológicas entre mujeres con cesárea y parto vaginal en las cuales se halló menos frecuente la cavidad vacía y de la posición

uterina en anteversión, en el puerperio inicial, lo cual está asociado a menos complicaciones infecciosas. Estas diferencias podrían reflejar un ligero retraso en el proceso de involución uterina en la cesárea ⁵⁴.

Complicaciones maternas del parto vaginal con cesárea previa

La complicación más temida por los obstetras al ofrecer parto vaginal con cesárea previa es la ruptura uterina ⁵⁰.

La rotura del útero gestante se define como una solución de continuidad patológica de la pared uterina, que se manifiesta por la presencia de una brecha, situada con mayor frecuencia en el segmento inferior. La causa más frecuente de rotura uterina es la apertura de una cicatriz de una cesárea previa ²⁸.

Los estudios actuales citan una tasa de mortalidad cercana al 1% en casos de rotura uterina y una tasa de mortalidad perinatal que se aproxima a 50% asociada con rotura uterina ⁵¹.

Tipos de rotura uterina

- Dehiscencia uterina, corresponde a una "ventana", la solución de continuidad uterina no compromete el peritoneo y no hay vaciamiento de su contenido ⁵⁵.
- Rotura uterina incompleta, es la abertura de la cicatriz con expulsión del contenido uterino sin compromiso del peritoneo ⁵⁵.
- Rotura uterina completa, comprende la expulsión del producto y ruptura del peritoneo. Hay que diferenciar entre los diferentes tipos de ruptura uterina pues en los casos de dehiscencias o "ventanas" por lo general tienen poca significancia clínica y no presenta resultados adversos fetales-neonatales, mientras que la ruptura completa se puede acompañar de alta morbi-mortalidad materno-fetal ⁵⁵.

2.2.5. Características del recién nacido

Apgar del recién nacido:

El Apgar es una evaluación del estado general del RN, que se efectúa al 1º y 5º minuto de vida. La evaluación del 1er minuto, tiene valor diagnóstico y el que se hace a los 5 minutos tiene valor pronóstico, entre más baja es la

puntuación de Apgar, peor pronóstico neurológico o mayor mortalidad perinatal ⁴⁹.

Interpretación del Puntaje Apgar

De acuerdo a la norma técnica de MINSA se determina los siguientes rangos para la valoración del puntaje APGAR.

- 8-10 es normal
- 4-7 depresión leve–moderada
- 0-3 depresión severa

El puntaje Apgar no se debe utilizar para decidir intervención en el recién nacido, su mayor utilidad es como pronóstico de función neurológica, para la intervención se debe de utilizar, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y coloración ⁴⁹.

Peso del recién nacido:

El peso al nacer es la primera medición de peso hecha al neonato y es considerado como uno de los determinantes del buen crecimiento y desarrollo del niño ⁴⁹.

La evaluación nutricional está compuesta por la historia alimentaria, los hallazgos clínicos, los parámetros antropométricos y la realización de pruebas bioquímicas; en el recién nacido el peso al nacimiento es uno de los indicadores antropométricos más importantes, que permite predecir la probabilidad de la supervivencia perinatal y el crecimiento, el indicador más sensible de la salud posnatal. Clasificación del recién nacido de acuerdo al peso al nacer:

- Macrosómico: > 4 000 g
- Peso normal: 2 500 a 3 999 g
- Bajo peso: < 2 500 y >1 500 g
- Peso muy bajo: <1500 g ⁴⁹.

Y de acuerdo con el peso corporal al nacer y la edad de gestación los recién nacidos se clasifican como, de bajo peso, cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación; de peso adecuado, cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación; de peso alto, cuando el peso corporal sea

mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación ⁵⁶.

2.3. Definición de términos

Vía de culminación del parto: Es canal por donde se produce el parto, entendido por la expulsión del feto y anexos ovulares, por vía vaginal (parto vaginal), o por vía abdominal (parto por cesárea) ²⁶.

Factores favorables para un parto vaginal: Son características de la paciente y/o el feto que permite mayor probabilidad para obtener un parto vaginal exitoso ¹⁴.

Trabajo de parto: El trabajo de parto es un diagnóstico clínico caracterizado por contracciones uterinas regulares, dolorosas, con la asociación de que el incremento en su frecuencia e intensidad produce modificaciones progresivas en el borramiento y dilatación cervical ⁷.

Parto vaginal: El parto es el proceso por el que el feto, una vez finalizado su tiempo de gestación, que oscila alrededor de las 37 semanas hasta las 42, sale desde la cavidad uterina al exterior a través del canal vaginal ⁵⁷.

Cesárea: Es la intervención quirúrgica por la que se realiza la extracción de un feto a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina ³⁵.

Parto vaginal post cesárea: Es el éxito de una prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior en centros que dispongan de los recursos humanos y materiales suficientes para disminuir el índice de cesáreas a repetición ⁴⁶.

Inducción: Es el procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas por medio de mecánicos, médicos, o ambos con el fin de que el parto tenga lugar por vía vaginal ⁴⁵.

Conducción: El propósito de la conducción es conseguir una actividad uterina suficiente para generar cambios en el cuello uterino y en el descenso fetal, durante la fase activa del trabajo de parto ²⁸.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación científica es de tipo básica, descriptiva, retrospectiva, de corte transversal, porque describe los atributos de la población, de hechos ocurridos en el pasado, tomados en un tiempo determinado ⁵⁸.

3.2. Diseño de la investigación

El diseño de esta investigación es cuantitativo, no experimental y analítico, ya que los datos se pudieron medir, no se intervino en los sucesos ocurridos y se estableció la asociación entre dos variables ⁵⁸.

3.3. Población de estudio

3.3.1. Población

La población de estudio comprende a 123 gestantes con antecedente de cesárea anterior una vez, que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, Julio-Diciembre-2016.

3.3.2. Muestra

La muestra se determinó a través del muestreo no probabilístico, por conveniencia. Constituida por 101 gestantes con antecedente de una cesárea anterior, que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna en el periodo Julio-Diciembre-2016; las cuales cumplen los criterios de inclusión.

a) Unidad de análisis: Gestante con antecedente de una cesárea.

Criterios de inclusión:

- Gestantes con cesárea anterior 1 vez con o sin partos vaginales anteriores que no tenga criterios de exclusión que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, julio a diciembre del año 2016.

Criterios de exclusión:

- Miomectomía anterior
- Cicatriz anterior previa distinta a la segmentaria transversa
- Dos o más cesáreas anteriores segmentarias

- Pelvis estrecha confirmada
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Embarazo múltiple
- Prematurez fetal
- Estatura baja por debajo de 150cm
- Infección por VIH-ITS
- Antecedente de abortos múltiples
- Periodo intergenésico corto
- Presentación anómala.
- Malformaciones fetales
- Placenta previa total, parcial o marginal
- Imposibilidad de vigilancia obstétrica continua intraparto

3.4. Operacionalización de variables y variables de estudio

3.3.1. Identificación de variables

Variable dependiente: Vía de culminación del parto en paciente con cesárea anterior; se refiere al canal del parto por la cual se produce el nacimiento, por vía vaginal o vía abdominal conocida también como cesárea.

Variable independiente: Factores favorables para un parto vaginal en paciente con cesárea anterior; se refiere a las características clínicas maternas y fetales que permite identificar potencialmente el intento de un parto vaginal y obtener un parto exitoso, dentro de los cuales tenemos:

- Edad menor a 35 años
- No persiste el motivo de cesárea anterior
- Cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica
- Parto vaginal previo
- Inicio espontáneo del trabajo de parto
- Ponderado fetal menor a 4000 gr
- Monitoreo electrónico fetal al ingreso reactivo
- Monitoreo electrónico fetal intraparto negativo
- Pelvis ginecoide

3.4. Operacionalización de variables

Variables	Indicadores	Unidad / categoría	Escala
Factores favorables para un parto vaginal (Variable independiente)	Edad menor a 35 años	SI/No	Nominal
	No persiste el motivo de cesárea anterior	SI/No	Nominal
	Cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica	SI/No	Nominal
	Parto vaginal previo	SI/No	Nominal
	Inicio espontáneo del trabajo de parto	SI/No	Nominal
	Ponderado fetal menor a 4000 gr	SI/No	Nominal
	Monitoreo electrónico fetal al ingreso reactivo	SI/No	Nominal
	Monitoreo electrónico fetal durante el trabajo de parto negativo	SI/No	Nominal
	Pelvis ginecoide	SI/No	Nominal
Vía de culminación del parto (Variable dependiente)	Canal por donde se produce el parto	Vaginal/ Abdominal o cesárea	Nominal

Características socio-demográficas y obstétricas	Indicadores	Unidad / categoría	Escala
Edad	Fecha	18 a 29 años 30 a 39 años 40 años a más	Escala
Grado de instrucción	Escolaridad	Sin estudios Primaria Secundaria Superior	Ordinal
Estado civil	Estado civil	Soltera Casada Conviviente Viuda	Nominal
Ocupación	Ocupación actual	Ama de casa Comerciante Docente Estudiante Otros	Nominal
Controles prenatales	Nº controles prenatales	Sin controles 1 a 3 4 a 6 7 a 9 10 a más	Nominal
Edad gestacional	Semanas de gestación	37 a 40 semanas <42 semanas	Nominal
Paridad	Nº partos a término y pretérmino	Primípara Secundípara Múltipara	Nominal
Periodo Intergenésico	Nº años entre un parto y una nueva gestación	2 a 4 años 5 a más	Nominal

Motivo de la cesárea anterior y actual	Condición por la cual se realizó la cesárea	Indicación de la cesárea	Nominal
BTB	Bloqueo tubárico bilateral	Si/No	Nominal
Complicaciones maternas	Complicaciones maternas	Ninguna Atonía uterina Anemia severa	Nominal
Peso del recién nacido	Peso neonatal	1500 a 2449 gr 2500 a 3999 gr 400 gr a más	Nominal
Apgar al primer minuto	Puntaje Apgar al minuto	0 a 3 4 a 7 8 a 10	Ordinal
Apgar a los cinco minutos	Puntaje Apgar a los cinco minutos	0 a 3 4 a 7 8 a 10	Ordinal
Complicaciones del recién nacido	Complicaciones neonatales	Ninguna Dificultad Respiratoria Aspiración meconial	Nominal

3.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Métodos

Se utilizó el método analítico donde se aplicó una ficha de recolección de datos estructurada a fin de obtener la información necesaria para cumplir con los objetivos de la presente investigación.

3.5.2. Técnicas

Para la ejecución del presente trabajo de investigación se utilizó la técnica de recolección de datos observacional no experimental, donde se usó una ficha de recolección de datos desarrollado por la autora.

3.5.3. Instrumentos

Esta ficha de recolección de datos está elaborado en base a las variables de estudio, creado por la investigadora, validado por expertos que determinó su validez, que consta en un formato estructurado dividido en seis secciones consta de 28 ítems que reunieron los datos necesarios para la investigación.

Para los factores sociodemográficos se utilizaron tres ítems cerrados y uno abierto.

Para los antecedentes obstétricos se utilizaron dos ítems cerrados y uno abiertos.

Para las características obstétricas se utilizaron dos ítems cerrados.

Para factores favorables se utilizaron nueve ítems cerrados.

Para los resultados maternos se utilizó dos ítems cerrados y tres abiertos.

Para los resultados perinatales se utilizó cuatro ítems cerrados y uno abierto.

3.5.4. Procedimientos y análisis

Los datos obtenidos a través del instrumento inicialmente fueron codificados y luego importados manualmente a la base de datos SPSS versión 18 con licencia, para el análisis estadístico y posteriormente exportados al programa de cálculo Microsoft Office Excel 2016 con licencia, donde se dio forma a las tablas y gráficos obtenidos del análisis estadístico, por último se exportaron al

programa Microsoft Office Word con licencia para el procesamiento de textos y la presentación del informe final del estudio hipótesis estadística general

Se realizó la prueba de hipótesis de la siguiente manera:

H₁: La cantidad de factores favorables para un parto vaginal se asocia significativamente con la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea anterior.

H₀: La cantidad de factores favorables para un parto vaginal no se asocia significativamente con la vía de culminación del parto en gestantes con cesárea anterior.

Estadístico de prueba

Chi-cuadrada

La Chi-cuadrada es un estadístico no paramétrico, cuya finalidad es proporcionar los medios apropiados para analizar un cruce de variables categóricas para detectar si existe o no asociación entre dos variables. Si el valor de probabilidad asociado al Chi-cuadrado es menor que 0.05 entonces, se afirma que la asociación entre las dos variables es significativa. Por el contrario si el valor es mayor a 0.05

entonces se afirma que la asociación de dos variables no es significativa ⁵⁹.

Regla de decisión:

Si el valor P es mayor a 0,05 => no rechazo la hipótesis nula (H0), es decir, rechazamos la hipótesis nula y por tanto concluimos que ambas variables estudiadas son independientes, no existe una relación entre ellas.

Si el valor P es menor a 0,05 => rechazo la hipótesis nula (H0) el resultado es significativo, es decir, aceptamos la hipótesis alterna y por tanto concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

TABLA 1

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según la edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 29 años	32	31,68
30 a 39 años	59	58,42
40 años a más	10	9,90
Total	101	100,00

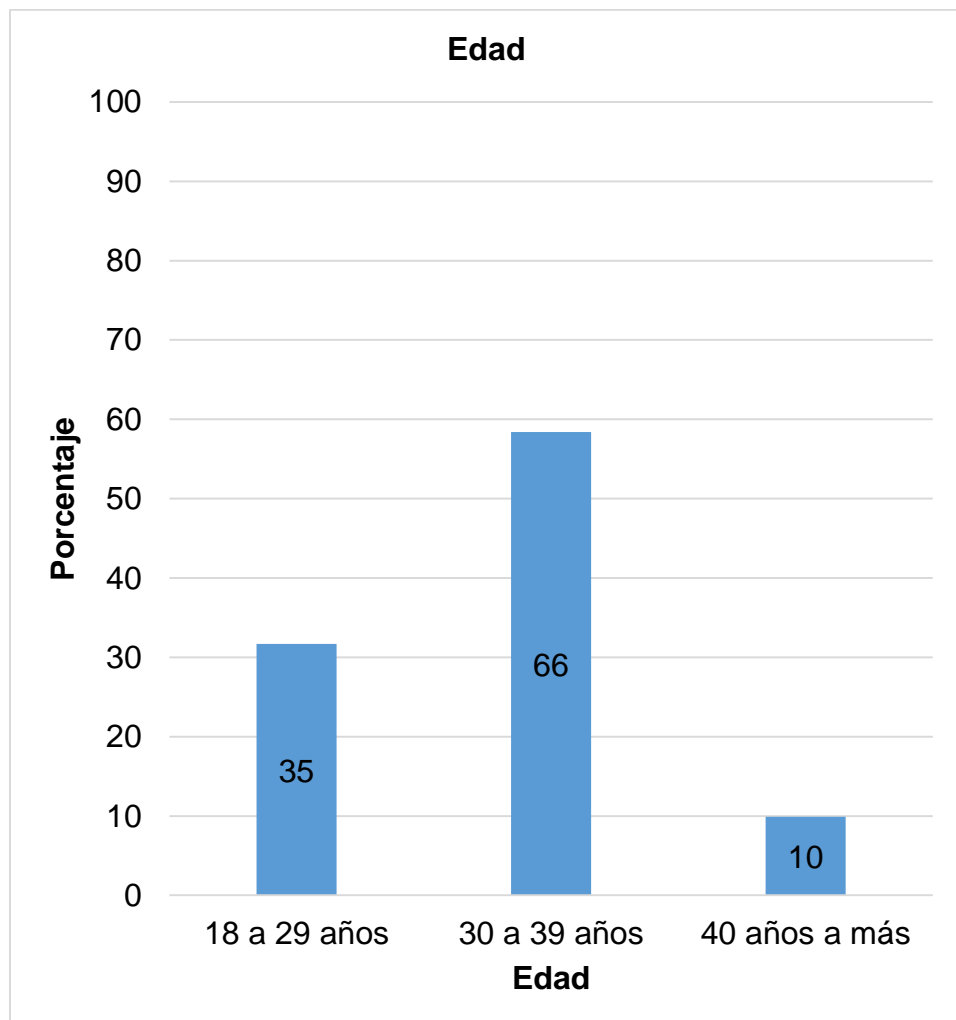
Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

Interpretación:

En la tabla 1 y figura 1, se observa con respecto a la edad, se puede apreciar que más de la mitad de las mujeres tienen una edad comprendida entre los 30 a 39 años (58,42%), luego poco menos de la tercera parte de las mujeres con cesárea anterior se sitúan en un rango de 18 a 29 años de edad (31,68%) y representada por la décima parte de la muestra de estudio tienen una edad considerada entre los 40 años a más (9,90%).

GRÁFICO 1

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según la edad.



Fuente: Tabla 1.

TABLA 2

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el grado de instrucción.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	1	0,99
Secundaria	45	44,55
Superior	55	54,46
Total	101	100,00

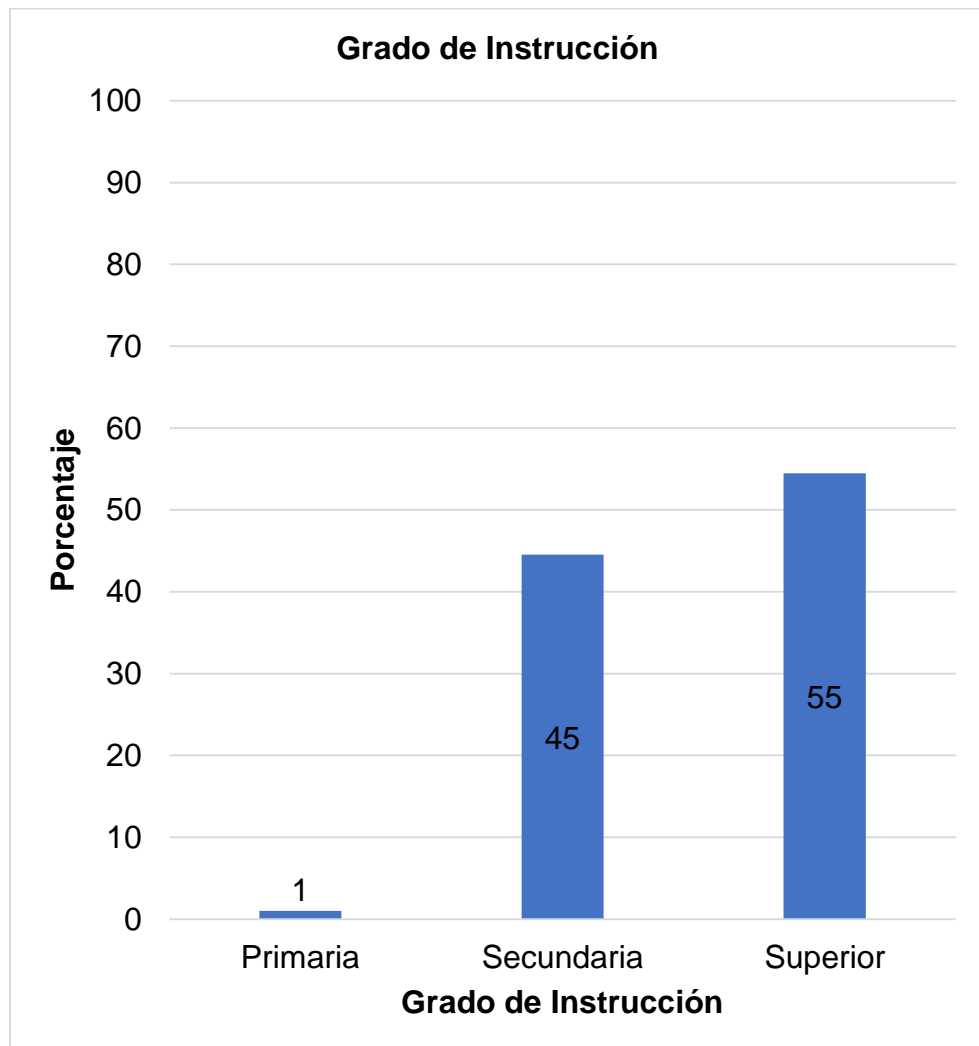
Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

Interpretación:

En la tabla 2 y figura 2, se observa resultados con respecto al grado de instrucción, se puede apreciar que más de la mitad de las mujeres con cesárea anterior tiene un grado de instrucción superior (54,46%), luego poco menos de la mitad de las mujeres con cesárea anterior tiene un grado de instrucción secundaria (44,55%) y la diferencia (0,99%) posee un grado de instrucción de nivel primario.

GRÁFICO 2

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna según grado de instrucción.



Fuente: Tabla 2.

