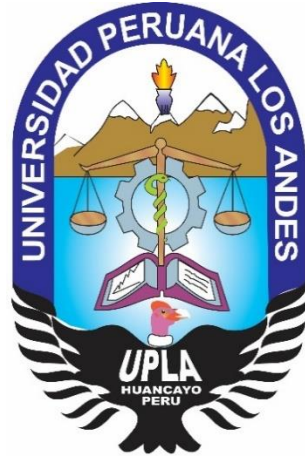


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en un hospital de Huancayo, 2019

Para Optar : Título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana. Especialidad Ginecología y Obstetricia

Autor : M. C. Julio Lenon Poma Ortiz

Asesor : M. C. Esp. Orlando George Ricaldi Victorio

Línea de investigación : Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio y culminación de la investigación : Enero 2019 - Diciembre 2020

Huancayo - Perú

2022

JURADOS EVALUADORES



Dr. Aguedo Alvino Bejar Mormontoy
Presidente



M.C. Esp. Ernesto Aristides Molina Loza
Miembro



M.C. Esp. Kriss Rivera Dorregaray
Miembro



M.C. Esp. Yeny Marilú Montero Pomalaya
Miembro



Dra. Melva Isabel Torres Donayre
Secretaria Académica

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia, por su apoyo y
fuerza inquebrantable.

Autor.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Peruana los Andes por acogerme en sus aulas, a la Escuela de Posgrado y a mis docentes que tuvieron la paciencia y actitud para inculcarme y corregirme con sus enseñanzas. Asimismo, agradezco al Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen por darme las facilidades para el acopio de datos. Finalmente, agradezco a mi familia, quienes me apoyaron significativamente en todo momento de mi formación profesional.

Julio L. P. O.

CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
CONTENIDO	v
Contenido de tablas	viii
Contenido de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	14
1.2. Delimitación del problema.....	18
1.2.1.Espacial.....	18
1.2.2.Temporal.....	18
1.2.3.Temática	18
1.3. Formulación del problema	19
1.3.1.Problema General	19
1.3.2.Problemas Específicos	19
1.4. Justificación	19
1.4.1.Social	19
1.4.2.Teórica	20
1.4.3.Metodológica	20
1.4.4.Limitaciones	20
1.5. Objetivos	21

1.5.1.Objetivo General.....	21
1.5.2.Objetivos Específicos	21
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	22
2.1. Antecedentes	22
2.1.1.Nacionales	22
2.1.2.Internacionales.....	28
2.2. Bases Teóricas o Científicas	33
2.2.1.Factores Pronóstico	33
2.2.2.Parto Vaginal Después de una Cesárea (PVDC).....	42
2.3. Marco Conceptual (de la variables y dimensiones)	63
CAPÍTULO III HIPÓTESIS	66
3.1. Hipótesis General.....	66
3.2. Hipótesis Específicas	66
3.3. Variables (definición conceptual y operacional)	66
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	68
4.1. Método de Investigación.....	68
4.2. Tipo de Investigación.....	68
4.3. Nivel de Investigación	69
4.4. Diseño de la Investigación	69
4.5. Población y Muestra	70
4.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	72
4.6.1.Técnica.....	72
4.6.2.Instrumento.....	72
4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	72
4.8. Aspectos éticos de la investigación.....	73
CAPÍTULO V RESULTADOS	74

5.1. Descripción de resultados	74
5.1.1. Resultados para Parto Vaginal Después de una Cesárea (PVDC)	74
5.1.2. Resultados para Factores Pronósticos y vía de terminación del embarazo	75
5.2. Contrastación de hipótesis	94
5.2.1. Contraste de la Hipótesis General	94
5.2.2. Contraste de la Primera Hipótesis Específica.....	96
5.2.3. Contraste de la Segunda Hipótesis Específica.....	101
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	107
CONCLUSIONES	111
RECOMENDACIONES	116
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	121
ANEXO 1 Matriz de consistencia.....	122
ANEXO 2 matriz de operacionalización de las variables	124
ANEXO 3 Instrumento de investigación y constancia de su aplicación.....	125
ANEXO 4 La data de procesamiento de datos.....	127
ANEXO 5 Documentos de soporte	133
ANEXO 6 Documentos con la firma de los expertos	135