TABLA 3

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según estado civil.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	4	3,96
Casada	48	47,52
Conviviente	48	47,52
Viuda	1	0,99
Total	101	100,00

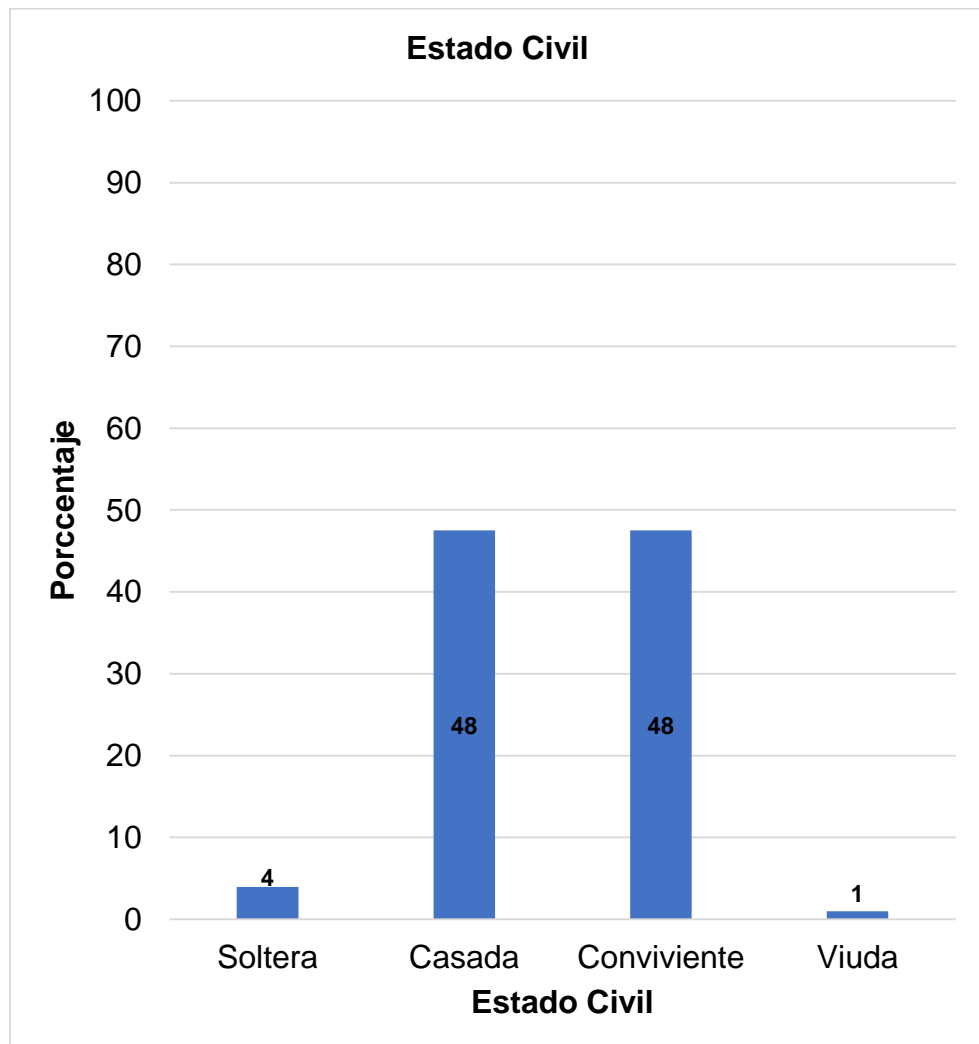
Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

Interpretación

En la tabla 3 y figura 3, se observa que en un porcentaje similar las mujeres con cesárea anterior estudiadas son convivientes (47,52%) y de la misma forma con un porcentaje de (47,52%) la muestra de estudio está casada, luego un porcentaje mejor (3,96%) de las mujeres estudiadas están solteras y la diferencia con (0,99%) tiene un estado civil de viudez.

GRÁFICO 3

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según estado civil.



Fuente: Tabla

TABLA 4

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según la ocupación.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	51	50,50
Comerciante	14	13,86
Docente	11	10,89
Estudiante	2	1,98
Administradora	12	11,88
Asistente Bancario	7	6,93
Área de Salud	4	3,96
Total	101	100,00

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

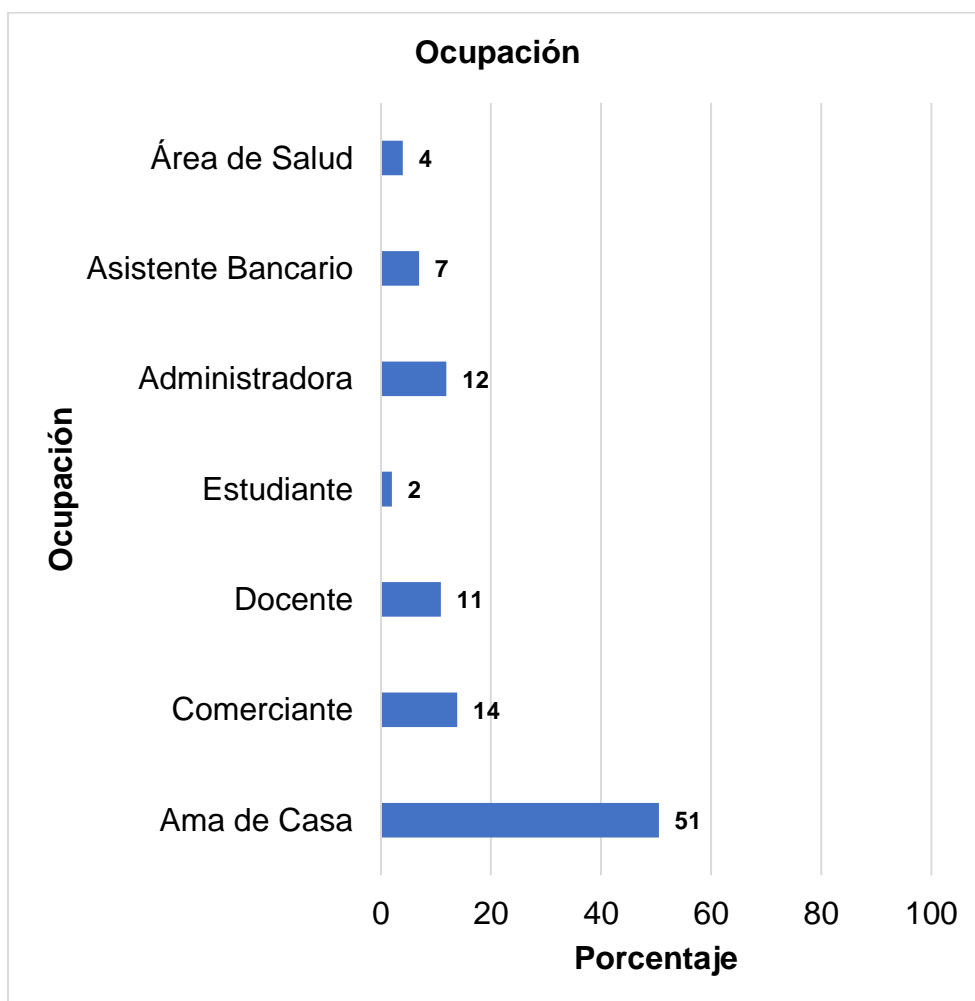
Interpretación

En la tabla 4 y figura 4, se observa que más de la mitad de las mujeres estudiadas tienen una ocupación de “ama de casa” (50,50%); luego poco más de la décima parte de las mujeres con cesárea anterior refieren tener una ocupación de comerciantes

(13.86%), seguidamente con un porcentaje de (11,88%) las mujeres estudiadas tienen la ocupación de administradoras ,posteriormente con un porcentaje de (10,89%) afirman tener la ocupación de docentes, luego menos de la décima parte de la muestra tiene una ocupación de asistente bancario (6,93%), ulteriormente con un porcentaje de (3,96%) representa a las mujeres con cesárea anterior que posee un trabajo en áreas de prestación de servicios de salud y por último con un mínimo porcentaje es representada por una ocupación de estudiantes de nivel superior (1,98%).

GRÁFICO 4

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según la ocupación.



Fuente: Tabla 4.

TABLA 5

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el número de controles prenatales.

N° de Controles Prenatales	Frecuencia	Porcentaje
Sin controles	0	0,00
1 a 3 controles	5	4,95
4 a 6 controles	26	25,74
7 a 9 controles	50	49,50
10 a más controles	20	19,80
Total	101	100,00

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

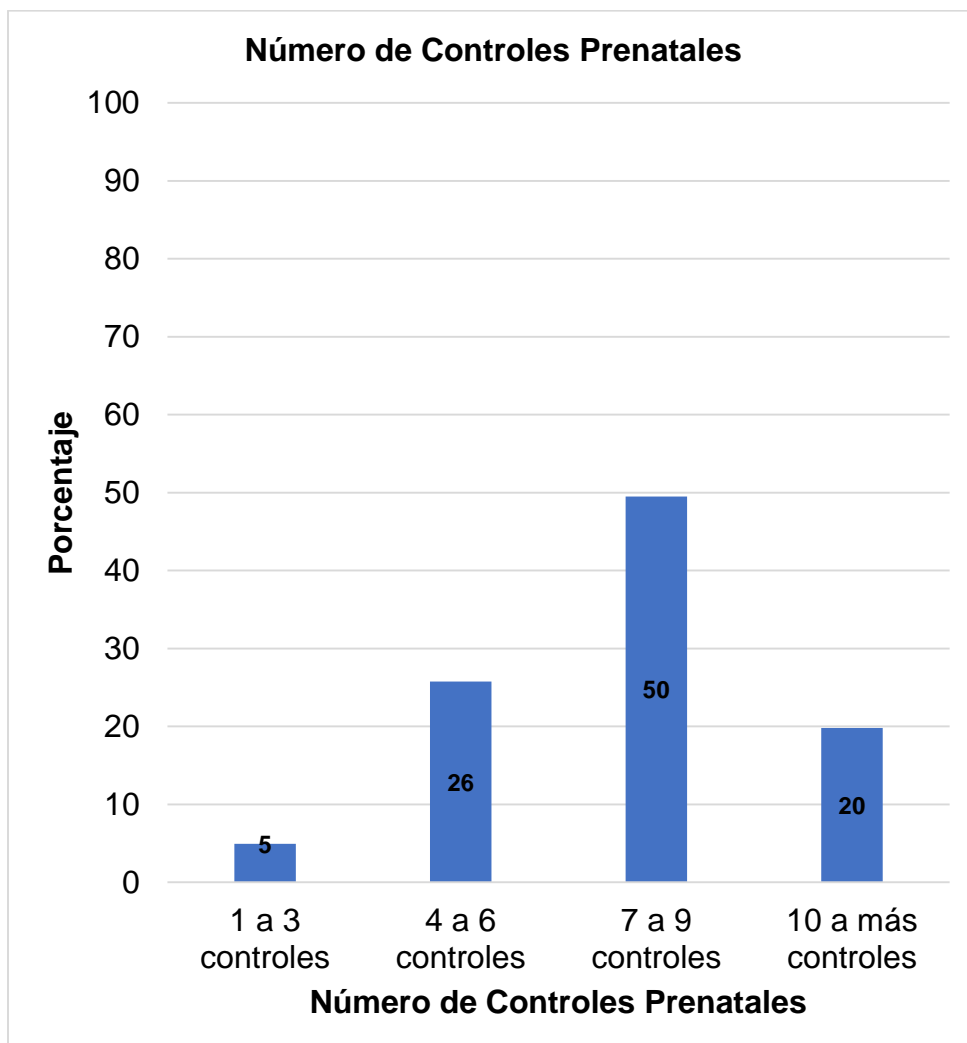
Interpretación

En la tabla 5 y figura 5, se observa que poco menos de la mitad de mujeres con cesárea anterior estudiadas tienen un rango de 7 a 9 controles prenatales (49,50%), luego la cuarta parte de las mujeres estudiadas tienen de 4 a 6 controles prenatales (25,74%),

posteriormente con un porcentaje de (19,80%) representa a las mujeres que acudieron a sus control prenatal de 10 a más veces, luego con un porcentaje de (4,95%) tienen de 1 a 3 controles prenatales, por ultimo ninguna mujer estudiada tiene 0 controles prenatales (0.00%).

GRÁFICO 5

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el número de controles prenatales.



Fuente: Tabla 5.

TABLA 6

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según paridad.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primípara	89	88,12
Secundípara	9	8,91
Múltipara	3	2,97
Total	101	100.00

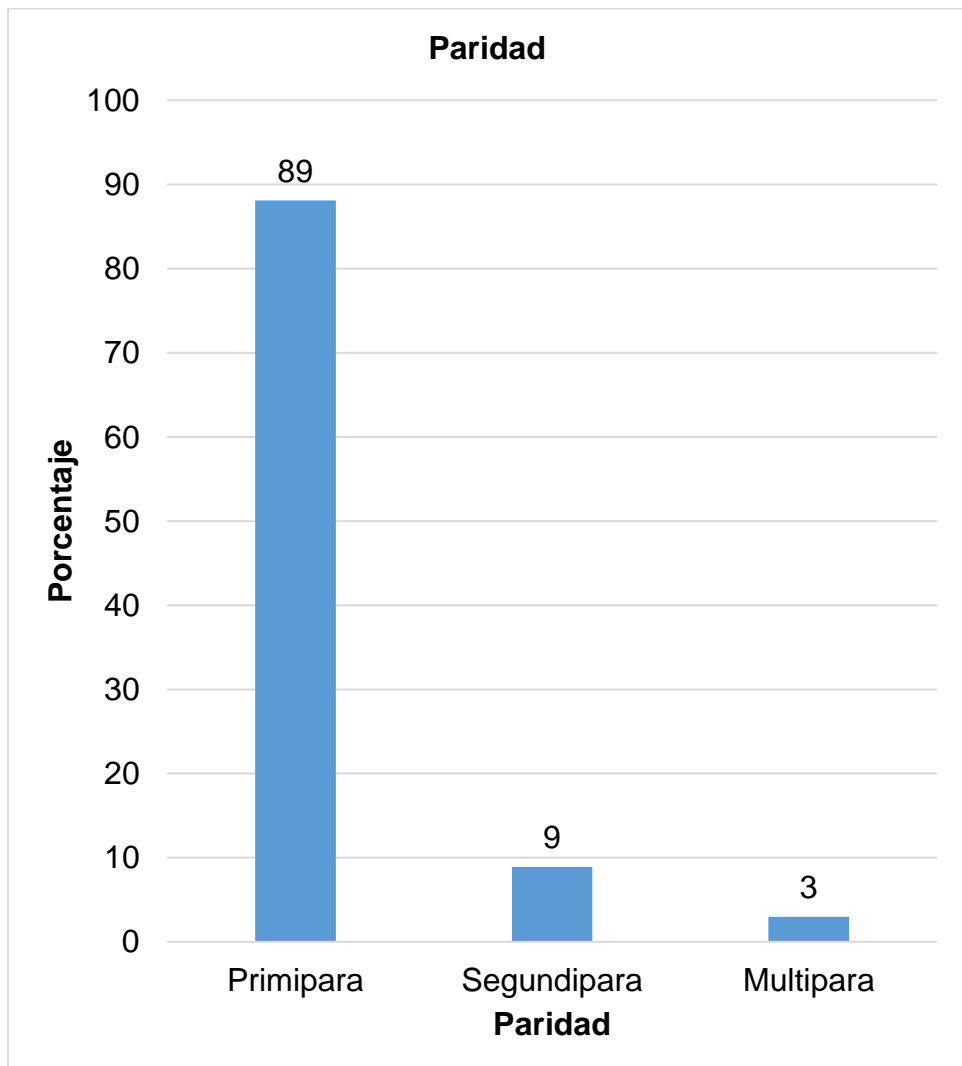
Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

Interpretación

Se observa en la Tabla 6 y en la Figura 6, al respecto más de los dos tercios de las mujeres con cesárea anterior tuvieron un parto a término y son consideradas primíparas (86,12%), luego con poco menos de la décima parte de la muestra representa a las mujeres que tuvieron dos partos a términos considerándolas secundíparas (8,91%), posteriormente con un porcentaje menor está representado por las mujeres que tuvieron tres a más partos a término consideradas como múltiparas (2,97%).

GRÁFICO 6

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según la paridad.



Fuente: Tabla 6.

TABLA 7

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el periodo intergenésico.

Periodo Intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
2 a 4 años	58	57,43
5 a 7 años	39	38,61
8 a 10 años	3	2,97
11 años a más	1	0,99
Total	101	100,00

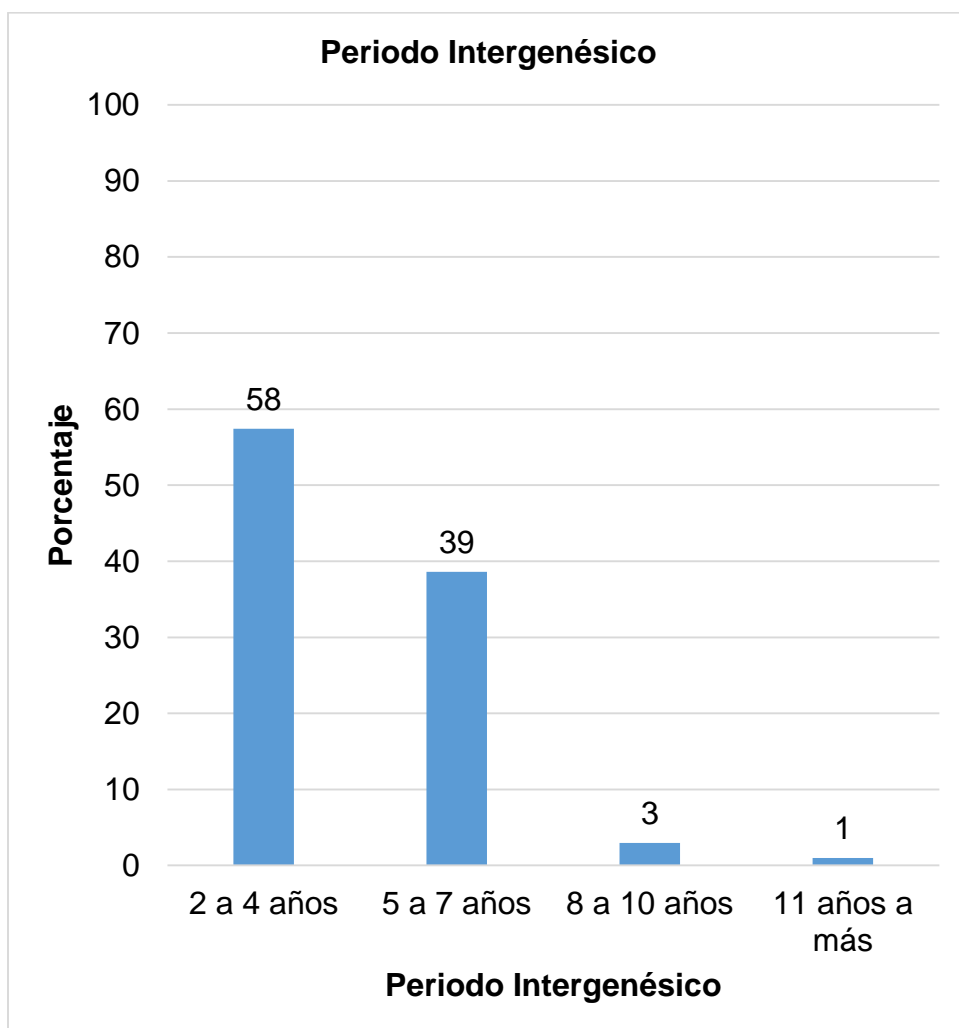
Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

Interpretación

En la Tabla 7 y Figura 7; al respecto más de la mitad de las mujeres estudiadas presentan un periodo intergenésico dentro de un rango de 2 a 4 años (57,43%), luego con menos de la mitad tuvieron un periodo intergenésico de un rango de 5 a 7 años (38,61%), posteriormente menos de la décima parte tuvieron un periodo intergenésico de un rango de 8 a 10 años (2,97%), ulteriormente con un mínimo porcentaje tuvieron un periodo intergenésico entre los 11 años a más (0,99%).

GRÁFICO 7

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el periodo intergenésico.



Fuente: Tabla 7.

TABLA 8

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según la edad gestacional.

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
37 a 40 semanas	73	72,28
41 a <42 semanas	28	27,72
Total	101	100.00

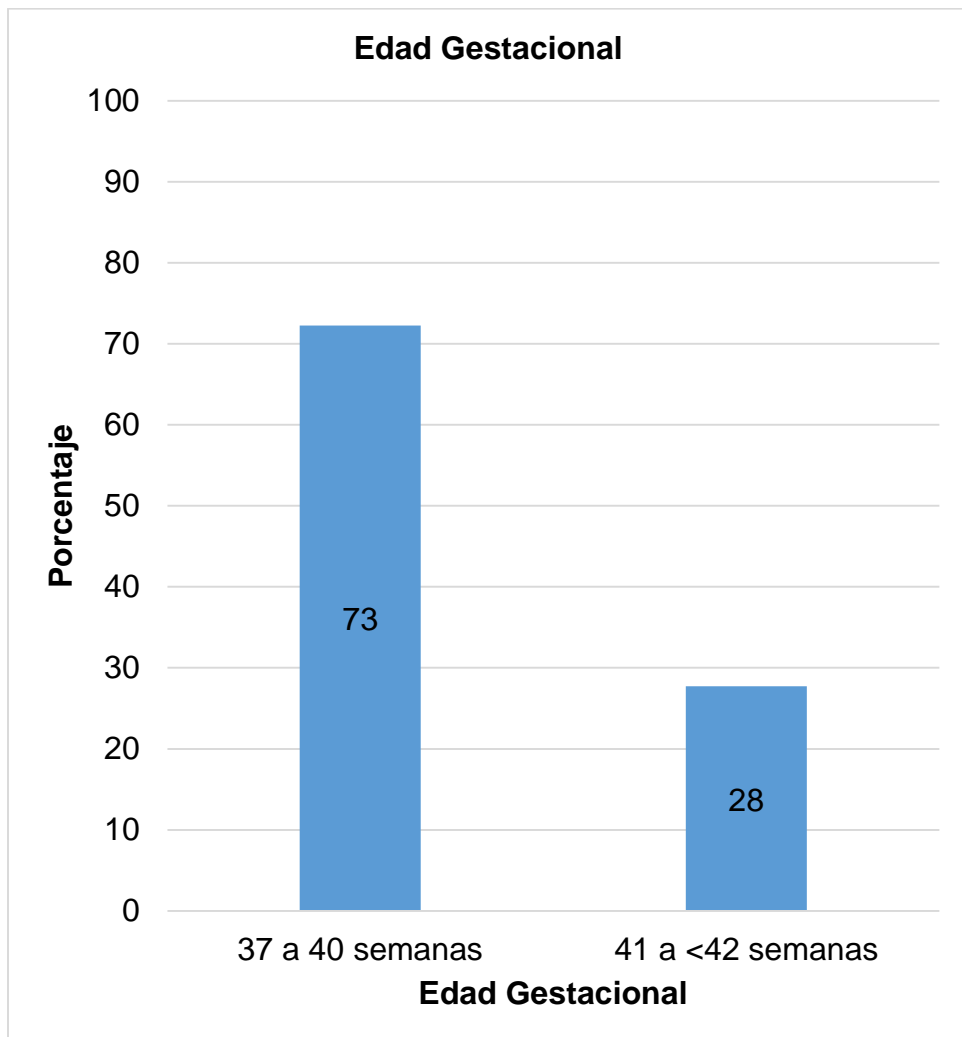
Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

Interpretación

En la tabla 8 y figura 8, se observa con respecto al embarazo actual el (72,28%) de las mujeres con cesárea anterior ingresaron con una edad gestacional de 37 a 40 semanas, luego con un porcentaje menor (27,72%) de las mujeres estudiadas ingresaron con una edad gestacional de 41 a <42 semanas (27,72%).