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	67
Tabla 2 Tipo de parto después de una cesárea	74
Tabla 3 Edad de las mujeres al momento de la gestación y terminación del embarazo.	75
Tabla 4 Estado civil de la gestante y terminación del embarazo.	77
Tabla 5 Grado de instrucción al momento de la gestación y terminación del embarazo.	78
Tabla 6 Procedencia de la gestante y terminación del embarazo.....	80
Tabla 7 Nivel de ingresos de la gestante y terminación del embarazo	81
Tabla 8 Paridad y terminación del embarazo.....	83
Tabla 9 Índice de masa corporal y terminación del embarazo.....	85
Tabla 10 Enfermedad materna inducida por el embarazo y terminación del embarazo	87
Tabla 11 Edad gestacional al momento del ingreso y terminación del embarazo .	89
Tabla 12 Dilatación cervical y terminación del embarazo.....	91
Tabla 13 Periodo intergenésico y terminación del embarazo	93
Tabla 14 Prueba Chi Cuadrado para los factores asociados a la terminación del embarazo	95
Tabla 15 Prueba Chi Cuadrado para los factores demográficos y la terminación del embarazo	97
Tabla 16 Prueba Chi Cuadrado para los factores del embarazo y la terminación del embarazo	102

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1 Resultados para tipo de parto después de una cesárea.....	74
Figura 2 Vía de terminación y edad de la gestante	76
Figura 3 Vía de terminación y estado civil	77
Figura 4 Vía de terminación y grado de instrucción	78
Figura 5 Vía de terminación y procedencia	80
Figura 6 Vía de terminación y nivel de ingresos.....	82
Figura 7 Vía de terminación y paridad.....	83
Figura 8 Vía de terminación e índice de masa corporal.....	86
Figura 9 Vía de terminación y enfermedad materna inducida por embarazo	87
Figura 10 Vía de terminación y edad gestacional al momento del ingreso	90
Figura 11 Vía de terminación y dilatación cervical	91
Figura 12 Vía de terminación y periodo intergenésico	93
Figura 13 Chi Cuadrado y p – valor de la asociación entre edad y terminación de embarazo	97
Figura 14 Chi Cuadrado y p-valor de la asociación entre estado civil y terminación de embarazo	99
Figura 15 Chi Cuadrado y p-valor de la relación grado de instrucción y terminación de embarazo	100
Figura 16 Chi Cuadrado y P – Valor de la relación entre paridad y terminación de embarazo	102
Figura 17 Chi Cuadrado y P – Valor de la relación entre IMC y terminación de embarazo	103
Figura 18 Chi Cuadrado y P – Valor de la relación entre enfermedad materna inducida por el embarazo y terminación de embarazo.....	103
Figura 19 Chi Cuadrado y P – Valor de la relación entre edad de gestación y terminación de embarazo	104
Figura 20 Chi Cuadrado y P – Valor de la relación entre dilatación cervical y terminación de embarazo	104
Figura 21 Chi Cuadrado y P – Valor de la relación entre periodo intergenésico y terminación de embarazo	105

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo, determinar los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019. Diseño del estudio: Diseño no experimental transversal ex post, técnica revisión documenta con la aplicación de un instrumento de ficha de recolección de datos. Materiales y Métodos: Para la investigación fueron todas las historias clínicas registradas de enero a junio del 2019 de partos con cesárea previa en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen que fueron 344 y se trabajó con un tamaño muestral de 200 pacientes. El instrumento que encajó mejor para conseguir el objetivo de la investigación fue la tabla de registro de datos, ya que es un instrumento para almacenar, caracterizar y clasificar los datos, por ello es la indicada para el modelo de investigación. Resultados: De los 182 casos evaluados, el 47.3% tuvo parto por vía vaginal y el 52.7% por cesárea. Las mujeres mayores de 35 años que tuvieron parto vaginal fueron el 44.4%. El 100% de las madres con posgrado solo fueron intervenidas quirúrgicamente. Las madres provenientes de la zona urbana y rural representaron el 50.5% y 69.2% de parto vaginal. Las madres con un bajo nivel de ingreso y con cesárea fueron el 81.7%. En cuanto a la paridad, todos los casos con más de 4 hijos fueron por cesárea. Con respecto a las pruebas de hipótesis, los factores de edad, grado de instrucción, procedencia, nivel de ingresos (factores sociodemográficos), paridad, índice de masa corporal, enfermedad materna inducida por el embarazo, edad de gestación, periodo intergenésico y dilatación cervical estuvieron asociados significativamente con la vía de terminación del embarazo (p_value de la $X^2=0.00$) (factores del embarazo), mientras que el factor estado civil no evidenció significancia (p_value de la $X^2=0.73>0.05$). Conclusiones Los factores sociodemográficos, con excepción del estado civil, y los factores propios del embarazo pronostican el parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019.