GRÁFICO 8

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según la edad gestacional.



Fuente: Tabla 8.

TABLA 9

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el motivo de cesárea anterior.

Motivo de Cesárea Anterior	Frecuencia	Porcentaje
Circular ajustado de cordón	5	4,95
Colestásis intrahepática	2	1,98
DPP	1	0,99
Displasia cervical	1	0,99
Distocia de presentación	22	21,78
Inducción fallida	3	2,97
Insuficiencia placentaria	2	1,98
Macrosomía fetal	15	14,85
Óbito fetal	1	0,99
Oligohidramnios	7	6,93
PPT	1	0,99
Pelvis límite	2	1,98
Preeclampsia	10	9,90
RPM	8	7,92
SFA	10	9,90
Tabique vaginal	2	1,98
Trabajo de parto disfuncional	8	7,92
Útero bicorne	1	0,99
Total	101	100,00

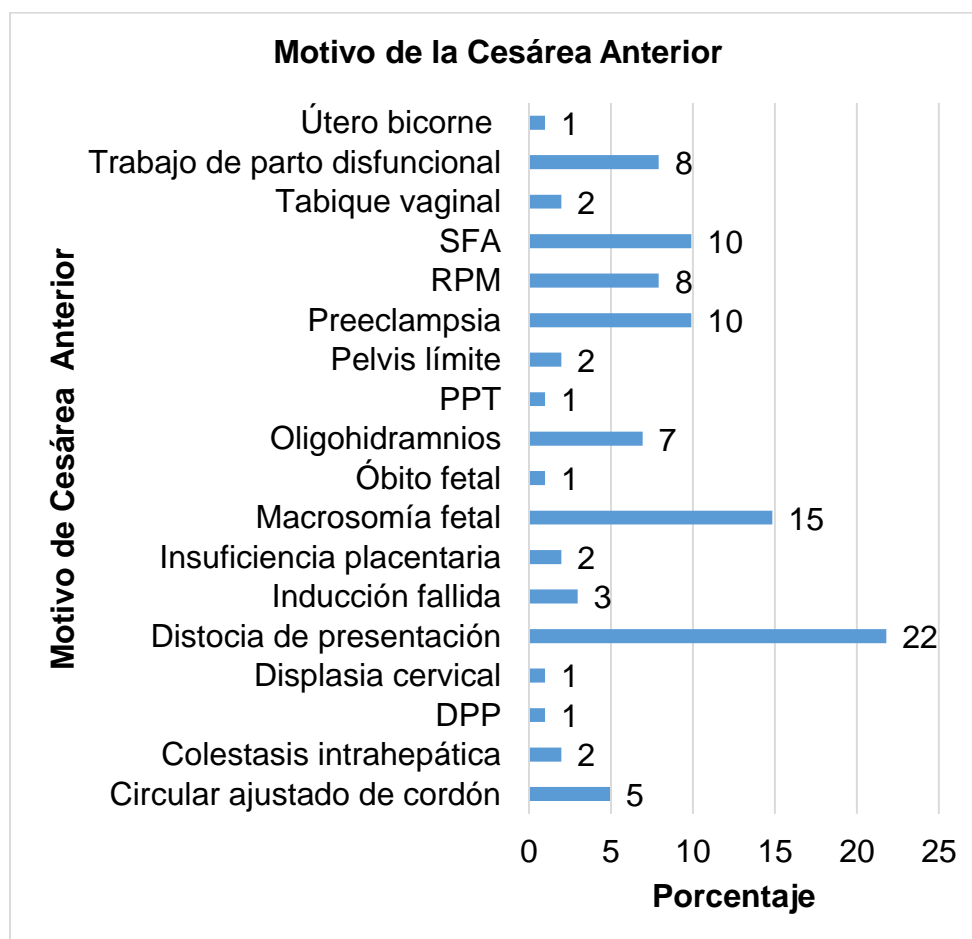
Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

Interpretación

En la tabla 9 y figura 9, se aprecia que con un porcentaje de (21,78%) es representada por las mujeres cuyo motivo de su cesárea anterior fue por distocia de presentación, luego con un porcentaje de (14,85%) al motivo de cesárea anterior por macrosomía fetal, posteriormente tenemos con un porcentaje similar de (9,90%) cuyo motivo de cesárea anterior fue por preeclampsia y sufrimiento fetal agudo "SFA" respectivamente, seguidamente con un porcentaje similar de (7,92%) cuya cesárea anterior fue por rotura prematura de membranas "RPM" y trabajo de parto disfuncional, subsiguientemente representada con un porcentaje de (6,93%) referencia a una cesárea anterior por oligohidramnios, consecuentemente con un porcentaje de (4,95%) perteneció a las cesareadas en su anterioridad por circular ajustado de cordón, luego con porcentajes menores (2,97%) cuyo motivo fue por inducción fallida, posteriormente tuvieron la cesárea anterior por colestásis intrahepática, pelvis límite, tabique vaginal e insuficiencia placentaria (1,98%), por último en porcentajes menores la desproporción cefalopélvica, displasia cervical, óbito fetal, placenta previa total y útero bicorne como indicación de cesárea anterior (0,99%).

GRÁFICO 9

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el motivo de cesárea anterior



Fuente: Tabla 9.

TABLA 10

Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “edad menor a 35 años” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variables			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	
Edad menor a 35 años	Si	N°	21	38	59
		%	60,0%	57,6%	58,4%
	No	N°	14	28	42
		%	40,0%	42,4%	41,6%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

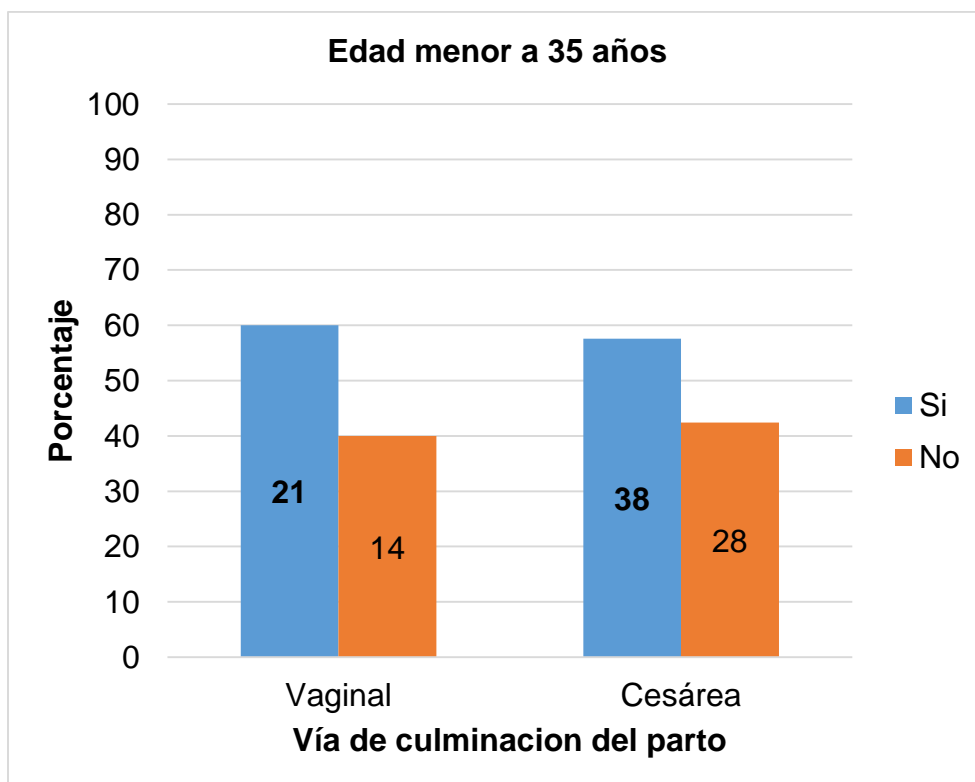
Interpretación

En la tabla 10 y figura 10, al respecto más de la mitad del total de las pacientes con cesárea anterior son menores de 35 años y tienen este factor favorable “edad menor de 35 años” (58,4%), de las cuales 21 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (60,0% del total de partos vaginales) y 38 pacientes culminaron su

embarazo en parto abdominal o cesárea (57,6% del total de cesáreas), luego menos de la mitad del total de las pacientes con cesárea anterior son mayores de 35 años y no tienen este factor favorable “edad menor de 35 años” (41,6%), de las cuales 14 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (40,0% del total de partos vaginales) y 28 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (42,4% del total de cesáreas).

GRÁFICO 10

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “edad menor a 35 años” y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 10.

TABLA 11

Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “no persiste el motivo de la cesárea anterior” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variables			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	
No persiste el motivo de la cesárea anterior	Si	N°	34	45	79
		%	97,1%	68,2%	78,2%
	No	N°	1	21	22
		%	2,9%	31,8%	21,8%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

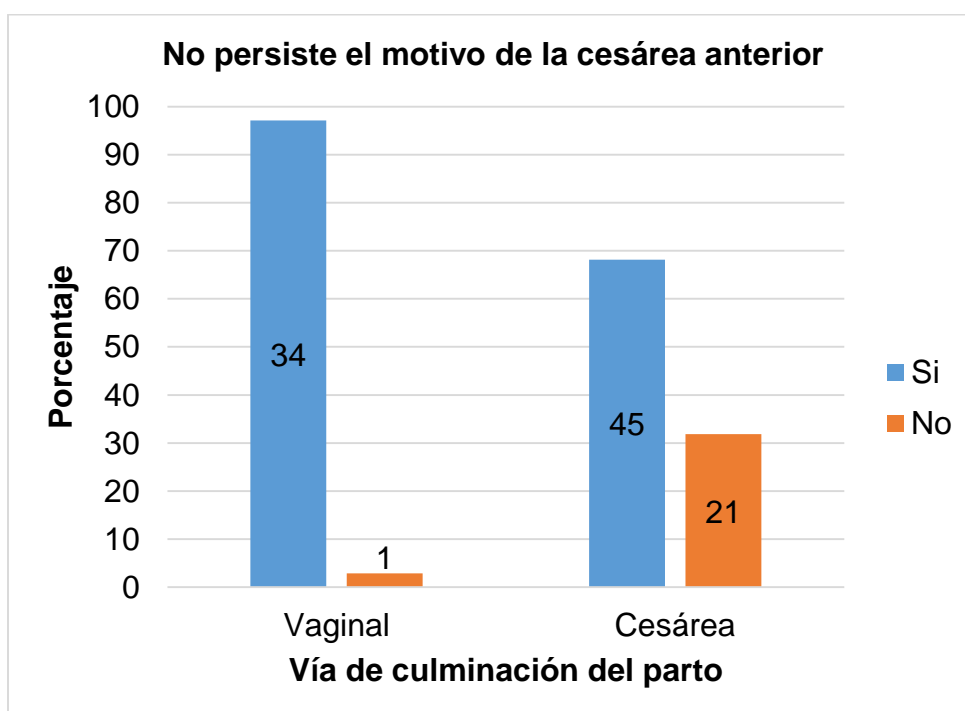
Interpretación

En la tabla 11 y figura 11, al respecto más de las tres cuartas partes del total de las pacientes estudiadas el motivo de la cesárea anterior no se repite en el embarazo actual y tienen este factor

favorable “no persiste motivo de la cesárea anterior” (78,2%), de las cuales 34 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (97,1% del total de partos vaginales) y 45 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (68,2% del total de cesáreas), luego menos de la cuarta parte del total de las pacientes con cesárea anterior repiten el motivo de su cesárea anterior y no tienen este factor favorable “no persiste el motivo de la cesárea anterior” (28,6%), de las cuales 1 paciente culminó su gestación en parto vaginal (2,9% del total de partos vaginales) y 21 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (31,8% del total de cesáreas).

GRÁFICO 11

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “no persiste el motivo de la cesárea anterior” y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 11.

TABLA 12

Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variables			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	
Cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica	Si	N°	11	11	22
		%	31,4%	16,7%	21,8%
	No	N°	24	55	79
		%	68,6%	83,3%	78,2%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC- Essalud-Tacna

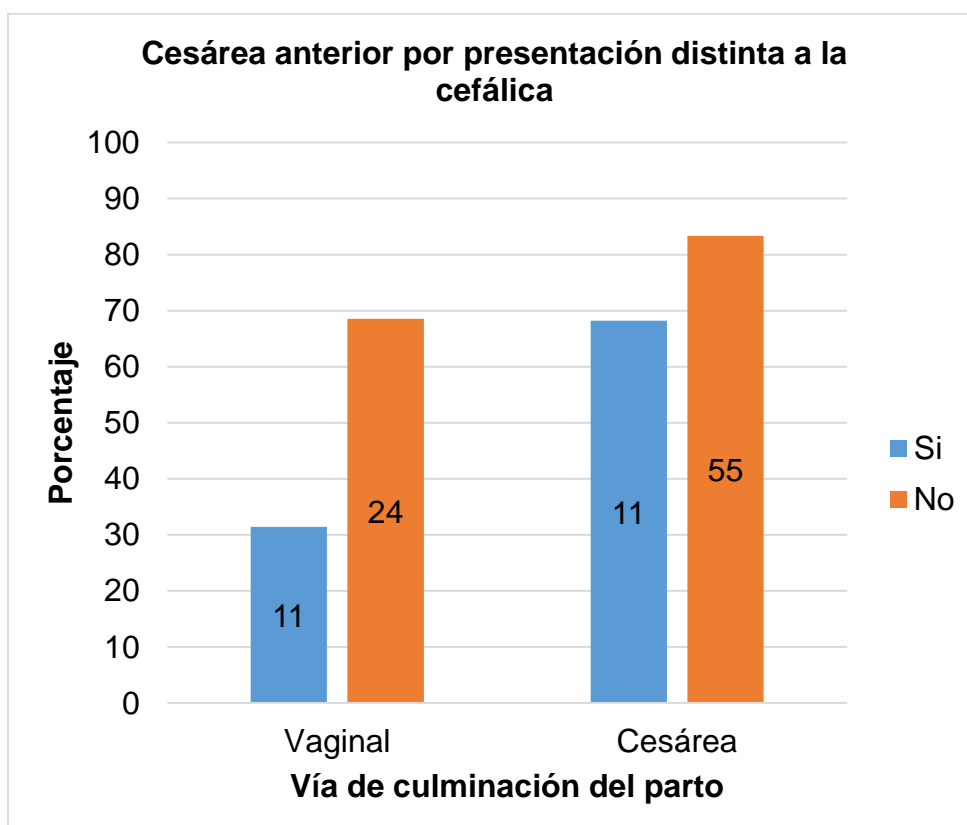
Interpretación

En la tabla 12 y figura 12; al respecto aproximadamente la cuarta parte del total de las pacientes estudiadas tienen este factor favorable “cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica”

(21,8%), de las cuales 11 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (31,4% del total de partos vaginales) y 11 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (16,7% del total de cesáreas); luego más de las tres cuartas partes del total de las pacientes estudiadas no tienen este factor favorable “cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica” (78,2%), de las cuales 24 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (68,6% del total de partos vaginales) y 55 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (83,3% del total de cesáreas).

GRÁFICO 12

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el factor favorable denominado “cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica” y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 12.

TABLA 13

Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “parto vaginal previo” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variables			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	
Parto vaginal previo	Si	N°	9	4	13
		%	25,7%	6,1%	12,9%
	No	N°	26	62	88
		%	74,3%	93,9%	87,1%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

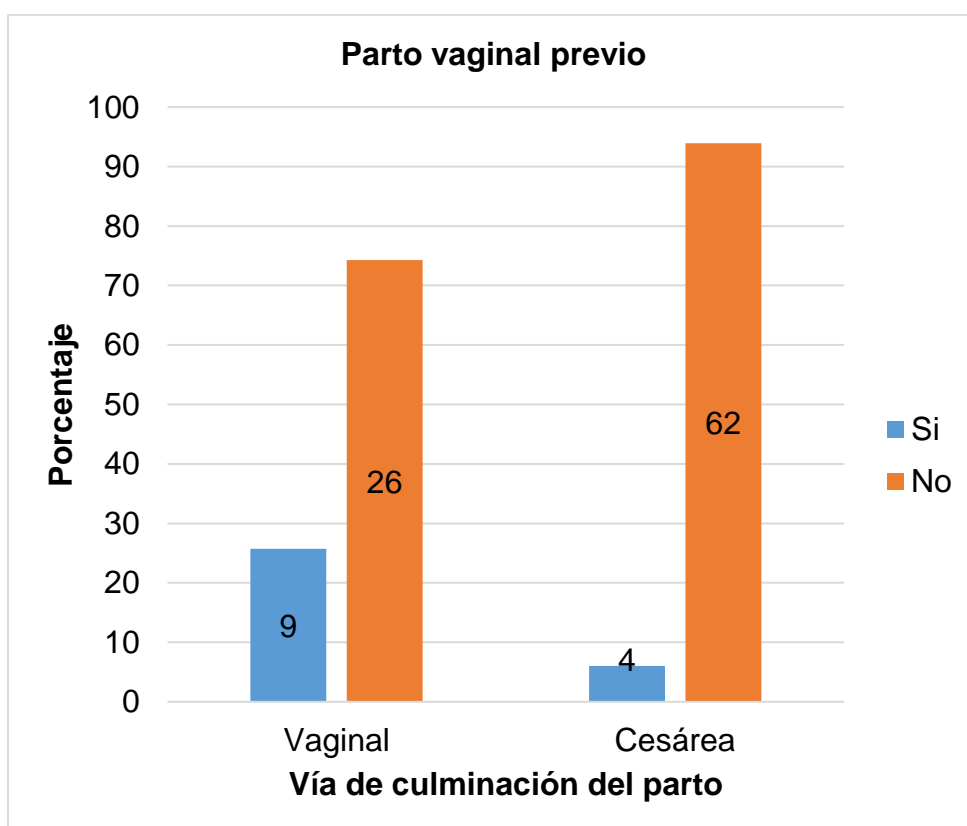
Interpretación

En la tabla 13 y figura 13, se observa que aproximadamente la quinta parte del total de las pacientes estudiadas tienen este factor favorable “parto vaginal previo” (12,9%), de las cuales 9

pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (25,7% del total de partos vaginales) y 4 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (6,1% del total de cesáreas); luego más de las tres cuartas partes del total de las pacientes estudiadas no tienen este factor favorable “parto vaginal previo” (87,1%), de las cuales 26 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (74,3% del total de partos vaginales) y 62 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (93,9% del total de cesáreas).

GRÁFICO 13

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “parto vaginal previo” y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 13.

TABLA 14

Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “inicio del trabajo de parto espontáneo” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variables			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	
Inicio del trabajo de parto espontáneo	No (No hubo trabajo de parto)	N°	0	31	31
		%	0,0%	47,0%	30,7%
	Si (Espontáneo)	N°	33	25	58
		%	94,3%	37,9%	57,4%
	No (Inducido)	N°	2	10	12
		%	5,7%	15,2%	11,9%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

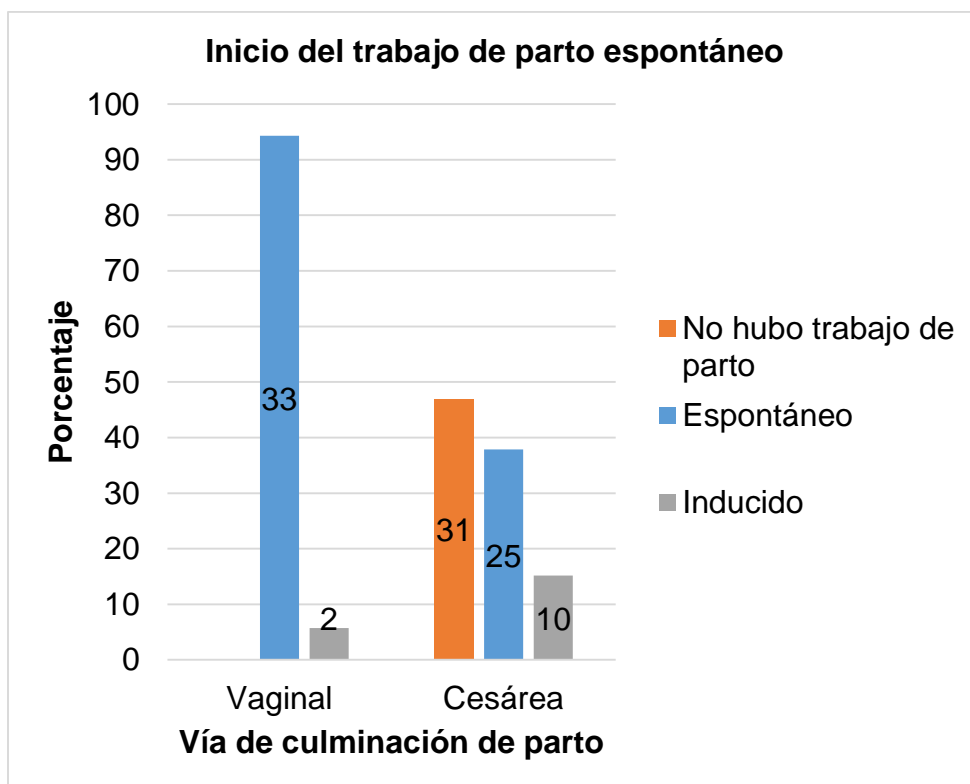
Interpretación

En la tabla 14 y figura 14, se observa al respecto que poco más de la cuarta parte de las pacientes estudiadas no tuvieron un

trabajo de parto (30.7%), luego aproximadamente más de la mitad del total de las pacientes estudiadas tienen el factor favorable “inicio espontáneo del trabajo de parto” (57,4%), de las cuales 33 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (94,3% del total de partos vaginales) y 25 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (37,9% del total de cesáreas); por otro lado aproximadamente poco más de la décima parte del total de las pacientes estudiadas no tienen este factor favorable “inicio espontáneo del trabajo de parto” (11,9%), de las cuales 2 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (5,7% del total de partos vaginales) y 10 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (15,2% del total de cesáreas).

GRÁFICO 14

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “inicio del trabajo de parto espontáneo” y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 14.

TABLA 15

Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “ponderado fetal entre 2501 y 3999 gr” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variables			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	
Ponderado fetal entre 2501 y 3999 gramos	Si	N°	35	43	78
		%	100,0%	65,2%	77,2%
	No	N°	0	23	23
		%	0,0%	34,8%	22,8%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

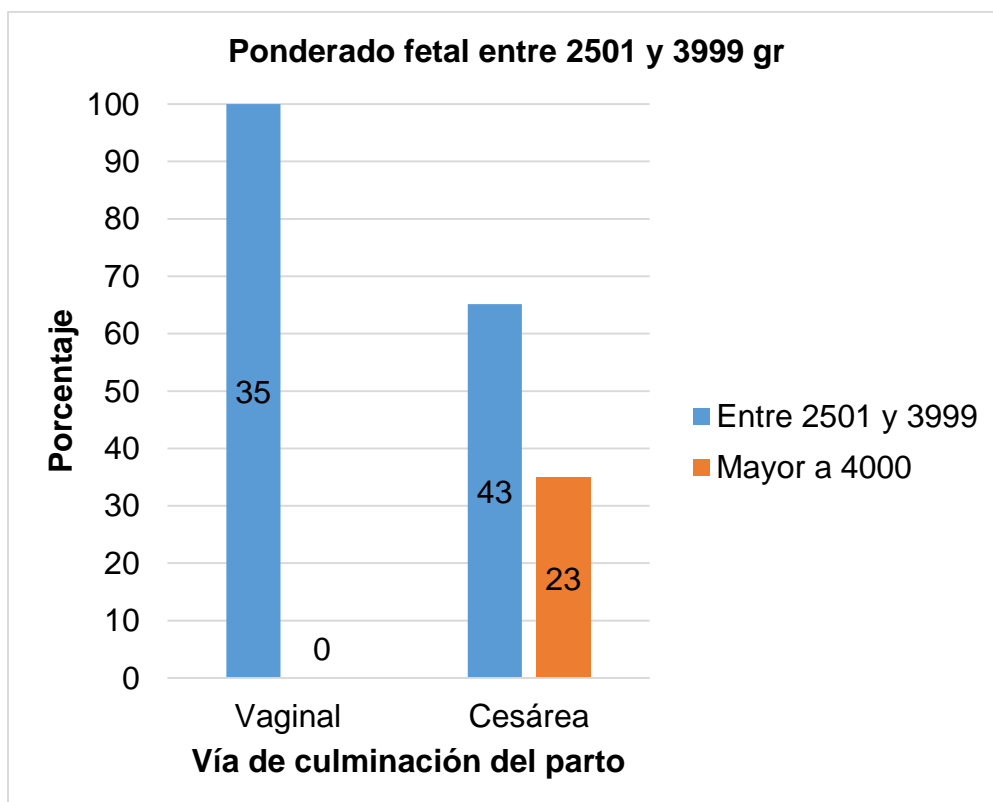
Interpretación

En la tabla 15 y figura 15; al respecto aproximadamente más de las tres cuartas partes del total de las pacientes estudiadas tienen el factor favorable “ponderado fetal entre 2501 y 3999 gr”

(77,2%), de las cuales 35 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (100,0% del total de partos vaginales) y 43 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (65,2% del total de cesáreas); por otro lado aproximadamente poco más de la décima parte del total de las pacientes estudiadas no tienen este factor favorable “ponderado fetal entre 2501 y 3999 gr” (22,8%), de las cuales 0 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (0,0% del total de partos vaginales) y 34 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (34,8% del total de cesáreas).

GRÁFICO 15

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “ponderado fetal entre 2501 y 3999 gr” y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 15

TABLA 16

Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “monitoreo electrónico fetal al ingreso reactivo” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variable			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	
Monitoreo electrónico fetal al ingreso reactivo	Si	N°	35	62	97
		%	100,0%	93,9%	96,0%
	No	N°	0	4	4
		%	0,0%	6,1%	4,0%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

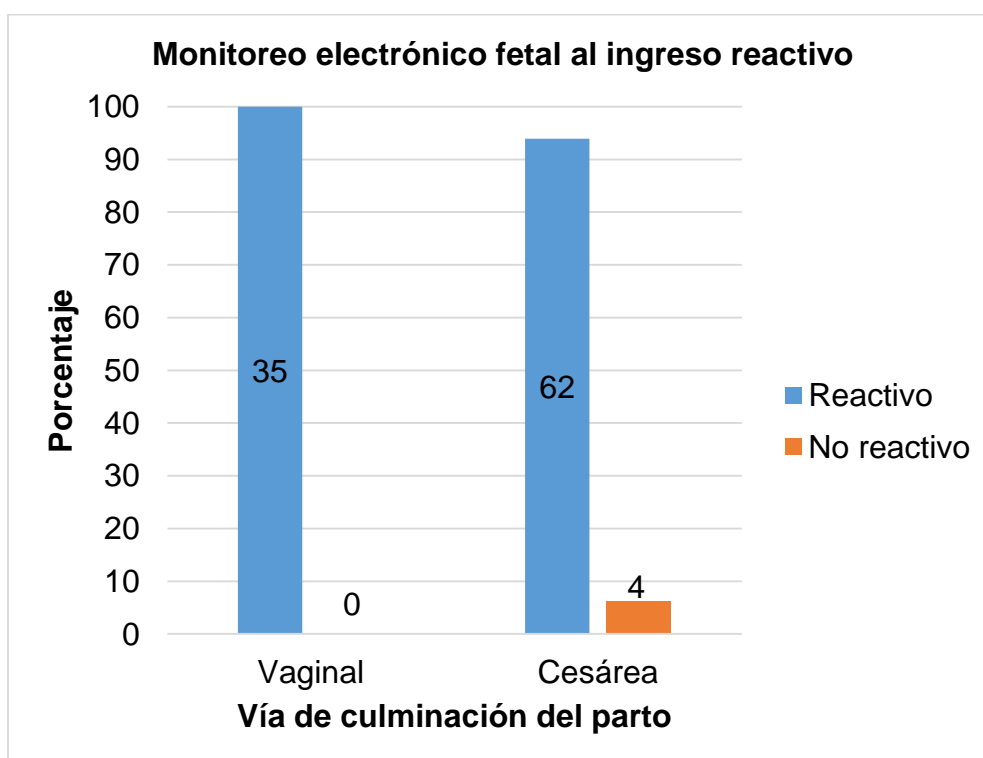
Interpretación

En la tabla 16 y figura 16; se observa al respecto aproximadamente casi en su totalidad de las pacientes estudiadas tienen el factor favorable “monitoreo electrónico fetal al ingreso

reactivo” (96,0%), de las cuales 35 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (100,0% del total de partos vaginales) y 62 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (93,9% del total de cesáreas); por otro lado menos de la décima parte del total de las pacientes estudiadas no tienen este factor favorable “monitoreo electrónico fetal al ingreso reactivo” (4,0%), de las cuales 0 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (0,0% del total de partos vaginales) y 4 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (6,1% del total de cesáreas).

GRÁFICO 16

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “monitoreo electrónico fetal al ingreso reactivo” y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 16.

TABLA 17

Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “monitoreo electrónico fetal intraparto negativo” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variable			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	
Monitoreo electrónico fetal intraparto negativo	No (No hubo trabajo de parto)	N°	0	22	22
		%	0,0%	33,3%	21,8%
	Si (Negativo)	N°	33	32	65
		%	94,3%	48,5%	64,4%
	No (Sospechoso)	N°	2	4	6
		%	5,7%	6,1%	5,9%
	No (Positivo)	N°	0	8	8
		%	0,0%	12,1%	7,9%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

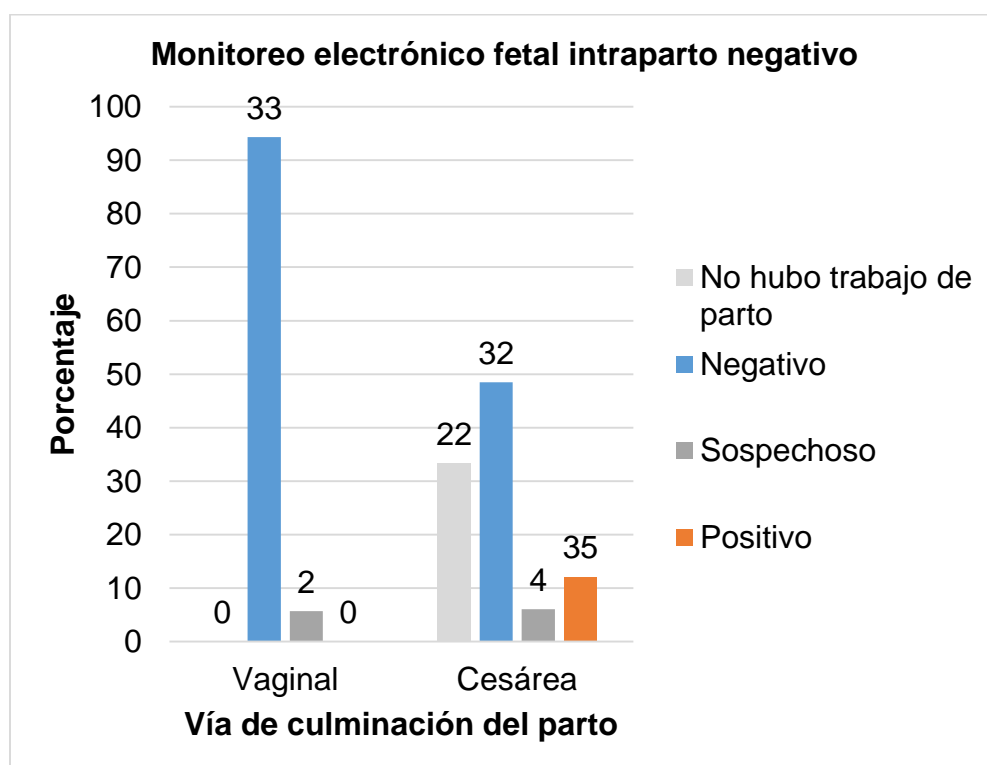
Interpretación

En la tabla 17 y figura 17, se observa resultados con respecto al factor favorable denominado “monitoreo electrónico fetal intraparto negativo” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna; al respecto 22 pacientes no tuvieron trabajo de parto establecido y culminaron su gestación en cesárea (33,3%). Posteriormente más de la mitad de las pacientes estudiadas tienen el factor favorable “monitoreo electrónico fetal intraparto negativo” (64,4%), de las cuales 33 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (94,3% del total de partos vaginales) y 32 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (48,5% del total de cesáreas); por otro lado menos de la cuarta parte del total de las pacientes estudiadas no tuvieron un trabajo de parto establecido (21,8%), posteriormente poco menos de la décima parte del total de pacientes estudiadas no presentaron el factor favorable “monitoreo electrónico fetal intraparto negativo” tuvieron un monitoreo intraparto sospechoso, de las cuales 2 pacientes culminaron su gestación en un parto vaginal (5,7% del total de

partos vaginales) y 4 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (6,1% del total de cesáreas), subsecuentemente menos de la décima parte del total de pacientes estudiadas no presentaron el factor favorable “monitoreo electrónico fetal intraparto negativo” tuvieron un monitoreo intraparto positivo, de las cuales 0 pacientes culminaron su gestación en un parto vaginal (0,0% del total de partos vaginales) y 8 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (12,1% del total de cesáreas).

GRÁFICO 17

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “monitoreo electrónico fetal intraparto negativo” y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 17.

TABLA 18

Tabla de contingencia entre el factor favorable para un parto vaginal denominado “pelvis ginecoide” y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variable			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	
Pelvis ginecoide	Si	N°	33	66	99
		%	94,3%	100,0%	98,0%
	No	N°	2	0	2
		%	5,7%	0,0%	2,0%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

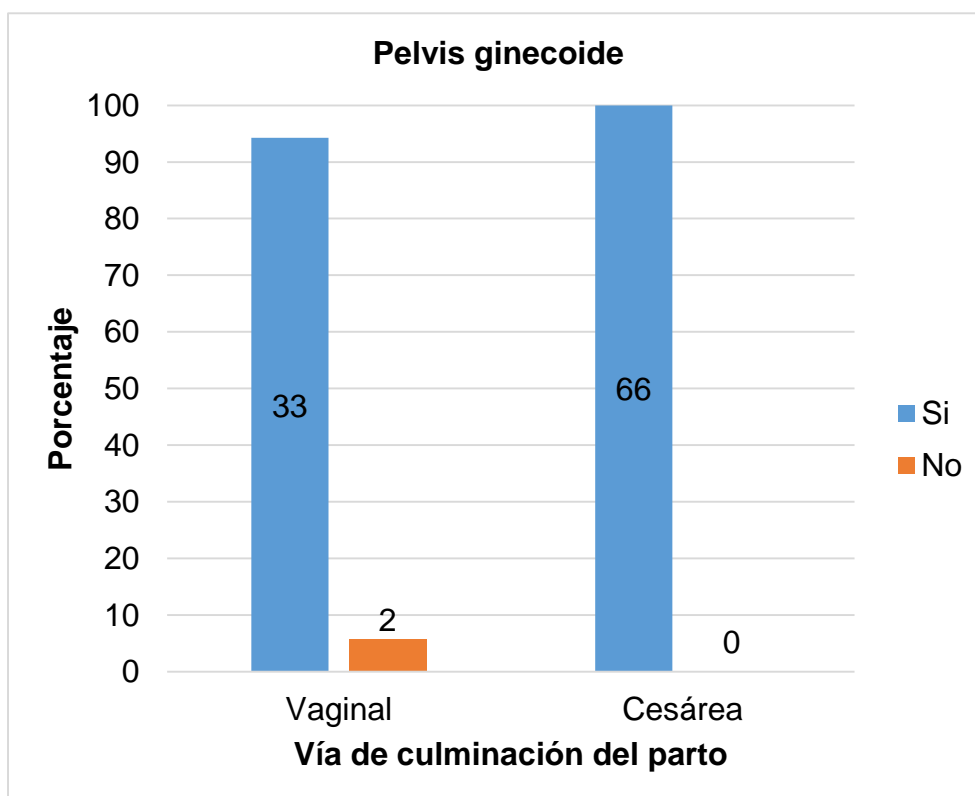
Interpretación

En la tabla 18 y figura 18; al respecto aproximadamente casi en su totalidad de las pacientes estudiadas tienen el factor favorable “pelvis ginecoide” (98,0%), de las cuales 33 pacientes

culminaron su gestación en parto vaginal (94,3% del total de partos vaginales) y 66 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (100,0% del total de cesáreas); por otro lado menos de la décima parte del total de las pacientes estudiadas no tienen este factor favorable “pelvis ginecoide” (2,0%), de las cuales 2 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (5,7% del total de partos vaginales) y 0 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (0,0% del total de cesáreas).

GRÁFICO 18

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el factor favorable para un parto vaginal denominado “pelvis ginecoide” y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 18.

TABLA 19

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según la vía de culminación del parto.

Vía de culminación del parto	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal	35	34,65
Cesárea	66	65,35
Total	101	100,00

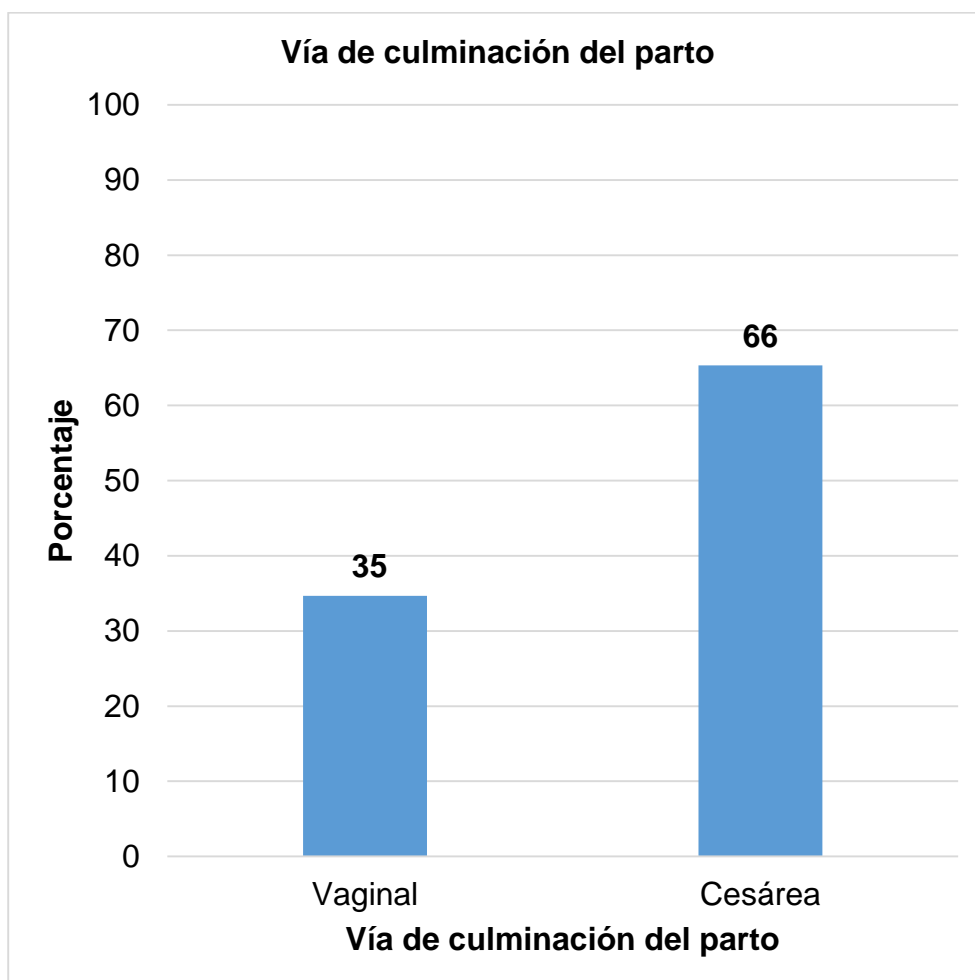
Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

Interpretación

En la tabla 19 y figura 19, se aprecia que más de la mitad de pacientes estudiadas culminaron su gestación en un parto abdominal o cesárea (65,35%), luego aproximadamente la tercera parte de las pacientes estudiadas culminaron su gestación en un parto vaginal (34,65%).

GRÁFICO 19

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 19.

TABLA 20

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el motivo de la cesárea actual.