Palabras clave: Parto vaginal, cesárea previa, factores pronóstico, edad, nivel educativo, paridad, edad gestacional, periodo intergenésico, dilatación cervical, IMC, enfermedad materna, residencia, ingresos.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the prognostic factors associated with vaginal delivery after a previous cesarean section at Hospital El Carmen in 2019. Study design: Non-experimental cross-sectional ex post design, documented review technique with the application of a file instrument Data collection Materials and Methods: For the investigation, all the medical records registered from January to June 2019 of deliveries with previous cesarean section in the El Carmen Regional Maternal and Child Teaching Hospital were 344 and a sample size of 200 was used. patients. The instrument that fit best to achieve the objective of the research was the data recording table, since it is an instrument to store, characterize and classify data, therefore it is the one indicated for the research model Results: Of the 182 cases evaluated, 47.3% had a vaginal delivery and 52.7% by cesarean section. Women older than 35 years who had vaginal delivery were 44.4%. 100% of the postgraduate mothers only underwent surgery. Mothers from urban and rural areas accounted for 50.5% and 69.2% vaginal delivery. Mothers with a low level of income and with cesarean section were 81.7%. Regarding parity, all cases with more than 4 children were by cesarean section. Regarding the hypothesis tests, the factors of age, educational level, origin, income level (sociodemographic factors), parity, body mass index, pregnancy-induced maternal disease, gestational age, intergenetic period and cervical dilation were significantly associated with the route of termination of pregnancy (p_{value} of $X^2=0.00$) (pregnancy factors), while the marital status factor did not show significance (p_{value} of $X^2=0.73>0.05$). Conclusions Sociodemographic factors, with the exception of marital status, and pregnancy-specific factors predict vaginal delivery after a previous cesarean section at Hospital El Carmen in 2019.

Keywords: Vaginal delivery, previous cesarean section, prognostic factors, age, educational level, parity, gestational age, intergenetic period, cervical dilatation, BMI, maternal disease, residence, income.

INTRODUCCIÓN

El parto por cesárea se refiere a los bebés nacidos a través de incisiones quirúrgicas en el abdomen de las mujeres gestantes, ello representa un precedente de cuidado y consideración clínica para un posterior embarazo; así como su atención antes, durante y después del trabajo de parto. El manejo de un paciente con esta particularidad representa un proceso complejo para los expertos en salud por las consideraciones previstas en su historial clínico, como lo es para los pacientes al momento de elegir un parto vaginal o por cesárea; puesto que existen diferentes perspectivas sobre los beneficios y los efectos que puede generar en la gestante el antecedente de una cesaría previa. Para generar confianza y seguridad los profesionales de salud deben informar sobre las generalidades y especificaciones que ello conlleva (1).

El parto vaginal después de una cesárea (PVDC) es el final del embarazo teniendo en consideración el precedente de una cesárea en las pacientes y representa cuidados particulares como controles específicos previos al trabajo de parto; tomar la decisión de terminar el embarazo por vía vaginal después de haber sido atendida por cesárea previa, significa para la gestante llevar un control específico, ya que podría representar riesgos significativos a su salud y la salud de su neonato; las peculiaridades de los pacientes permiten que el control tenga cuidados especiales; el PVDC es un tema de consideración para un bagaje de conocimiento para su seguimiento en pacientes, puesto que no solo se evaluarán los riesgos sino los beneficios que podría representar el evitar una intervención quirúrgica ya que la forma “natural” de parto es el alumbramiento por vía vaginal, pero sobre todo el

cuidado de los involucrados en el trabajo de parto para que se pueda lograr con éxito y satisfacción (2).