Motivo de la cesárea actual	Frecuencia	Porcentaje
Colestásis Intrahepática	3	4,55
DCP	7	10,61
Expulsivo detenido	1	1,52
Feto valioso	1	1,52
Inducción Fallida	3	4,55
Macrosomía fetal	17	25,76
Oligohidramnios	12	18,18
Preeclampsia	4	6,06
RPM meconial	6	9,09
SFA	7	10,61
Tabique vaginal	2	3,03
Trabajo de parto disfuncional	2	3,03
Útero bicorne	1	1,52
Total	66	100,00

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

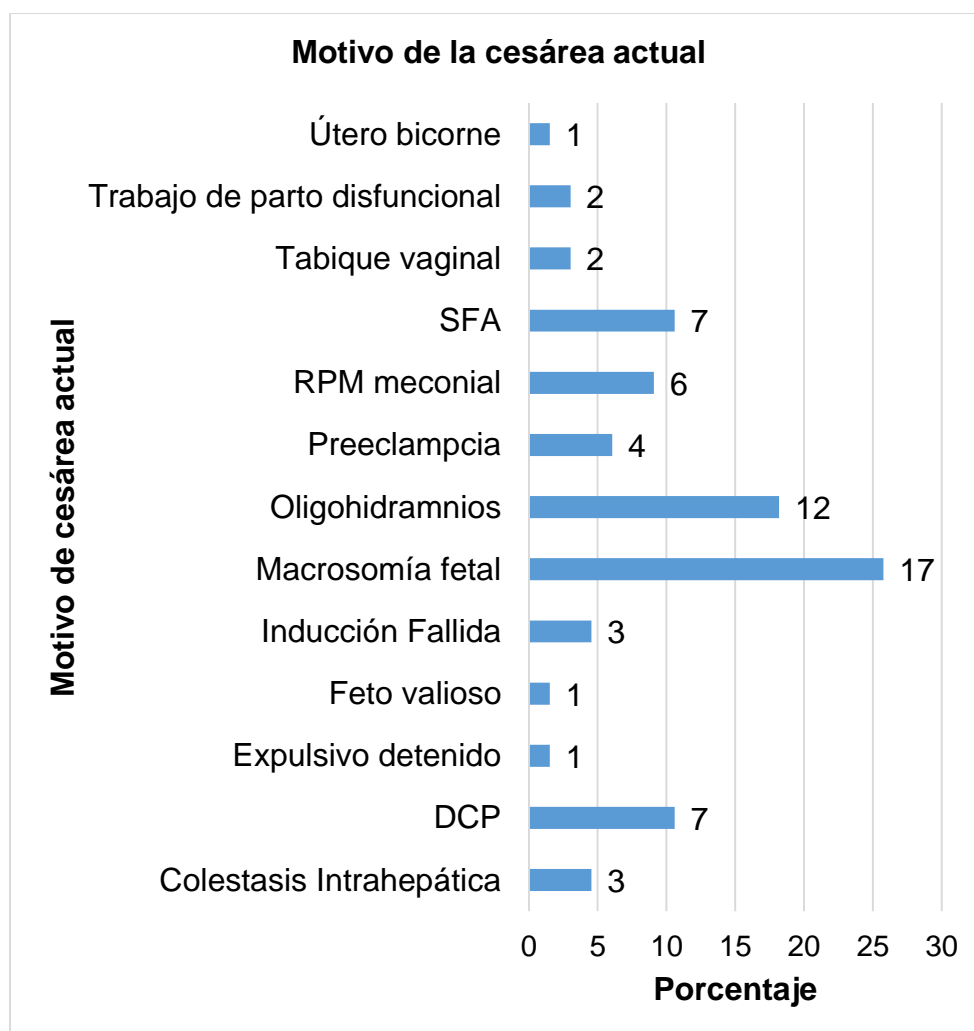
Interpretación

En la tabla 20 y figura 20, donde se aprecia que la cuarta parte de las pacientes estudiadas se les volvió a practicar una

cesárea iterativa por macrosomía fetal con un porcentaje de (25,76%), poco menos de la cuarta parte de las mujeres estudiadas tuvieron una cesárea nuevamente por presentar oligohidramnios con un porcentaje de (18,18%), posteriormente tenemos con un porcentaje similar de (10,61%) a las mujeres que tuvieron una cesárea iterativa por presentar desproporción cefalopélvica y también un sufrimiento fetal agudo, seguidamente con un porcentaje de (9,09%) pertenece a las pacientes estudiadas tuvieron una cesárea nuevamente por presentar ruptura prematura de membranas con presencia de líquido meconial, subsiguientemente representada con un porcentaje de (6,06%) referencia a las mujeres las cuales se le practicó su cesárea iterativa por presentar preeclampsia, consecuentemente con un porcentaje similar de (4,55%) tenemos a las mujeres que fueron cesareadas nuevamente por presentar colestásis intrahepática e inducción fallida, luego con un porcentaje similar de (3,03%) se les realizó un cesárea iterativa por tener tabique vaginal y trabajo de parto disfuncional, ulteriormente con un porcentaje similar de (1,52%) representa a las pacientes con cesárea anterior que se les volvió a repetir la cesárea por presentar útero bicorne, expulsivo detenido y feto valioso.

GRÁFICO 20

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el motivo de la cesárea actual.



Fuente: Tabla 20.

TABLA 21

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el bloqueo tubárico bilateral.

Bloqueo tubárico bilateral	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	9,09
No	60	90,91
Total	66	100,00

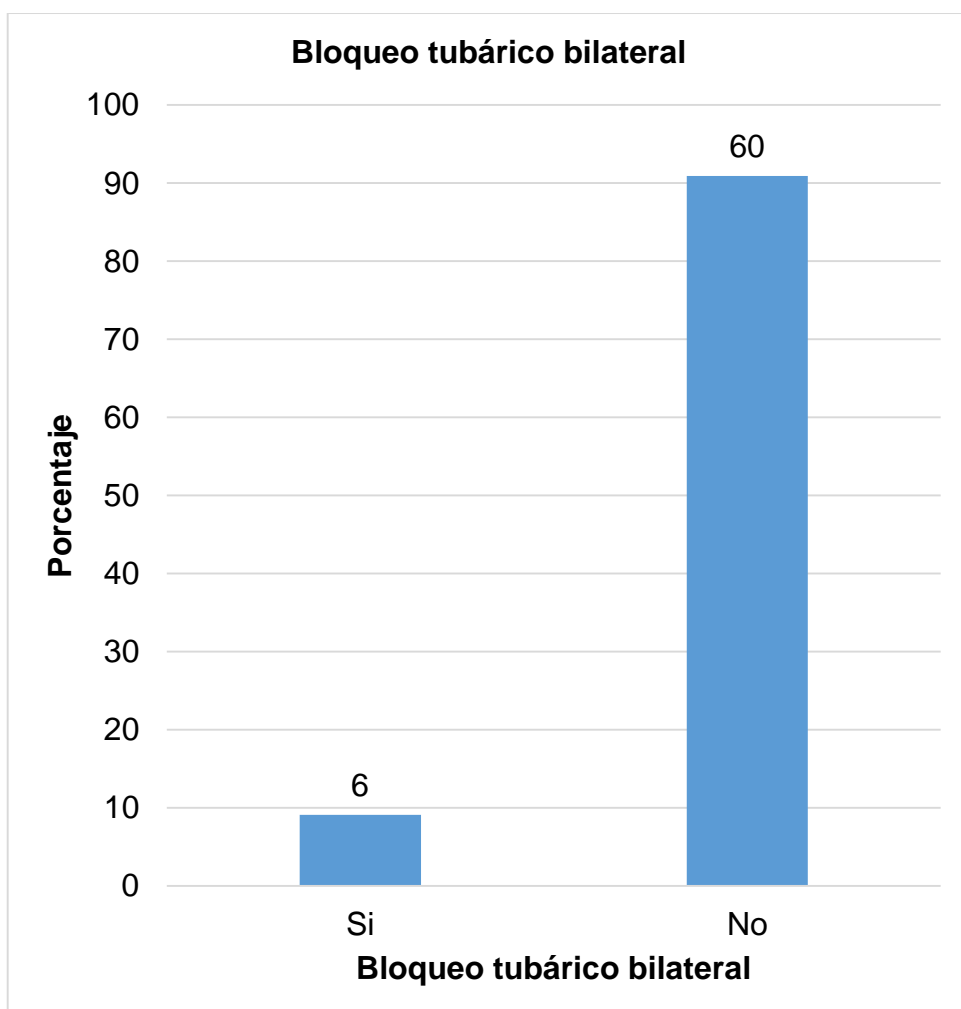
Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

Interpretación

En la tabla 21 y figura 21, se observa que con un porcentaje de (9,09%) es representada por las mujeres que dieron su consentimiento informado para que se les realice la ligadura de trompas a fin de evitar más embarazos, y la mayoría de mujeres con cesárea iterativa no se realizaron la ligadura de trompas (90,91%).

GRÁFICO 21

Distribución de pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el bloqueo tubárico bilateral.



Fuente: Tabla 21.

TABLA 22

Tabla de contingencia entre la vía de culminación del parto y la existencia de complicaciones postparto en las pacientes con cesárea anteriores que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variable			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	
Existencia de complicaciones postparto	Si	N°	3	10	13
		%	8,6%	15,2%	12,9%
	No	N°	32	56	88
		%	91,4%	84,8%	87,1%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

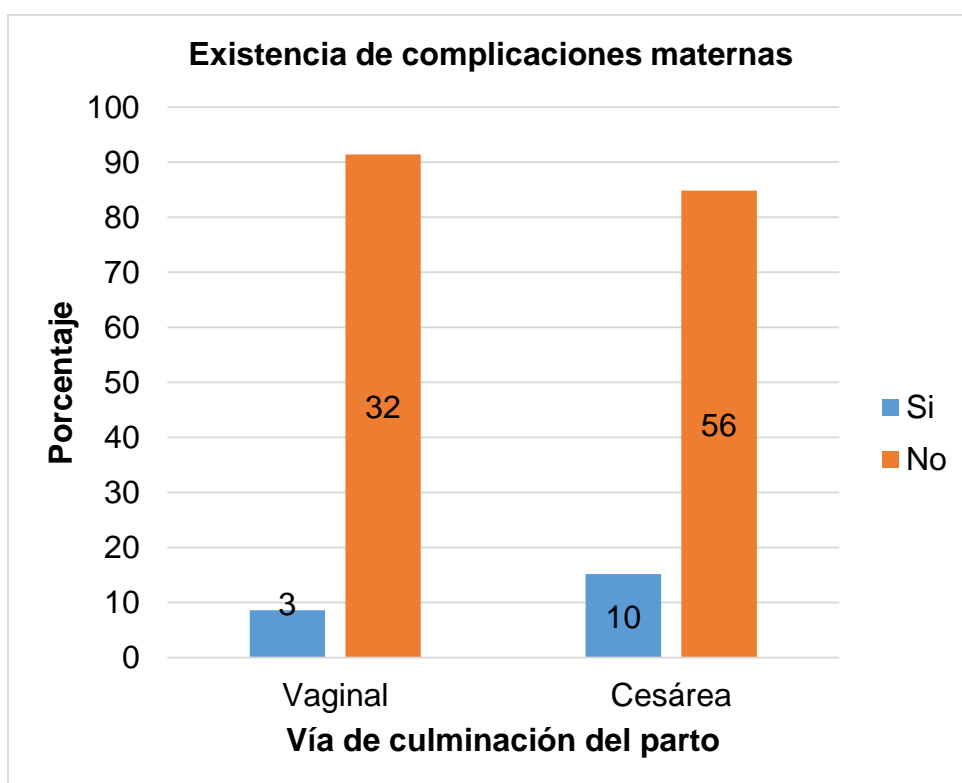
Interpretación

En la tabla 22 y figura 22; al respecto más de las tres cuartas partes de las pacientes no presentaron complicaciones postparto (87,1%), de las cuales 32 pacientes culminaron su gestación en

parto vaginal (91,4% del total de partos vaginales) y 56 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (84,8% del total de cesáreas); por otro lado poco más de la décima parte del total de las pacientes estudiadas presentaron complicaciones postparto (12,9%), de las cuales 3 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (8,6% del total de partos vaginales) y 10 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (15,2% del total de cesáreas).

GRÁFICO 22

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según la vía de culminación del parto y la existencia de complicaciones maternas.



Fuente: Tabla 22.

TABLA 23

Tabla de contingencia entre la vía de culminación del parto y el tipo de complicación postparto en las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variable		Vía de culminación del parto		Total	
		Vaginal	Cesárea		
Tipo de complicación postparto	Ninguno	N°	32	56	88
		%	91,4%	84,8%	87,1%
	Atonía uterina	N°	3	8	11
		%	8,6%	12,1%	10,9%
	Anemia severa	N°	0	2	2
		%	0,0%	3,1%	1,9%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

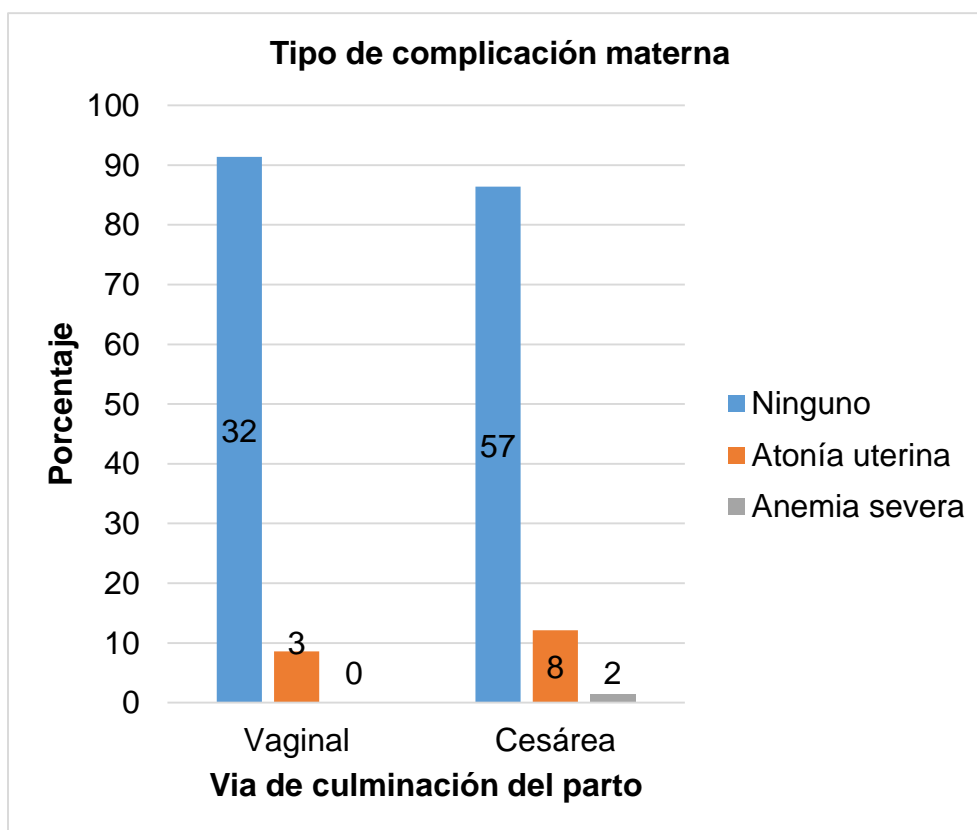
Interpretación

En la tabla 23 y figura 23; se observa al respecto más de las tres cuartas partes de las pacientes estudiadas no complicaciones maternas (88,1%), de las cuales 32 pacientes culminaron su

gestación en parto vaginal (91,4% del total de partos vaginales) y 57 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (84,8% del total de cesáreas); por otro lado la décima parte del total de las pacientes estudiadas tuvieron un episodio de atonía uterina (10,9%), de las cuales 3 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (8,6% del total de partos vaginales) y 8 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (12,1% del total de cesáreas), por ultimo con un mínimo porcentaje del total de pacientes estudiadas tuvieron anemia severa (1,0%), 1 pacientes culminó su embarazo en parto abdominal o cesárea (1,5% del total de cesáreas)

GRÁFICO 23

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el tipo de complicación postparto y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 23.

TABLA 24

Tabla de contingencia entre el peso del recién nacido y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anteriores que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variable		Vía de culminación del parto		Total	
		Vaginal	Cesárea	Vaginal	
Peso del recién nacido	2501 a <3999 Peso normal	N°	29	47	76
		%	82,9%	71,2%	75,2%
	>4000 Macrosómico	N°	6	19	25
		%	17,1%	28,8%	24,8%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

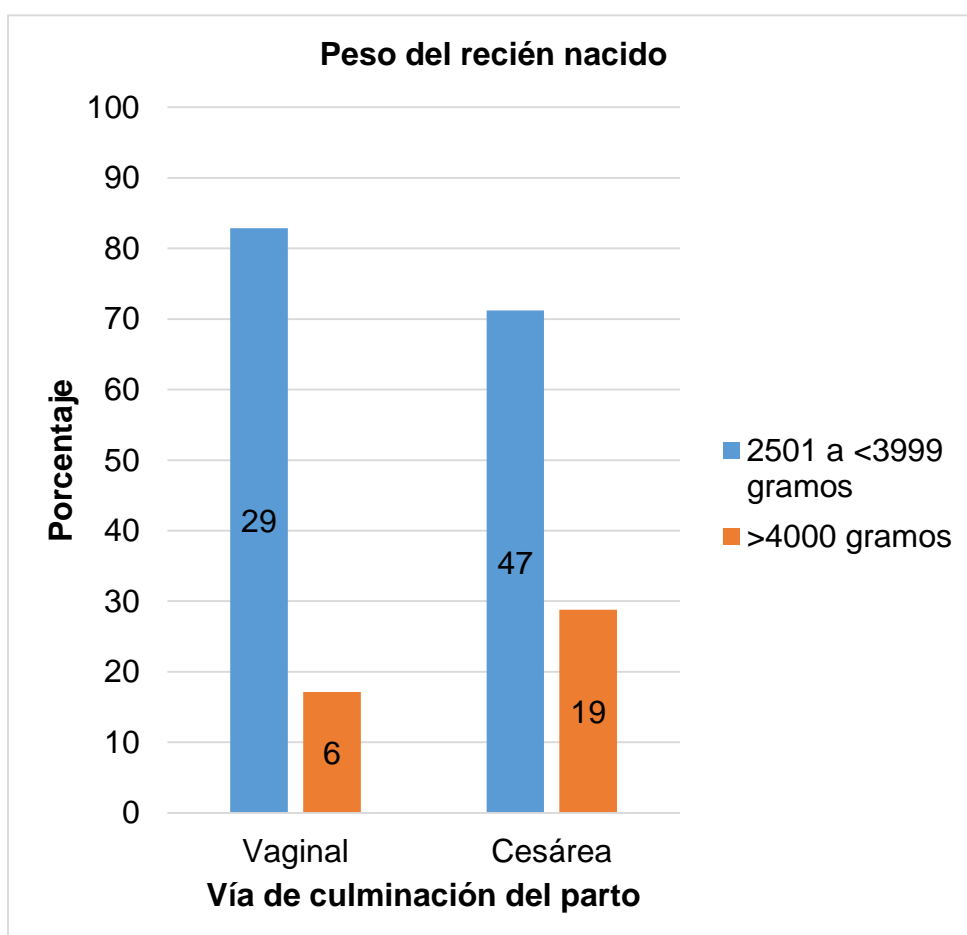
Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

Interpretación

En la tabla 24 y figura 24; al respecto poco más de las tres cuartas partes de la totalidad de las pacientes estudiadas tuvieron un producto con un rango de peso entre 2501 y 3999 gramos (75,2%), de las cuales 29 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (82,9% del total de partos vaginales) y 47 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (71,2% del total de cesáreas); por otro lado una cuarta parte del total de las pacientes estudiadas tuvieron un producto con un peso mayor a los 4000 gramos (24,8%), de las cuales 6 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (17,1% del total de partos vaginales) y 19 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (28,8% del total de cesáreas).

GRÁFICO 24

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el peso del recién nacido y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 24.

TABLA 25

Tabla de contingencia entre el Apgar al minuto del recién nacido y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variable			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	Vaginal
Apgar al minuto	8-10 normal	N°	31	57	88
		%	88,6%	86,4%	87,1%
	4-7 depresión moderada	N°	4	9	13
		%	11,4%	13,6%	12,9%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

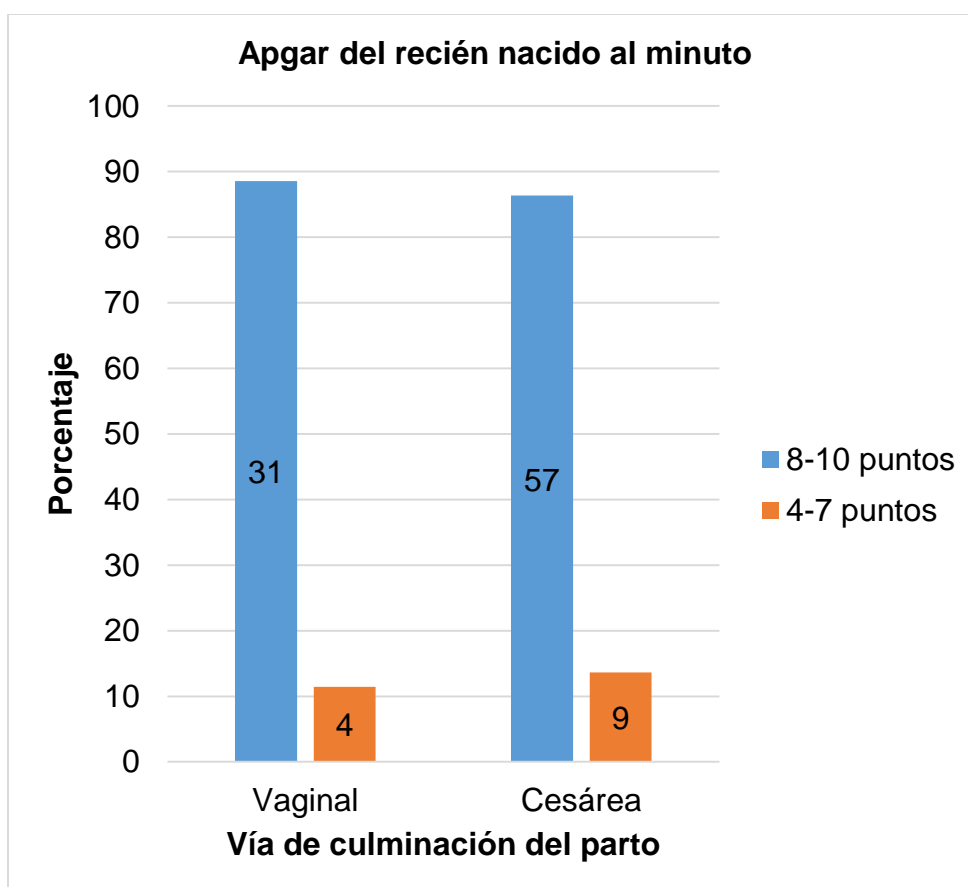
Interpretación

En la tabla 25 y figura 25, se observa al respecto más de las tres cuartas partes del total de pacientes estudiadas tuvieron un producto con un puntaje Apgar al minuto entre un rango de 8 a 10 (87,1%), de las cuales 31 pacientes culminaron su gestación en

parto vaginal (88,6% del total de partos vaginales) y 57 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (86,4% del total de cesáreas); por otro lado poco más de la décima parte del total de las pacientes estudiadas tuvieron un producto con un puntaje Apgar al minuto entre un rango de 4 a 7 (2,0%), de las cuales 4 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (11,4% del total de partos vaginales) y 9 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (13,6% del total de cesáreas).

GRÁFICO 25

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el Apgar al minuto del recién nacido y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 25

TABLA 26

Tabla de contingencia entre el Apgar a los cinco minutos del recién nacido y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variable			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	
Apgar a los 5 minutos	8-10 normal	N°	35	65	100
		%	100,0%	98,5%	99,0%
	4-7 depresión moderada	N°	0	1	1
		%	0,0%	1,5%	1,0%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

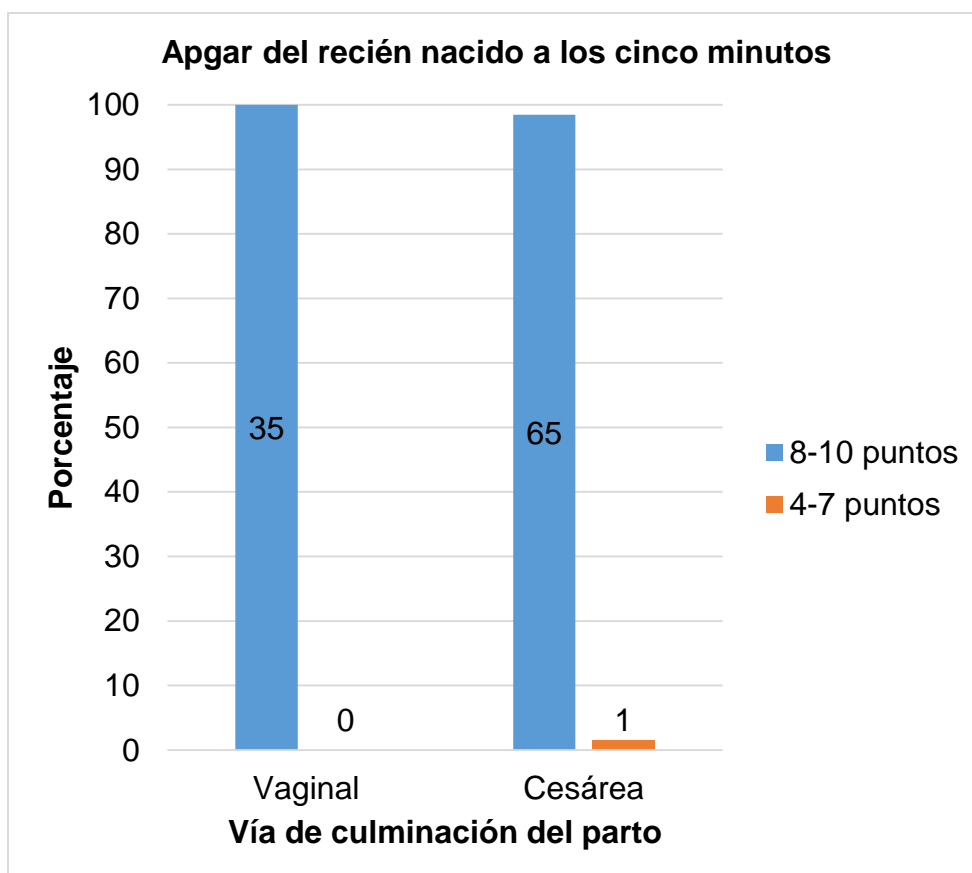
Interpretación

En la tabla 26 y figura 26; se observa al respecto casi el total de pacientes estudiadas tuvieron un producto con un puntaje pagar a los cinco minutos entre un rango de 8 a10 (99,0%), de las cuales 35 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (100,0% del

total de partos vaginales) y 65 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (98,5% del total de cesáreas); por otro lado 1 caso del total de las pacientes estudiadas tuvieron un producto con un puntaje Apgar a los cinco minutos entre un rango de 4 a 7 (1,0%), pertenece a una pacientes culminó su embarazo en parto abdominal o cesárea (1,5% del total de cesáreas).

GRÁFICO 26

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el Apgar a los cinco minutos del recién nacido y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 26.

TABLA 27

Tabla de contingencia entre la existencia complicaciones perinatales y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variables			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	Vaginal
Complicaciones en el recién nacido	No	N°	32	55	87
		%	91,4%	83,3%	86,1%
	Si	N°	3	11	14
		%	8,6%	16,7%	13,9%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

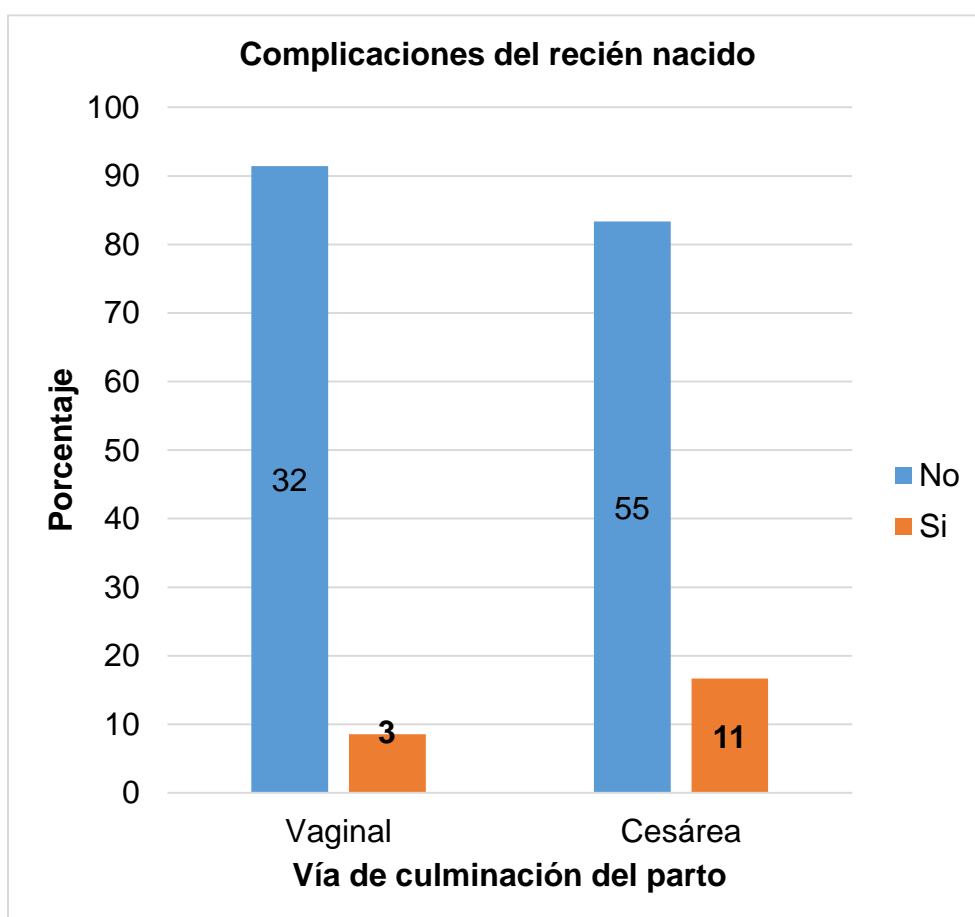
Interpretación

En la tabla 27 y figura 27, se observa al respecto más de la tres cuartas partes del total de pacientes estudiadas tuvieron un producto sin complicaciones al nacer (86,1%), de las cuales 32

pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (91,4% del total de partos vaginales) y 55 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (83,3% del total de cesáreas); por otro lado poco menos de la cuarta parte del total de las pacientes estudiadas tuvieron un producto con complicaciones al nacer (13,9%), de las cuales 3 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (8,6% del total de partos vaginales) y 11 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (16,7% del total de cesáreas).

GRÁFICO 27

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según la existencia complicaciones perinatales y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 27.

TABLA 28

Tabla de contingencia entre el tipo de complicación perinatal y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variable			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	Vaginal
Tipo de complicación del recién nacido	Ninguno	N°	32	55	87
		%	91,4%	83,3%	86,1%
	Dificultad respiratoria	N°	3	9	12
		%	8,6%	13,6%	11,9%
	Aspiración meconial	N°	0	2	2
		%	0,0%	3,0%	2,0%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Fichas aplicadas a historias clínicas del Hospital III DAC-Essalud-Tacna

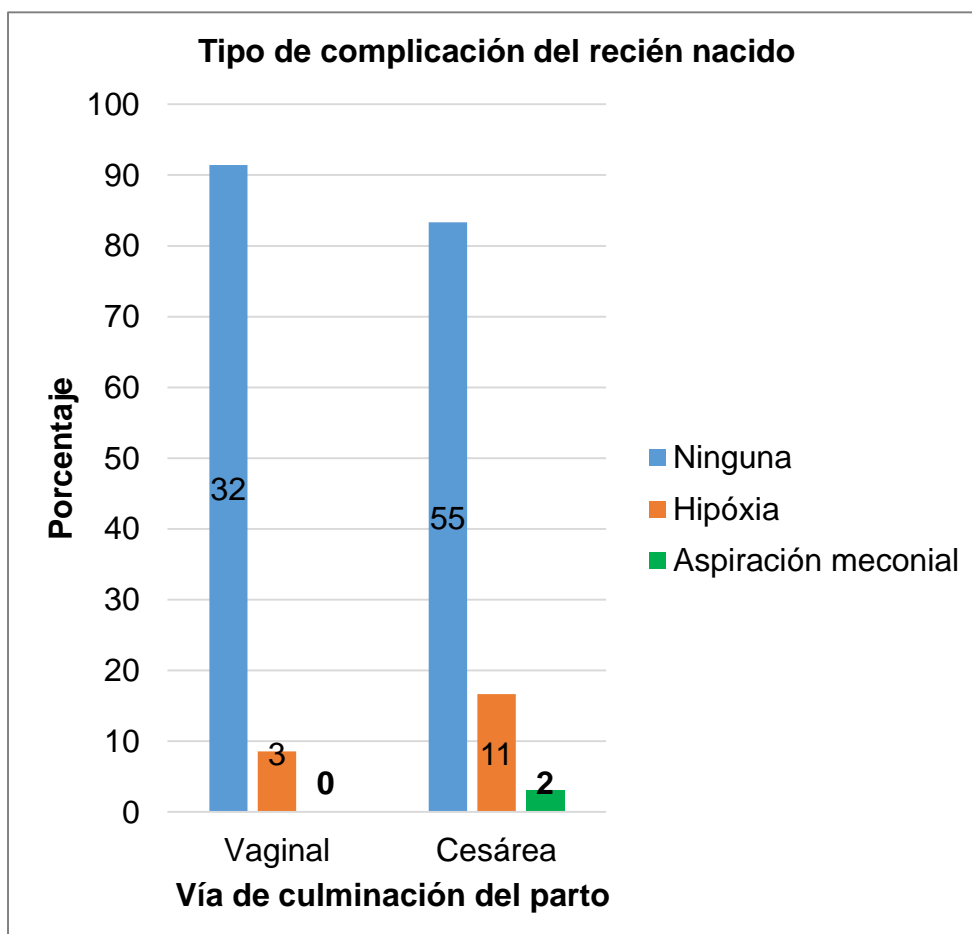
Interpretación

En la tabla 28 y figura 28, se observa que más de las tres cuartas partes del total de pacientes estudiadas tuvieron un

producto sin complicaciones perinatales (86,1%), de las cuales 32 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (91,4% del total de partos vaginales) y 55 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (83,3% del total de cesáreas); por otro poco más de la décima parte del total de las pacientes estudiadas tuvieron un producto con dificultad respiratoria al nacer que requirió atención especializada para restablecer la oxigenación (11,9%), de las cuales 3 pacientes culminaron su gestación en parto vaginal (8,6% del total de partos vaginales) y 9 pacientes culminaron su embarazo en parto abdominal o cesárea (13,6% del total de cesáreas); por último un pequeño porcentaje de las pacientes estudiadas tuvieron un producto con aspiración meconial al nacer para lo cual se les realizó una aspirado traqueal para permeabilizar vías aéreas (2,0%) de las cuales culminaron la gestación en un parto abdominal o cesárea.

GRÁFICO 28

Distribución de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, según el tipo de complicación perinatal y la vía de culminación del parto.



Fuente: Tabla 28.

TABLA 29

Asociación entre el número de factores favorables y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna.

Variables			Vía de culminación del parto		Total
			Vaginal	Cesárea	
Cantidad de factores favorables	0 a 3	N°	1	8	9
		%	2,9%	12,1%	8,9%
	4 a 6	N°	8	51	59
		%	22,9%	77,3%	58,4%
	7 a 9	N°	26	7	33
		%	74,3%	10,6%	32,7%
	Total	N°	35	66	101
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi cuadrado de Person: 42,182 gl: 2 P: 0.000

Interpretación

Dado que la probabilidad es menor de 0,05, entonces se rechaza la hipótesis nula, por lo que se evidencia a favor de una asociación entre el número de factores favorables para un parto vaginal y la vía de culminación del parto en las gestantes con cesárea anterior.

En la tabla 28, se observa resultados con respecto a la relación entre número de factores favorables y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna; al respecto las tres cuartas partes del total de pacientes estudiadas que culminaron su gestación en un parto vaginal exitoso tuvieron de 7 a 9 factores favorables (74,3%) y que la cuarta partes del total de pacientes estudiadas que culminaron su gestación en un parto vaginal tuvieron de 0 a 6 factores favorables (25,8%); en contraste la mayoría de pacientes estudiadas que culminaron su gestación en un parto abdominal o cesárea tuvieron de 0 a 6 factores favorables (89,4%).

Por tanto, se llega a concluir con respecto a la relación entre número de factores favorables y la vía de culminación del parto de las pacientes con cesárea anterior que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna; que está demostrado que a mayor número de factores favorables hay más probabilidad de culminar la gestación en un parto vaginal exitoso (de 7 a 9 factores favorables)

Estadístico de prueba: se utilizó el estadístico de prueba Chi-cuadrado.

Regla de decisión:

Si la P es mayor a 0,05 => no rechazo la H0

Si la P es menor a 0,05 => rechazo la H0

DISCUSIÓN

Según los hallazgos encontrados en el presente estudio, se acepta la hipótesis general la cual determina una asociación significativa entre el número de factores favorables y la vía de culminación del parto, donde las pacientes que culminaron su gestación en un parto vaginal exitoso tuvieron de 7 a 9 factores favorables (74,3%) y en contraste en su mayoría las pacientes que culminaron su gestación en un parto abdominal o cesárea tuvieron entre 0 a 6 factores favorables (89,4%), al respecto se puede deducir que a más factores favorables presente en la parturienta mayor es la posibilidad de culminar la gestación en un parto vaginal exitoso.

Los hallazgos son concomitantes con el estudio realizado por Olga Lucía Cuero Vidal y colaboradores en Colombia, donde se aplicó un puntaje predictivo para un parto vaginal en 750 mujeres con cesárea anterior una vez, donde las pacientes que obtuvieron un puntaje mayor a 8 o más puntos tuvieron un parto vaginal exitoso (83%), y el porcentaje de éxito disminuye si el puntaje es de menor a 7 puntos (36%), ello es acorde con lo que en este estudio se halló.

También concuerdan con el estudio realizado por Anny Tatiana Vargas Juscamaita y colaboradores en Perú, donde 398 gestantes con antecedente de cesárea anterior se les aplicó el puntaje de Flamm al ingreso las cuales las pacientes con un puntaje con mayor a 7 puntos la posibilidad de éxito es de (89%), y con un puntaje menor a 4 la posibilidad disminuye a (16%), estos resultados son semejantes al estudio que se realizó.

En cuanto a la vía de culminación del parto de las 101 pacientes con cesárea anterior estudiadas, 66 pacientes culminaron su gestación en una cesárea iterativa (65,35%) y 35 pacientes culminaron su gestación en un parto vaginal exitoso (34,65%), el porcentaje es un tercio de la muestra tuvieron un parto vaginal y dos tercios se les practicó la cesárea iterativa.

Los hallazgos son concordantes con el estudio realizado por Guina Arrunátegui Quispe en Perú, donde estudió 90 gestantes con cesárea anterior una vez, los cuales 60 pacientes culminaron su gestación en cesárea y 30 casos fueron tuvieron un parto vaginal exitoso, la cual un tercio del total culminaron su gestación en un parto vaginal y dos tercios del total de pacientes tuvieron una cesárea iterativa.

También concuerda con el estudio realizado por Meliza Perez Olazo en Perú, donde se estudió 323 gestantes con cesárea anterior de

las cuales 132 pacientes tuvieron un parto vaginal y 191 culminaron su gestación en cesárea, nuevamente el número de cesáreas supera como vía de culminación del parto en las mujeres con cesárea anterior una vez, ello es acorde con lo que en este estudio se halló.

En cuanto al motivo de la cesárea iterativa tenemos como indicación principal de cesáreas iterativas a la macrosomía fetal (25,76%), luego el oligohidramnios queda en segundo lugar como causa de cesárea por segunda vez (18,18%), posterior mente en tercer lugar queda el sufrimiento fetal agudo y la desproporción cefalopélvica como causa de cesárea secundaria en las pacientes estudiadas (10,61%) y la desproporción cefalopélvica y el sufrimiento fetal agudo como causas principales en la indicación de una cesárea por segunda vez (10,61%),

Los hallazgos concuerda con el estudio realizado por Edgar Mario Galve Liñan en Perú, donde las principales indicaciones de cesárea iterativa fue por macrosomía fetal y desproporción cefalopélvica (12%), ya que las dos condiciones pueden ir de la mano por que a mayor peso fetal mayor es el riesgo si progresa el trabajo de parto, presentarse la desproporción fetopélvica, lo cual guarda relación con lo que en este estudio se halló.

En cambio con el estudio realizado por Lidia Vanessa Curahua Sanchez en Perú, donde la principal indicación de cesárea fue la desproporción cefalopélvica (33,3%), en segundo lugar queda como indicación de cesárea iterativa a la preeclampsia y eclampsia, luego con un porcentaje menor la macrosomía fetal como indicación de cesárea secundaria en la muestra de estudio de la autora, en nuestro estudio no se encuentra similitud en cuanto al motivo principal de indicación de una cesárea iterativa, aunque en otros estudios si hay concordancia.

En cuanto a los resultados maternos, las pacientes que culminaron su gestación en un parto abdominal o cesárea presentaron más complicaciones postparto con 10 casos (15,2%), de las cuales 9 complicaciones fueron por atonía uterina y 1 por anemia severa post operatorio, a comparación de las pacientes que tuvieron un parto vaginal se registraron 3 casos complicados (8,6%) atribuidas a la atonía uterina.

Los hallazgos son concordantes con el estudio realizado por Lidia Vanessa Curahua Sánchez en Perú, donde su estudio evidenció la anemia severa como complicación de la cesárea producto de la atonía uterina (42,4%), luego la fiebre puerperal como producto de una infección de herida operatoria (11,1%), ello es acorde con lo que en este estudio se halló.

Pero difieren con el estudio realizado por Melissa Pérez Olaso en Perú, donde se estudió 323 pacientes con cesárea anterior, para lo cual hicieron una comparación entre la vía de culminación del parto y sus complicaciones, se concluyó que 83,3% de complicaciones tuvieron un parto vaginal, y un 16,7% de las complicaciones tuvieron un parto por cesárea, se llegó a concluir que la vía de culminación del parto no guarda relación con las complicaciones materna, en nuestro estudio las complicaciones maternas son mayores en las mujeres cesareadas por segunda vez y disminuye las complicaciones cuando el parto es por vía vaginal, en otros estudios guarda concordancia con nuestro estudio.

En cuanto a los resultados perinatales, los recién nacidos por vía vaginal presentaron menos complicaciones con 3 casos (8,6%) atribuidos a dificultad respiratoria al nacer con recuperación rápida a los cinco minutos con un puntaje Apgar mayor a 8, a comparación los recién nacidos por cesárea presentaron más complicaciones neonatales con 11 casos (13,6%) atribuidos a 9 recién nacidos con dificultad respiratoria y 2 recién nacidos con aspiración meconial, con recuperación con un Apgar a los cinco minutos mayor a 8, y un caso de permanencia de la complicación con un Apgar menor a 7.

Los hallazgos son concordantes con el estudio realizado por Diana Morales Máximo en Perú, donde estudió a 102 gestantes con el objetivo

de determinar las complicaciones materno-perinatales, donde se observó que el grupo de cesárea iterativa presentó mayor número de complicaciones respiratorias en el recién nacido, a diferencia de los recién nacidos por parto vaginal que no presentaron problemas respiratorios al nacer, este resultado tiene concordancia con nuestro estudio.