Los factores que se involucran con el PVDC son diversos puesto que se consideran distintas perspectivas con relación al éxito del mismo y las características propias de cada mujer amplifican la diversidad de factores que participan en la etapa de gestación de una mujer previamente con cesárea, se tienen en deferencia ya que representan factores no solo clínicos, sino también demográficos que pueden alterar o beneficiar la etapa de embarazo en diferente forma y de distintas maneras, las mujeres gestantes tienen realidades distintas, pero no se distingue en diversas oportunidades su atención, no se le presta cuidado a los antecedentes de contexto en las que las mujeres llevan sus embarazos , solo se evalúan los factores clínicos, perdiendo la oportunidad de un mejor control debido a sus características y las recomendaciones del caso, de diversos factores que se involucran en una gestante con el antecedente de una cesárea previa (3).

La investigación presta atención a los factores pronóstico asociado al parto vaginal después de una cesárea, ya que representa una indagación de interés para galenos, pacientes, y sociedad, por ello se plantea el siguiente problema ¿Cuáles son los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019? Se plantea el objetivo de la investigación establecer los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019. La tesis presenta la siguiente hipótesis La investigación busca ampliar conocimiento con los datos que se logren sobre el tema para su manejo y conocimiento de los involucrados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

A nivel mundial, décadas atrás se tuvo gran preocupación por el incremento del número de cesáreas, las cifras se triplicaban década tras década; es por ello que se planteó la solución de minimizar las cesáreas mediante el parto vaginal después de una cesárea (PVDC) y a medida que la cifra de esta subía, la cifra de cesáreas disminuía; sin embargo, surgió una mixtura de complejas particularidades que asociaba la morbilidad con el PVDC y ello freno las tasas referidas a la atención del parto vaginal después de la cesárea. Esto llevo a generar investigaciones para su manejo y mejor atención considerando los factores que desencadenan en complicaciones para las gestantes. Es así como el índice de cesárea es de 26.1, un promedio de 29% en Latinoamérica notándose las cifras más altas en México, Brasil, República Dominicana y Chile, los que fluctúan entre 30% y 39% (4)

En la actualidad, el alumbramiento vaginal es considerado como una opción segura en personas que primigeniamente fueron cesareadas, lo cual no simboliza un aumento en la muerte por infección en el feto o la madre, en el que el peligro del rompimiento uterino es la primordial intranquilidad, no obstante, ésta se muestra en un número menor al 1% de los sucesos. Ni la cesárea planificada ni el parto vaginal son inmunes a las complicaciones, como la morbilidad materna; sin embargo, esto puede ser aún mayor cuando el intento de parto es frustrante. La ocurrencia de complicaciones maternas e

infantiles no necesariamente está relacionada con este antecedente, puede ser provocada por otros factores relacionados en la madre. Las gestantes con este precedente pueden ser candidatas a un parto vaginal. Sin embargo, muchas mujeres embarazadas se muestran reacias a utilizar este método y optan por repetir la cesárea sin medir los riesgos o beneficios que les puede traer (5).

En una gestión de control sobre las cesáreas realizada en los Norteamérica en el 2007, el 45% de las pacientes con una cesárea previa mostraba tener una predilección por el PVDC, mientras que el 20 % opta una repetición de la cesárea electiva. Mientras que un 27 % de las mujeres tuvo su elección establecida por factores médicos, sólo “una fémica que fue previamente cesareada debe ser sugerida a experimentar un alumbramiento vaginal” (4). Estas variaciones en la conducción contribuyeron al aumento del índice de alumbramientos vaginales en cesáreas previas de 5% en el 2015 a 28,3% en el 2016. No obstante, igualmente aumentaron los datos de dificultades en fetos y madres y rompimiento de útero e incrementó el índice de cesáreas al 31.1% (6).