Pero difieren con el estudio realizado por Carlos Reyes en Perú, donde estudió a 35 mujeres con cesárea repetida y 35 mujeres que probaron un parto vaginal, donde hicieron una comparación entre la vía de culminación del parto y las complicaciones perinatales, donde hallaron que no hay diferencia estadísticamente significativa entre los resultados perinatales en gestantes con cesárea anterior con indicación de prueba de trabajo de parto y cesárea iterativa, por lo que no representa concordancia con el presente estudio.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos concluir que:

1. La vía de culminación del parto se asocia significativamente con la cantidad de factores favorables presentes en las pacientes con cesárea anterior. ($p < 0,05$)
2. La vía de culminación del parto de las pacientes estudiadas fue de 66 pacientes que culminaron su gestación en una cesárea iterativa (65,35%) y 35 pacientes que culminaron su gestación en un parto vaginal exitoso (34,65%).
3. El motivo principal de cesáreas iterativas fue por macrosomía fetal (25,76%), luego el oligohidramnios queda en segundo lugar como causa de cesárea por segunda vez (18,18%), posteriormente en tercer lugar queda el sufrimiento fetal agudo y la desproporción cefalopélvica como causa de cesárea secundaria en las pacientes estudiadas (10,61%).
4. En cuanto a los resultados maternos, las pacientes que culminaron su gestación en un parto abdominal o cesárea presentaron más

complicaciones postparto, a comparación de las pacientes que tuvieron un parto vaginal.

5. En cuanto a los resultados neonatales, los recién nacidos por vía vaginal presentaron menos complicaciones atribuidos a la dificultad respiratoria al nacer, a comparación los recién nacidos por cesárea presentaron más complicaciones neonatales.

RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de Educación: implementar estrategias educativas y un plan de estudio promoviendo una cultura preventiva para mejorar la salud y calidad de vida desde la infancia.
2. Al Hospital III Daniel Alcides Carrión: implementar la normativa para que las pacientes tengan derecho a una segunda opinión médica de otro profesional calificado diferente al que dio el diagnóstico antes de realizar una cesárea, también la implementar un comité de cesáreas para el control y detección de procedimientos e indicaciones inadecuadas.
3. Al personal de salud: mejorar las estrategias educativas hacia las mujeres con cesárea previa sobre la posibilidad de optar por un parto vaginal y los beneficios que conlleva tanto para la madre como para el recién nacido. También concientizar a las mujeres con cesárea anterior acerca de las complicaciones maternas y neonatales de la cesárea.
4. A los profesionales de la salud y futuros profesionales: realizar futuras investigaciones que complementen esta investigación y estructurar guías para la atención de gestantes con antecedente de cesárea

previa y uniformizar criterios para la adecuada selección de las gestantes candidatas para una prueba de parto vaginal.

5. Ofrecer un intento de parto por vía vaginal a las mujeres con cesárea previa, una vez que se identifiquen correctamente los factores favorables y se descarten complicaciones, asegurándose de que la paciente esté informada de todos los procedimientos y la aceptación de los mismos.
6. Disminuir la incidencia de cesáreas mejorando la calidad de atención prenatal con el fin de que las pacientes estén bien informadas y empoderadas sobre su salud y la toma de buenas decisiones para su beneficio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de Salud. La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria. OPS/OMS Perú [Internet]. 2015. [Citado en 21/08/2017]. Vol. 4: 3 pag. Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2943:la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=900
2. Ministerio de Salud. Boletín Estadístico de Nacimientos Peru en el año 2015. MINSA-Perú. [Internet]. 2015. [Citado en 21/08/2017]; Vol. 4: 3,5 pag. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
3. Essalud. Estadística institucional. ESSALUD Perú. [Internet]. 2015. [Citado en 20/05/2017]; Vol. 4: 6,9 pag. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>
4. Fuentes M. Complicaciones de cesárea. Scielo. [Internet]. 2009 [Citado en 20/05/2017]; Primera edición, Pág..1–24. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf

5. Cabero Roura L, Saldivar Rodriguez D, Cabrillo Rodríguez E. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal [Internet]. primera ed. madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. 389 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=AGh8rK1MmOsC&pg=PA390&dq=obstetricia+induccin&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwip6NfK8c7QAhWFRyYKHUd-CSUQ6AEIjAA#v=onepage&q=obstetricia+induccin&f=false>
6. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesarea. [Internet].2015; [Citado en 01/08/2017]; Pág.2-6. Disponible en:http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
7. Muños J, Mey S, Oliel S. La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria. [Internet].2014. [Citado en 11/04/2017]; Pág.24-54. Disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498871999000900014&script=sci_arttext
8. Fernandez C. Las intervenciones quirúrgicas. Rev médica México IMSS. [Internet] 2015. [Citado en 11/04/2017];43:512. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im056j.pdf>
9. López DAmato F, Meritano J, Da Reprencetacao C, Et.al. Síndrome

- de dificultad respiratoria : comparación entre cesárea programada y un parto vaginal a termino. Revista Hopsital Materno Infantil Ramón Sarda-Argentina [Internet]. 2009;3:2. [Citado en 11/04/2017]; Pág.1-18. Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/912/91225303.pdf>
10. Cuero Vidal OL, Clavijo Prado CA. Parto vaginal después de una cesárea previa , Hospital San Juan de Dios. Scielo. Cali-Colombia [Internet]. 2011.[Citado en 11/04/2017]; Pág.62(2):1. Disponible en : http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000200005
 11. Vega Rodriguez E. Vía de parto tras cesárea anterior: factores asociados. Universidad de Chile. [Internet]. 2010. [Citado en 11/04/2017]; Pág.62(1-9). Disponible en :<http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-via-parto-tras-cesarea-anterior-S0304501303758932>
 12. Romero Pacheco J. Determinación de los factores favorables para un parto vaginal post cesárea en primigestas juveniles de 15 a 20 años en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel de septiembre de 2012 a febrero del 2013. Guayaquil-México [Internet].2013. Citado en 11/04/2017] 53(9):1689–99. Disponible en : <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1789/1/TESIS.pdf>

13. Huayllaso Culquicóndor M. Asociación de la vía de culminación del parto según los resultados del monitoreo electrónico fetal de las gestantes del Hospital Jorge Voto Bernales, Essalud, 2011. [Internet]. Citado en [11/04/2017] ;27(1):45–50. Disponible en : <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/703>
14. Anny D, Vargas T, José J, Dpto S. Parto vaginal después de una cesárea , aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital. [Internet]. 209 : Citado en [11/04/2017] ; 261–6. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21072449>
15. Patiño G. Tasa de Incidencia y Factores Determinantes de la Cesárea en los Hospitales de Tumbes 2011. Gerenc Serv Salud Dir Reg Salud-Tumbes [Internet]. 2011. Citado en [11/04/2017] ;1:1. Disponible en : http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_1502_Esp_03.f
16. López Cutipa EF. Resultados adversos materno-perinatales en gestantes sometidas a cesárea electiva repetida y prueba de trabajo de parto posterior a cesárea, Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, período 2012-2013.Universidad Nacional de San Agustín. [Internet]. 2015. Citado en [11/04/2017] ;1:1. Disponible en : http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/62/1/T102_463

51731_T.pdf

17. Caldas Herrera M, Carrión Barreto C. Factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa en la Clínica Cory Gyn, distrito de los Olivos 2015. Vol. 5, Revista científica Alas Peruanas. Universidad Alas Peruanas.[Internet]. 2015. Citado en [11/04/2017] ;12-45. Disponible en <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/1337/1314>
18. Arrunátegui Quispe GJ. Factores predictores para la prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria. Universidad Privada Antenor Orrego.[Internet]. 2015. Citado en [11/04/2017] ;1-4. Disponible en <https://www.repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1304%0A>
19. Palma UR. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional dos de mayo de enero a diciembre del 2015 Universidad Ricardo Palma. [Internet].2016. Citado en [11/04/2017] ;12-24. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/555>
20. Curahua Sanchez LV. Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante el pimer semestre del año 2014 Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Internet]. 2015. Citado

- en [11/04/2017] ;10-20. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4149?mode=full>
21. Perez Olazo M. Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa, 2015. Universidad San Martín de Porres. [Internet]. 2015. Citado en [11/04/2017] ;1-198. Disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1853/1/perez_om.pdf
22. Miranda Palacios Rocío. Resultados cardiotocográficos del monitoreo electrónico fetal intraparto en gestantes con rotura prematura de membranas relacionados con el tipo de parto en el Hospital María Auxiliadora - San Juan de Miraflores. Universidad San Martín de Porres. [Internet]. 2016. Citado en [11/04/2017] ;5-94. Disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2551/1/MIRANDA_ROCIO.pdf
23. Flores Huiza MN. Culminación del parto en gestantes con cesárea previa atendidas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud de Tacna, junio 2012 a junio 2013 [Internet]. UNJBG; 2014. Disponible :
http://200.37.105.196:8088/opac_css/index.php?lvl=author_see&id=

20377

24. Michell S. Incidencia y principales indicaciones de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna en el año 2015. 2015. [Internet]. 2016. Citado en [11/04/2017] ;5-45. Disponible : <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4868>
25. Solis Yucra T. El trabajo de parto previo a la cesárea disminuye el riesgo de taquipnea transitoria del recién nacido a término en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los años 2000-2016 [Internet]. UNJBG; 2017. Disponible en: http://200.37.105.196:8088/opac_css/index.php?lvl=categ_see&id=6115&main=
26. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia Schwarcz. [Internet]. 6ta edició. Ateneo E el, editor. Vol. 6. Latinoamerca; 2005. Citado en [11/04/2017]; 431; 433; Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=0CTGAAAACAAJ&dq=Obstetricia+Schwarcz.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiHqbaes6LXAhVLh5AKHVG7BMYQ6AEIJTAA>
27. Botella Llusía J. Tratado de Ginecología. [Internet].14ava edic. Santos ED, editor. Madrid; 2013. 217,230. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=CYdfAhqjG1IC&printsec=fron>

tcover&dq=Tratado+de+Ginecolog%C3%ADa.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi2kde3s6LXAhVEDZAKHR6FDtEQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Tratado%20de%20Ginecolog%C3%ADa.&f=false

28. Gary Cunningham F, Leveno Kenneth J, Steven Bloom L. Williams Obstetricia [Internet]. 23ava edic. Interamericana MH, editor. Interamericana; 2010. 500-502-544 p. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=DVSGBwAAQBAJ&pg=PA500&dq=conduccion+trabajo+de+parto&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiKkl_VpdDQAhVC5CYKHcWhDUIQ6AEIOzAF#v=onepage&q=conduccion+trabajo+de+parto&f=false

29. Dr. Orlando Rigol Ricardo. Rigol Obstetricia Y Ginecologia. [Internet]. 14ava edic. Médicas EC. [Internet].editor La Habana; 2004. Citado en [11/04/2017];85, 701 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=phDHCQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Rigol+Obstetricia+Y+Ginecologia.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjzk8DGs6LXAhUCQ5AKHQvOASUQ6AEIMTAC#v=onepage&q&f=false>

30. Aller Pagés JG. Obstetricia Moderna. [Internet]. 3 ed. 3era edici. Mc GrawHill, editor. Vol. 3. Interamericana; 2014. Citado en

[11/04/2017];136, 137 p. Disponible en:
<https://books.google.com.pe/books?id=P6KCAAAACAAJ&dq=Obstetricia+Moderna&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwib0OmKtKLXAhUDDZAKHTkBA5MQ6AEIJTAA>

31. DÍAZ A. Inducción Del Trabajo De Parto. Rev Obstet Integr Siglo Xxi [Internet]. 2010. Citado en [09/07/2017];1(2):16. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/16/9789584476180.14.pdf>
32. World Health Organization (WHO). Trabajo de Parto Inducido – métodos/Trabajo de Parto Inducido – Normas. Recomendaciones de la OMS para la conducción del Trabajo de Parto [Internet]. 2016. Citado en [11/04/2017];44–52. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/conduccion-trabajo-de-parto
33. Ministerio de Salud, Salud SN de. Tasa de cesáreas al segundo trimestre del 2016 a nivel nacional [Internet]. Perú; 2016. Citado en [07/08/2017];14–89. Disponible en: <http://portales.susalud.gob.pe/web/mundo-ipress/atenciones-de-partos>
34. Velásquez Valdivia A, Minaya León P. Boletín Epidemiológico 4. Dirección General de Epidemiología. [Internet]. 2015. Citado en [07/08/2017];24(4):66–

74. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
35. Cabero Roura L, Saldivar Rodriguez D. Operatoria Obstétrica Una visión actual. [Internet]. 6ta edició. Panamericana E, editor. México; 2009. Citado en [01/06/2017];231, 232-250 p. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=n7qU5f6W9qIC&pg=PA234&dq=cesarea+anterior&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjPn_3puc7QAhUGOCYKHbh5ArgQ6wEIGjAA#v=onepage&q=cesarea anterior&f=false
36. Instituto Nacional de estadística e informática-Encuesta demográfica y salud familiar. P. Mortalidad Materna a nivel Nacional. . [Internet]. 2015. Citado en [01/06/2017];1:44. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-de-noticias&alias=479-avances-del-proyecto-cero-muertes-maternas-por-hemorragia-en-peru&Itemid=219&lang=es
37. Salud M de. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades-MINSA. Minsa [Internet]. 2017. Citado en [01/06/2017];12. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE02/mmaterna.pdf>

38. Echais J. cesarea, experiencia en el hospital de Oxapampa. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2014. Citado en [13/07/2017];50:5–9. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/365/336>
39. Pellicer Martinez A. Obstetricia y Ginecología, Guía de actualización.2da edicion. Panamericana E, editor. Ariel Ciencia. España.[Internet].2013. Citado en [13/07/2017];196, 198, 727 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=xv2DngEACAAJ&dq=Obstetricia+y+Ginecolog%C3%ADa,+Gu%C3%ADa+de+actualizaci%C3%B3n&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiO1tb4t6LXAhUGx5AKHQKUAPAQ6AEIJTAA>
40. Familiar IN de estadística e informática-E demográfica y salud. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos.Perú.[Internet]. 2012. Citado en [13/07/2017] ;104, 230, 330 p. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad_neonatal11_12.pdf
41. Apaza DH. Morbimortalidad del recién nacido a término precoz en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2000 a 2014. [Internet].2014. Citado en [09/03/2017];34(1):41–8. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000100007&lng=es&nrm=iso

42. Fuentes MGM. Complicaciones de cesárea. Serv Obstet Hosp Univeersitario Granada [Internet]. 2009. Citado en [09/03/2017];1:6,7,8,9,10. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf
43. Vázquez Lara JM, Rodríguez L. Manual básico de Obstetricia y Ginecología. Minist sanidad, Serv Soc e Igual.[Internet]. 2015 Citado en [09/03/2017];353. Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_obstetricia_ginecologia.pdf
44. Soto-fuenzalida GA. Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea vaginal birth in women with a cesarean. [Internet]. 2015. Citado en [09/03/2017];743–9. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2015/gom1512b.pdf>
45. Cabero Roura L, Saldivar Rodriguez D, Cabrillo Rodríguez E. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal [Internet]. primera ed. Vol. 1, Editorial Medica. España: Editorial Médica Panamericana; 2007.

Citado en [08/08/2017]; 120,134,135 p. Disponible en:
<https://books.google.com.pe/books?id=AGh8rK1MmOsC&pg=PA390&dq=obstetricia+inducccion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwip6NfK8c7QAhWFRyYKHUd-CSUQ6AEIjAA#v=onepage&q=obstetricia+inducccion&f=false>

46. Oyarzún E, Badía J. Alto Riesgo Obstetrico [Internet]. 2010. Citado en [08/08/2017]; 45, 56, 78 p. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/Indice>
47. Gallo M, Al. E. Monitorización Biofísica Fetal. 6ta edició. Edición Iberoamericana, editor. España; 2011.34,40 p.
48. Mónica LC, Casal S, Irma M. Parto después de cesárea anterior : a propósito de un caso. [Internet] 2014. Citado en [01/03/2017]; 32,33,35,48 pág. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-102-11.pdf>
49. MINSA. Norma Técnica para la Atención neonatal de salud neonatal Ministerio de Salud. [Internet] 2015. Citado en [08/08/2017];31 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3281.pdf>
50. DeCherney AH. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos

[Internet]. 11ava ed. Editions L, editor. EEUU; 2014. Citado en [31/08/2017]; 342 p. Available from: Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=DpWHBwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

51. Poblete Lizana JA. Alto Riesgo Obstétrico. 2da edicio. UCL E, editor. Chile. [Internet]. 2015. Citado en [08/08/2017];234, 335 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=28-1BwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Alto+Riesgo+Obst%C3%A9trico&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwillr7YlaPXAhXJ5AKHcAjArwQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Alto%20Riesgo%20Obst%C3%A9trico&f=false>
52. Curtis GB, Schuler J. Su embarazo semana a semana [Internet]. 2da edicio. Elonora, editor. Mexico; 2014. Citado en [15/09/2017];658 p. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=8GP_AgAAQBAJ&dq=estrés+y+embarazo&hl=es&source=gbs_navlinks_s
53. Anahued AHued RJ. Ginecología y obstetricia aplicadas [Internet]. 4ta edicio. Moderno M, editor. Mexico; 2011. Citado en [15/02/2017];434 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=phDHCQAAQBAJ&pg=PA60>

9&dq=beneficios+del+parto+o+cesárea&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjn5mftNfVAhVM2SYKHfrUDwQQ6AEIPzAE#v=onepage&q=beneficios del parto o cesárea&f=false

54. Editions P, editor. Ecografía Obstetrica y ginecologica [Internet]. 2da edicio. Obstetricia Y Ginecologia. Interamericana; 2009. Citado en [25/05/2017];507 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=ukephvVeHYgC&pg=PA567&dq=cesárea+ginecologia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiH-dqC49TVAhUCeCYKHaWtAesQ6AEIKTAB#v=onepage&q=cesárea ginecologia&f=false>
55. Panamerican, editor. Obstetricia Clínica. [Internet].2da edicion. Interamericana; 2005. Citado en [12/04/2017];147-189 p. Disponible en:<https://books.google.com.pe/books?id=RSI1QMxGgA8C&printsec=frontcover&dq=Obstetricia+Cl%C3%ADnica.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjt5OjNI6PXAhWEhZAKHezxArQQ6AEIJTAA#v=onepage&q=Obstetricia%20Cl%C3%ADnica.&f=false>
56. Solis.Z, Acosta.O, Olivera.W L. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años. Resolución Minist [Internet]. 2011. Citado en [18/05/2017];1–152. Disponible en:

http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudio-investigacion/NT_CRED_MINSA2011.pdf

57. Caravaca Caballero A. Atención Sanitaria Especial en situaciones de emergencia [Internet]. segunda ed. Aran Ediciones SL, editor. Madrid: Aran Ediciones; 2009. Citado en [25/05/2017];179 p. Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?id=hiSLaIKJQ1wC&pg=PT179&dq=parto+vaginal+definicion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi3oPPkzM7QAhWGWCYKHTe4B4wQ6AEINzAG#v=onepage&q=parto vaginal definicion&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=hiSLaIKJQ1wC&pg=PT179&dq=parto+vaginal+definicion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi3oPPkzM7QAhWGWCYKHTe4B4wQ6AEINzAG#v=onepage&q=parto+vaginal+definicion&f=false)
58. Díaz Portillo J, Orgaz Morales T, Roviralta Arango JE. Guía Metodológica de Investigación en Ciencias de la Salud. [Internet].2010. Citado en [20/07/2017];1034. Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Metodologica_Inv_CCSS.pdf
59. Juan Francisco Monge Ivars; Angel A.; Juan Pérez. Estadística no paramétrica prueba chi-cuadrado χ^2 . [Internet].2010. Citado en [20/07/2017];1–20. Citado en [20/07/2017]; http://www.uoc.edu/in3/emath/docs/Chi_cuadrado.pdf

ANEXOS

ANEXO N°1

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, Julio-Diciembre-2016.

N° Ficha:

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres:.....

Fecha de ingreso:...../...../.....

Fecha de parto:...../...../.....

Características Sociodemográficas

Edad	a) 18 a 29 años b) 30 a 39 años c) 40 años a más	Grado de instrucción	a) Sin estudios b) Primaria c) Secundaria d) Superior
------	--	----------------------	--

Estado civil	a) Soltera b) Casada c) Conviviente d) Viuda	Ocupación	a) Ama de casa b) Comerciante c) Docente d) Estudiante e) Otro.....
--------------	---	-----------	---

Antecedentes Obstétricos

Paridad	a) Primípara b) Secundípara c) Multípara	Periodo intergenésico:	a) 2 a 4 años b) 5 a 7 años c) 8 a 10 años d) 10 años a más
---------	--	------------------------	--

Motivo de cesárea la anterior:.....

Características Obstétricas

Edad gestacional: a) 37 a 40 semanas b) < 40 semanas	N° de controles prenatales	a) Sin controles b) 1 a 3 controles c) 4 a 6 controles d) 7 a 9 controles e) 10 a más controles
--	----------------------------	---

ANEXO N°2

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

VÍA DE CULMIANCIÓN DEL PARTO Y FACTORES FAVORABLES PARA UN PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN-ESSALUD-TACNA, JULIO-DICIEMBRE – 2016

Se compone de 28 ítems, que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una apreciación muy insatisfactoria con el ítem planteado, en cuanto a la redacción, pertinencia con los objetivos planteados y claridad del ítem de manera independiente.
2. Representa una apreciación insatisfactoria con el ítem planteado, en cuanto a la redacción, pertinencia con los objetivos planteados y claridad del ítem de manera independiente.
3. Representa una apreciación indiferente con el ítem planteado, en cuanto a la redacción, pertinencia con los objetivos planteados y claridad del ítem de manera independiente.
4. Representa una apreciación satisfactoria con el ítem planteado, en cuanto a la redacción, pertinencia con los objetivos planteados y claridad del ítem de manera independiente.
5. Representa una apreciación muy satisfactoria con el ítem planteado, en cuanto a la redacción, pertinencia con los objetivos planteados y claridad del ítem de manera independiente.

Coloque el puntaje en la escala que figura a la derecha del ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

ANEXO N°3

HOJA DE ÍTEMS PARA LA VALIDACIÓN

FICHA DE VALIDACIÓN

Vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, Julio-Diciembre-2016.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.

SECCIÓN I: DATOS GENERALES DE HISTORIA CLINICA

El presente cuestionario ha sido diseñado con fines académicos para recolectar la información determinar la vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en pacientes con una cesárea anterior

	Muy mala/ Muy Insatisfactoria 1	Mala/ Insatisfactoria 2	Normal / Indiferente 3	Buena/ Satisfactoria 4	Muy buena/ Muy satisfactoria 5
N°	Items	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Observaciones
1.	Edad				
2.	Grado de instrucción				
3.	Estado civil				
4.	Ocupación				
5.	Paridad				
6.	Periodo intergenésico				
7.	Motivo de la cesárea anterior				
8.	Edad gestacional				
9.	Número de controles prenatales				
10.	Edad menor a 35 años				
11.	No persiste motive de la cesárea anterior				
12.	Cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica				
13.	Parto vaginal previo				
14.	Inicio espontáneo del trabajo de parto				
15.	Ponderado fetal menor a 4000gramos				
16.	Monitoreo electrónico al ingreso				
17.	Monitoreo electrónico durante el trabajo de parto				

ANEXO N°3

HOJA DE ÍTEMS PARA LA VALIDACIÓN (CONTINUACIÓN)

18.	Pelvis ginecoide				
19.	Vía de culminación del parto				
20.	Motivo de Cesárea actual				
21.	Bloqueo tubárico bilateral				
22.	Complicaciones Maternas				
23.	Tipo de complicación materna				
24.	Peso del recién nacido				
25.	Apgar al minuto y a los cinco minutos				
26.	Complicaciones del recién nacido				
27.	Tipo de complicación del recién nacido				

	Firma	

ANEXO N°4
FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

VÍA DE CULMIANCIÓN DEL PARTO Y FACTORES FAVORABLES PARA UN PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN-ESSALUD-TACNA, JULIO-DICIEMBRE – 2016

Se compone de 28 ítems, que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una apreciación muy insatisfactoria con el ítem planteado, en cuanto a la redacción, pertinencia con los objetivos planteados y claridad del ítem de manera independiente.
2. Representa una apreciación insatisfactoria con el ítem planteado, en cuanto a la redacción, pertinencia con los objetivos planteados y claridad del ítem de manera independiente.
3. Representa una apreciación indiferente con el ítem planteado, en cuanto a la redacción, pertinencia con los objetivos planteados y claridad del ítem de manera independiente.
4. Representa una apreciación satisfactoria con el ítem planteado, en cuanto a la redacción, pertinencia con los objetivos planteados y claridad del ítem de manera independiente.
5. Representa una apreciación muy satisfactoria con el ítem planteado, en cuanto a la redacción, pertinencia con los objetivos planteados y claridad del ítem de manera independiente.

Coloque el puntaje en la escala que figura a la derecha del ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

ANEXO N°5

FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUICIO POR EXPERTOS EXPERTO N° 1: Dr. Gineco-Obstetra César Sánchez Maldonado

FICHA DE VALIDACIÓN					
<p>Vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, Julio-Diciembre-2016</p>					
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.					
SECCIÓN I: DATOS GENERALES DE HISTORIA CLINICA					
El presente cuestionario ha sido diseñado con fines académicos para recolectar la información determinar la vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en pacientes con una cesárea anterior					
Muy mala/ Muy insatisfactoria		Mala/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria
1		2	3	4	5
N°	Items	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Observaciones
1.	Edad	5	5	5	
2.	Grado de instrucción	5	5	5	
3.	Estado civil	5	5	5	
4.	Ocupación	5	5	5	
5.	Paridad	5	5	5	
6.	Periodo Intergenésico	5	4	5	
7.	Motivo de la cesárea anterior	5	5	5	
8.	Edad Gestacional	5	5	5	
9.	Número de controles prenatales	5	5	5	
10.	Edad menor a 35 años	5	5	5	
11.	No persiste motivo de la cesárea anterior	5	5	5	
12.	Cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica	5	5	5	
13.	Parto Vaginal	5	5	5	
14.	Inicio espontáneo del trabajo de parto	5	5	5	
15.	Ponderado fetal menor a 4000 gramos	5	5	5	
16.	Monitoreo electrónico al ingreso reactivo	5	5	5	
17.	Monitoreo electrónico durante el trabajo de parto negativo	5	5	5	

ANEXO N°5

**FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUICIO POR EXPERTOS
EXPERTO N° 1: Dr. Gineco-Obstetra César Sánchez Maldonado
(Continuación)**

18.	Pelvis ginecoide	5	5	5	
19.	Vía de culminación del parto	5	5	5	
20.	Motivo de cesárea actual	5	5	5	
21.	Bloqueo tubárico bilateral	5	5	5	
22.	Complicaciones maternas	5	5	5	
23.	Tipo de complicación materna	5	5	5	
24.	Peso del recién nacido	5	5	5	
25.	Apgar al minuto	5	5	5	
26.	Apgar a los cinco minutos	5	5	5	
27.	Complicaciones del recién nacido	5	5	5	
28.	Tipo de complicación del recién nacido	5	5	5	

Dr. César Sánchez Maldonado	
Médico Gineco-Obstetra del Hospital III	
Daniel Alcides Carrón - ESSALUD - TACNA	

ANEXO N°6

FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUICIO POR EXPERTOS

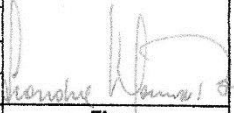
EXPERTO N° 2: Dra. Obst. Leandra Llanca Ramos

FICHA DE VALIDACIÓN					
<p>Vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, Julio-Diciembre-2016</p>					
<p>VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.</p>					
<p>SECCIÓN I: DATOS GENERALES DE HISTORIA CLINICA</p>					
<p>El presente cuestionario ha sido diseñado con fines académicos para recolectar la información determinar la vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en pacientes con una cesárea anterior</p>					
<p>Muy mala/ Muy insatisfactoria</p>		<p>Mala/ Insatisfactoria</p>	<p>Normal / Indiferente</p>	<p>Buena/ Satisfactoria</p>	<p>Muy buena/ Muy satisfactoria</p>
<p>1</p>		<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>5</p>
N°	Items	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Observaciones
1.	Edad	5	5	5	
2.	Grado de instrucción	5	5	5	
3.	Estado civil	5	5	5	
4.	Ocupación	5	5	5	
5.	Paridad	2	2	2	
6.	Periodo intergenésico	3	3	3	
7.	Motivo de la cesárea anterior	5	5	5	
8.	Edad gestacional	5	5	5	
9.	Número de controles prenatales	5	5	5	
10.	Edad menor a 35 años	5	5	5	
11.	No persiste el motivo de la cesárea Anterior	5	5	5	
12.	Cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica	5	5	5	
13.	Parto vaginal previo	5	5	5	
14.	Inicio espontáneo del trabajo de parto	5	5	5	
15.	Ponderado fetal menor a 4000 gr	5	5	5	
16.	Monitoreo fetal al ingreso reactivo	5	5	5	
17.	Monitoreo fetal intraparto negativo	5	5	5	

ANEXO N°6

**FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUICIO POR EXPERTOS
EXPERTO N° 2: Dra. Obst. Leandra Llanca Ramos
(Continuación)**

18.	Pelvis ginecoide	5	5	5	
19.	Vía de culminación del parto	5	5	5	
20.	Motivo de cesárea actual	5	5	5	
21.	Bloqueo tubárico bilateral	5	5	5	
22.	Complicaciones maternas	5	5	5	
23.	Tipo de complicación materna	5	5	5	
24.	Peso del recién nacido	5	5	5	
25.	Apgar al minuto	5	5	5	
26.	Apgar a los cinco minutos	5	5	5	
27.	Complicaciones del recién nacido	5	5	5	
28.	Tipo de complicación del recién nacido	5	5	5	

Dra. Leandra Llanca Ramos	
Obstetra asistencial en el Hospital III	
Daniel Alcides Carrión, Essalud - Tacna.	
	Firma

ANEXO N°7

FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUICIO POR EXPERTOS


EXPERTO N° 3: Lic. Obst. Águeda Torres Talavera

FICHA DE VALIDACIÓN															
<p style="text-align: center;">Vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, Julio-Diciembre-2016</p>															
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.															
SECCIÓN I: DATOS GENERALES DE HISTORIA CLINICA															
El presente cuestionario ha sido diseñado con fines académicos para recolectar la información determinar la vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en pacientes con una cesárea anterior															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%; padding: 5px;">Muy mala/ Muy insatisfactoria</th> <th style="width: 20%; padding: 5px;">Mala/ Insatisfactoria</th> <th style="width: 20%; padding: 5px;">Normal / Indiferente</th> <th style="width: 20%; padding: 5px;">Buena/ Satisfactoria</th> <th style="width: 20%; padding: 5px;">Muy buena/ Muy satisfactoria</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">1</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">2</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">3</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">4</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">5</th> </tr> </thead> </table>						Muy mala/ Muy insatisfactoria	Mala/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria	1	2	3	4	5
Muy mala/ Muy insatisfactoria	Mala/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria											
1	2	3	4	5											
N°	Items	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Observaciones										
1.	Edad	5	5	5											
2.	Grado de instrucción	5	5	5											
3.	Estado civil	5	5	5											
4.	Ocupación	4	5	5											
5.	Paridad	5	5	4											
6.	Periodo Intergenésico	5	5	5											
7.	Motivo de la cesárea anterior	5	5	5											
8.	Edad Gestacional	5	5	5											
9.	Número de controles prenatales	5	5	5											
10.	Edad menor a 35 años	5	5	5											
11.	No persiste motivo de la cesárea anterior	5	5	5											
12.	Cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica	5	5	5											
13.	Parto Vaginal	5	5	5											
14.	Inicio espontáneo del trabajo de parto	5	5	5											
15.	Ponderado fetal menor a 4000 gramos	5	5	5											
16.	Monitoreo electrónico al ingreso reactivo	5	5	5											
17.	Monitoreo electrónico durante el trabajo de parto negativo	5	5	5											

ANEXO N°7

**FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUICIO POR EXPERTOS
EXPERTO N° 3: Lic. Obst. Águeda Torres Talavera
(Continuación)**

18.	Pelvis ginecoide	5	5	5	
19.	Vía de culminación del parto	5	5	5	
20.	Motivo de cesárea actual	5	5	5	
21.	Bloqueo tubárico bilateral	5	5	5	
22.	Complicaciones maternas	5	5	5	
23.	Tipo de complicación materna	5	5	5	
24.	Peso del recién nacido	5	5	5	
25.	Apgar al minuto	5	5	5	
26.	Apgar a los cinco minutos	5	5	5	
27.	Complicaciones del recién nacido	5	5	5	
28.	Tipo de complicación del recién nacido	4	5	5	

Licenciada en Obstetricia Águeda Torres Talavera	 Lic. Águeda Torres Talavera C.O.P 2788 HOSPITAL III D.A.C. ESSALUD TACNA
Obstetra Asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrón - ESSALUD - TACNA	
	Firma

ANEXO N°8

FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUICIO POR EXPERTOS


EXPERTO N° 4: Lic. Obst. Flor Perochena Rodríguez

FICHA DE VALIDACIÓN																
<p style="text-align: center;">Vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, Julio-Diciembre-2016</p>																
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.																
SECCIÓN I: DATOS GENERALES DE HISTORIA CLINICA																
El presente cuestionario ha sido diseñado con fines académicos para recolectar la información determinar la vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en pacientes con una cesárea anterior																
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">Muy mala/ Muy insatisfactoria</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">Mala/ Insatisfactoria</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">Normal / Indiferente</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">Buena/ Satisfactoria</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">Muy buena/ Muy satisfactoria</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">1</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">2</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">3</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">4</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">5</td> </tr> </table>	Muy mala/ Muy insatisfactoria	Mala/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria	1	2	3	4	5				
Muy mala/ Muy insatisfactoria	Mala/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria												
1	2	3	4	5												
N°	Ítems	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Observaciones											
1.	Edad	5	5	5												
2.	Grado de instrucción	4	5	5												
3.	Estado civil	5	5	5												
4.	Ocupación	5	5	5												
5.	Paridad	5	5	5												
6.	Periodo Intergenésico	5	2	2												
7.	Motivo de la cesárea anterior	2	3	5												
8.	Edad Gestacional	5	5	5												
9.	Número de controles prenatales	5	5	5												
10.	Edad menor a 35 años	5	5	5												
11.	No persiste motivo de la cesárea anterior	5	5	5												
12.	Cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica	3	3	3												
13.	Parto Vaginal	5	5	5												
14.	Inicio espontáneo del trabajo de parto	5	5	5												
15.	Ponderado fetal menor a 4000 gramos	5	5	5												
16.	Monitoreo electrónico al ingreso reactivo	5	5	5												
17.	Monitoreo electrónico durante el trabajo de parto negativo	5	5	5												

ANEXO N°8

**FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUICIO POR EXPERTOS
EXPERTO N° 4: Lic. Obst. Flor Perochena Rodríguez
(Continuación)**

18.	Pelvis ginecoide	5	5	5	
19.	Vía de culminación del parto	5	5	5	
20.	Motivo de cesárea actual	5	5	5	
21.	Bloqueo tubárico bilateral	5	5	5	
22.	Complicaciones maternas	5	5	5	
23.	Tipo de complicación materna	5	5	5	
24.	Peso del recién nacido	5	5	5	
25.	Apgar al minuto	5	5	5	
26.	Apgar a los cinco minutos	5	5	5	
27.	Complicaciones del recién nacido	5	5	5	
28.	Tipo de complicación del recién nacido	5	5	5	

Licenciada en Obstetricia Flor Perochena Rodríguez	 Flor Perochena Rodríguez COP. 3764 Firma EsSalud
Obstetra asistencial del Hospital III Daniel -	
Alcides Camión - EsSalud - Tacna	

ANEXO N°9

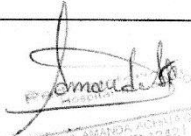
FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUICIO POR EXPERTOS EXPERTO N° 5: Lic. Obst. Amanda Achata Quintanilla

FICHA DE VALIDACIÓN															
<p>Vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, Julio-Diciembre-2016</p>															
<p>VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.</p>															
<p>SECCIÓN I: DATOS GENERALES DE HISTORIA CLINICA</p>															
<p>El presente cuestionario ha sido diseñado con fines académicos para recolectar la información determinar la vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en pacientes con una cesárea anterior</p>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%; padding: 5px;">Muy mala/ Muy insatisfactoria</th> <th style="width: 20%; padding: 5px;">Mala/ Insatisfactoria</th> <th style="width: 20%; padding: 5px;">Normal / Indiferente</th> <th style="width: 20%; padding: 5px;">Buena/ Satisfactoria</th> <th style="width: 20%; padding: 5px;">Muy buena/ Muy satisfactoria</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">1</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">2</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">3</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">4</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">5</th> </tr> </thead> </table>						Muy mala/ Muy insatisfactoria	Mala/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria	1	2	3	4	5
Muy mala/ Muy insatisfactoria	Mala/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria											
1	2	3	4	5											
N°	Items	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Observaciones										
1.	Edad	4	5	5											
2.	Grado de instrucción	5	5	5											
3.	Estado civil	5	4	5											
4.	Ocupación	5	5	5											
5.	Paridad	2	2	3											
6.	Periodo Intergenésico	3	3	3											
7.	Motivo de la cesárea anterior	2	2	2											
8.	Edad Gestacional	4	5	5											
9.	Número de controles prenatales	3	2	2											
10.	Edad menor a 35 años	5	5	5											
11.	No persiste motivo de la cesárea anterior	5	5	5											
12.	Cesárea anterior por presentación distinta a la cefálica	4	5	5											
13.	Parto Vaginal	5	5	5											
14.	Inicio espontáneo del trabajo de parto	5	5	5											
15.	Ponderado fetal menor a 4000 gramos	5	5	5											
16.	Monitoreo electrónico al ingreso reactivo	5	5	5											
17.	Monitoreo electrónico durante el trabajo de parto negativo	5	5	5											

ANEXO N°9

**FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUICIO POR EXPERTOS
EXPERTO N° 5: Lic. Obst. Amanda Achata Quintanilla
(Continuación)**

18	Pelvis ginecoide	5	5	5	
19	Vía de culminación del parto	5	5	5	
20	Motivo de cesárea actual	5	5	5	
21	Bloqueo tubárico bilateral	5	5	5	
22	Complicaciones maternas	5	5	5	
23	Tipo de complicación materna	5	5	5	
24	Peso del recién nacido	5	5	5	
25	Apgar al minuto	5	5	5	
26	Apgar a los cinco minutos	5	5	5	
27	Complicaciones del recién nacido	5	5	5	
28	Tipo de complicación del recién nacido	5	5	5	

Licenciada en Obstetricia Amanda Achata Quintanilla.		 <small>AMANDA ACHATA QUINTANILLA</small> Firma
Obstetra asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrion - ESSALUD - TACNA.		

ANEXO N°10

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Para efectuar la validación de los instrumentos de la investigación titulada “Vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, Julio-Diciembre – 2016”, se ha sometido a evaluación por cinco profesionales del área de salud, especializados en salud de la mujer y especialistas en emergencias obstétricas. Estos profesionales son: Dr. Gineco-Obstetra César Sánchez Maldonado; Dra. Leandra Llanca Ramos; Lic. Águeda Torres Talavera; Lic. Flor Perochena Rodriguez; Lic. Amanda Achata Quintanilla.

A continuación, presenta los puntajes de la hoja de preguntas para la validación:

Tabla 1: Características sociodemográficas y obstétricas

PREGUNTA	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5
Ítem 1	5	5	5	5	4
Ítem 2	5	5	5	4	5
Ítem 3	5	4	5	5	4
Ítem 4	5	5	4	5	5
Ítem 5	5	4	4	5	2
Ítem 6	4	3	5	2	3
Ítem 7	5	4	5	3	2
Ítem 8	5	3	5	5	4
Ítem 9	5	4	5	5	2

Tabla 2: Factores favorables para un parto vaginal

PREGUNTA	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5
Ítem 10	5	5	5	5	5
Ítem 11	5	5	5	5	5
Ítem 12	5	2	5	3	4
Ítem 13	5	4	5	5	5
Ítem 14	5	4	5	5	5
Ítem 15	5	5	5	5	5
Ítem 16	5	4	5	5	5
Ítem 17	5	5	5	5	5
Ítem 18	5	4	5	5	5

Tabla 3: Vía de culminación del parto y resultados materno-neonatales

PREGUNTA	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5
Ítem 19	5	5	5	5	5
Ítem 20	5	5	5	5	5
Ítem 21	5	5	5	5	5
Ítem 22	5	4	5	5	5
Ítem 23	5	4	5	5	5
Ítem 24	5	5	5	5	5
Ítem 25	5	4	5	5	5
Ítem 26	5	5	5	5	5
Ítem 27	5	4	5	5	5
Ítem 28	5	5	4	5	5

El grado de homogeneidad de las respuestas de los expertos se mide con el coeficiente alfa de Cronbach, y se interpreta en la siguiente tabla de valoración:

$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$	Nivel
-1 a 0	No válido
0,01 - 0,49	Baja validez
0,50 - 0,69	Moderada validez
0,70 - 0,89	Alta validez
0,90 - 1,00	Muy alta validez

A continuación, los resultados:

Características Sociodemográficas y Obstétricas

	ÍTEMS									SUMA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Experto 1	5	5	5	5	5	4	5	5	5	44
Experto 2	5	5	4	5	4	3	4	3	4	37
Experto 3	5	5	5	4	4	5	5	5	5	43
Experto 4	5	4	5	5	5	3	3	5	5	39
Experto 5	4	5	4	5	2	3	2	4	2	31

VARIANZA	0.2	0.2	0.3	0.2	1.5	1.3	1.7	0,8	1.7	7.9
										0,7

Alfa de Cronbach=	0.753
-------------------	-------

Factores favorables para un parto vaginal

	ÍTEMS									SUMA
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Experto 1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45
Experto 2	5	5	2	4	4	5	4	5	4	38
Experto 3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45
Experto 4	5	5	3	5	5	5	5	5	5	43
Experto 5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	44

VARIANZA	0.0	0.0	1.7	0.2	0.2	0.0	0.2	0.0	0.2	8.5
										0.7

Alfa de Cronbach=	0.752
-------------------	-------

Vía de culminación del parto y resultados materno-neonatales

	ÍTEMS										SUMA
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
Experto 1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50
Experto 2	5	5	5	4	4	5	4	5	4	5	46
Experto 3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	49
Experto 4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50
Experto 5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50

VARIANZA	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.2	0.0	0.2	0.2	3.0
											0.7

Alfa de Cronbach=	0.733
-------------------	-------

Como el coeficiente de Cronbach es de 0.753, 0.752 y 0.733, indica que existe alto grado de validez. En consecuencia. La validación por juicio de expertos es favorable por su alto grado de valoración y consistencia interna entre ellos, es decir, todos lo evalúan de manera favorable.

Por lo tanto, los instrumentos para realizar la investigación “Vía de culminación del parto y factores favorables para un parto vaginal en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión-Essalud-Tacna, Julio-Diciembre – 2016” es válido.

ANEXO N°11

ANALISIS DE FIABILIDAD

Características Sociodemográficas y Obstétricas

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	5	17.2
	Excluidos(a)	24	82.8
	Total	29	100.0

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.753	10

Factores favorables para un parto vaginal

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	5	17.2
	Excluidos(a)	24	82.8
	Total	29	100.0

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.752	10

Vía de culminación del parto y resultados materno-neonatales

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	5	17.2
	Excluidos(a)	24	82.8
	Total	29	100.0

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.733	11