Además de la tasa de cesáreas, existen otros aspectos igual de importantes cuando se toma el tema de PVDC como lo es la seguridad del parto. Los esfuerzos continuos para evaluar y comparar los peligros del PVDC y la cesárea para esclarecer la base de la evidencia han llevado en la práctica clínica. Al medir los pros y los contras del parto vaginal y la cesárea, se debe comprender tres cosas: Los beneficios para la salud y las consecuencias adversas de un PVDC exitoso después del parto. Beneficios y riesgos para las

mujeres que han participado en el parto pero que han dado lugar a una cesárea. Los pros y peligros de las pacientes que deciden por volver a realizarse las cesáreas. La seguridad que le proporcione el procedimiento a la gestante será determinante para que se tome la decisión (7).

En cierta medida, aumentar la libertad de la mujer es primariamente un asunto de ampliar el derecho a elegir. Parece que sencillamente consentir más elecciones reproductivas correspondería ser el primordial medio para acrecentar la independencia y libertad de la mujer. Este es el supuesto que dirige la discusión sobre conducta y libertad en muchas cuestiones nuevas sobre PVDC. Sin embargo, el problema se ha vuelto a complicar. Aunque la gente generalmente cree que respetar y promover la autonomía es un principio ético importante, es importante comprender qué es significativo para promover la medicina, especialmente la autonomía al nacer. sencillo. Las esperanzas y predilecciones de las pacientes para su parto están motivadas no sólo por la sensatez de los pros y contras, sino también por los factores personales y sociales (8)

En los recientes seis años el índice se ha acrecentado en un 10% en todo el país, establecida por la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) del instituto nacional de estadística e informática (INEI) 2013. La perspectiva del 2015 demuestra que alrededor de un 31.6% de los alumbramientos en instituciones se han efectuado por cesárea. Estas cantidades reúnen las cirugías del Ministerio de Salud, Essalud, Fuerzas Armadas y del Sector Privado (9)

En el Perú el indicador de cesáreas se ha mantenido en un 21% en el sector público, en el sector privado los indicadores se han activado con velocidad desde principio de la década actual, destacando el 28,6% en el lapso 2011 – 2013; a 48,6% en el lapso 2014 – 2016. En el momento en el que se verifica el ingreso a un seguro particular, la circunstancia se vuelve más trágico. En el lapso 2014 – 2016, el índice de cesáreas fue de 43% para las féminas carentes de seguro y de 69% para las féminas que tenían algún tipo de seguro privado de salud (10)

En el Hospital El Carmen existe una proporción significativa con respecto al alumbramiento de mujeres nulíparas que termina el parto en cesárea, que corresponde al tercio de las mujeres con estas características. Si los indicadores de cesárea primigenia y secundaria siguen aumentando al mismo ritmo que la última década, se augura que el indicador habitual será de 56.2% para el 2020. Múltiples son las causas que incrementan el índice de cesárea primigenia, talvez son incluso más primordiales las causas sociales y no obstétricas. Ciertas féminas notan que la cesárea es más sencilla y adecuada que un alumbramiento vaginal, y los requerimientos por parte de las pacientes de una cesárea sin prescripción por parte de un obstetra, son una certeza hoy en día (11).

1.2. Delimitación del problema

1.2.1. Espacial

El desarrollo de la presente tesis contempló específicamente al Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, ubicado en el distrito de Huancayo, provincia de Huancayo, departamento de Junín, Perú.

1.2.2. Temporal

A la vez, para efectos de su formulación, los datos necesarios correspondientes fueron recopilados en un lapso específico, durante enero a junio del 2019 debido a esto, esta tesis en cuestión se desarrolló desde un corte transversal.

1.2.3. Temática

Este trabajo de investigación examina primariamente dos variables, la primera los factores pronóstico definida como los factores pronósticos que van a tener gran diversidad, pues las mujeres gestantes tienen distintas realidades, particularidades con su salud, con su contexto demográfico y su comportamiento clínico previo, durante y después de la etapa gestacional. En segunda el parto vaginal después de una cesárea definido como Existen posibilidades de elección de las mujeres gestante para el trabajo de parto, las mujeres eligen entre un parto vaginal o la cesárea.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General

¿Cuáles son los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los factores pronóstico demográficos asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019?
- ¿Cuáles son los factores pronóstico del embarazo asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

Se justifica la ejecución de este análisis de investigación por el hecho de que al realizar prácticas profesionales se verifica el miedo de exponer a la gestante con su primera cesárea a un parto normal. Las consecuencias de este análisis admitirán identificar las dificultades maternas y en recién nacidos en circunstancias de alumbramiento vaginal posterior a la cesárea primigenia que aclaren su beneficio en la práctica de su profesión.

1.4.2. Teórica

Notándose en el Perú, el gran problema de aumento de cesáreas, en obstetricia se necesita analizar la vía de parto, incidiendo en la vigilancia antes del nacimiento en personas con cesáreas anteriores y priorizar siempre la opinión clínica al analizar a las féminas con cesárea anterior durante el alumbramiento; asimismo, aminorar la continuidad de esta cirugía poniendo en práctica técnicas que refuercen lo que la paciente quiere así como también los servidores de salud (médicos gineco-obstetras y obstetras) para conseguir un alumbramiento vaginal.

1.4.3. Metodológica

Se justifica porque para esta investigación se elaborará una ficha observacional para medir los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa lo que será validado y será el aporte de este estudio para investigaciones posteriores en realidades similares.

1.4.4. Limitaciones

A. Internas

Las limitaciones que presentó la investigación de manera interna fue la necesidad de hacer partícipe a un estadista para el procesamiento de datos.

B. Externas

Las limitaciones que presentó la investigación de manera externa la posibilidad de no aleatoriedad de los datos.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Establecer los factores pronóstico demográficos asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019.
- Establecer los factores pronóstico del embarazo asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Nacionales

Meza (12) publicó la tesis titulada “Macrosomía fetal como factor asociado para parto vaginal fallido en gestantes con cesárea previa atendidas en el hospital Rezola de Cañete 2016-2017”; para optar por el título profesional de Médico Cirujano. Tesis presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma.

La tesis formuló el objetivo determinar la macrosomía es un factor relacionado con el fracaso del parto vaginal de las mujeres embarazadas que han dado a luz por cesárea., la metodología que utilizó la investigación fue de tipo observacional, analítico, regresional y transaccional, se analizaron 442 pacientes, separado a la mitad con las características de parto vaginal fallido y exitoso, el tipo de muestreo fue probabilístico, la investigación muestra en sus resultados la media de la edad de las pacientes con parto vaginal con resultado de fracaso es de 28.7 años y 28.8 años para los alumbramientos no fallidos. El 11.8% de las mujeres con parto normal fracasado fueron por abortos involuntarios y el 43.0% por preclamsia con causalidad en una cesárea previa. La investigación concluye que la macrosomía neonatal es un factor

vinculado de manera notable al alumbramiento normal fallido en embarazadas con cesárea previa (12).

Espino (13) presentó la tesis titulada “Complicaciones materno – neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el hospital María Auxiliadora en el año 2016”; para optar por el Título de Licenciada en Obstetricia. Tesis presentada en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Norbert Wiener.

La investigación planteó el objetivo determinar las circunstancias materno- neonatales y particularidades sociodemográficas en gestantes con alumbramiento normal luego un antecedente de cesárea en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016, la metodología de la investigación fue de tipo descriptivo, observacional de corte transversal, se utilizó las historias clínicas de 91 pacientes que terminaron el embarazo por vía vaginal después de haber sido cesareadas, la investigación muestra en sus resultados en cuanto a los factores sociodemográficos, el 31% de las pacientes de 25 a 29 años, el 75% de secundaria, el 94% de amas de casa, el 75% de convivir en pareja, el 98% de haber tenido una cesárea, el 36% de los primeros son primíparos. En cuanto a las complicaciones maternas: el 59% de las madres no presenta ninguna complicación, pero el 31% de los desgarros perineales son la mayor complicación, entre las complicaciones neonatales el 92% no presenta complicaciones. La investigación concluye que las complicaciones materno-neonatales del alumbramiento normal después

de una cirugía de parto en el Hospital María Auxiliadora son el desgarro perineal, la hemorragia posparto y la placenta residual, las dos últimas son relativamente menores. Bajo peso al nacer, APGAR bajo, muerte neonatal y sufrimiento fetal agudo, el 92% de los cuales no presentaron complicaciones neonatales (13).

Caldas y Carrión (14) presentaron la tesis titulada “Factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa en la clínica particular Cori Gyn, distrito Los Olivos, 2015”; para obtener el título profesional de Médico Cirujano. Tesis presentada la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas, Lima.

La investigación formuló el objetivo establecer los elementos para la decisión del alumbramiento normal en gestantes con cesárea previa llevadas en la Clínica particular CORI GYN, distrito Los Olivos 2015, la metodología de investigación fue una investigación descriptivo retrospectivo de corte transversal, la población que utilizó la investigación fue de 90 mujeres con antecedentes de cesárea. Los resultados de la investigación determinaron que la edad promedio de las mujeres con las características del estudio tienen 29.6 años, el grado de instrucción fue en mayor medida universitario con un 54.4%, el estado civil era casadas en un 70%, el periodo de embarazo a embarazo de 2 a 5 años, alumbramiento normal múltiple de un 51.1%, solo el 6.7% presentaron complicaciones, la investigación concluye que la operación, Los factores maternos relacionados con la decisión de parto vaginal

incluyen el intervalo entre dos a cinco años (60,0%), la tasa de alumbramiento normal previo fue 53,3%, embarazo múltiple (51,1%) y el inicio del parto natural (92,2%). En el 93,3% de los embarazos, el procedimiento de la toma de decisión sobre la terminación lo determina el médico. Finalmente, señalaron que el 6,7% de los pacientes presentó complicaciones en el puerperio inmediato y el 20,0% de los pacientes presentó complicaciones en el puerperio medio (14).

Arrunátegui (15) presentó la tesis titulada “Factores predictores para prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria”; para optar por el título de Médico Cirujano. Investigación presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo.

La tesis planteó como finalidad establecer los elementos que predicen la prueba de alumbramiento vaginal con éxito en pacientes con cesárea como antecedente en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria, la metodología de investigación utilizó un tipo analítico, observacional retrospectivo, la población utilizada en la investigación fue de 90 gestantes que tenían antecedentes de cesárea, análisis de resultados de la investigación señalaron que los factores asociados, fueron precedente de alumbramiento normal, multiparidad, periodo intergenésico óptimo y edad de la madre apropiada. La investigación concluye que el historial de parto vaginal, partos múltiples, el espaciamiento óptimo de los partos y la edad materna apropiada

determinada entre los 20 y 35 años son los componentes de un alumbramiento normal exitoso para las mujeres embarazadas que tienen una cesárea previa (15).

Peréz (16) publicó el trabajo de investigación titulada “Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa”; para optar el Título profesional de Médico Cirujano. Investigación expuesta a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porras, Lima.

La investigación formuló el objetivo determinar la vinculación entre el tipo de alumbramiento y las dificultades obstétricas del alumbramiento vaginal en pacientes con cesárea como antecedente en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima – Perú, comprendió el período entre 01 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2014, la metodología de estudio fue observacional, analítico y retrospectivo, la población que utilizó la investigación fueron todas las gestantes que terminaron en parto vaginal y cesárea electiva, unas 323 gestantes, los resultados de la investigación registró que de las 191 gestantes que realizaron un alumbramiento normal 5 tuvo complicaciones, de las 133 pacientes que decidieron terminar su embarazo con una cesárea solo una tuvo complicaciones, se registraron complicaciones maternas en el parto vaginal 4 y en el parto con cesárea 1, la investigación concluye que no se evidencia una asociación importante entre el tipo de alumbramiento y

las conflictos maternas y del feto, existe vinculación de la paridad con las dificultades maternas, la rotura uterina y la muerte neonatal (16).

Liberato y Melchor (17) publicaron la tesis titulada “Parto vaginal después de una cesárea previa. Hospital "San Bartolomé" Lima (Perú) 2013”; para obtener el título profesional de Médico Cirujano. Tesis presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo.

La investigación formuló el objetivo determinar los agentes vinculados y tasa de éxito del alumbramiento normal de pacientes que previamente habían sido sometidas a cesárea, y comparar los factores relevantes relacionados con el parto actual en el Hospital Nacional Materno Infantil Docente "San Bartolomé" durante 2013. La metodología de investigación que utilizó fueron la observación, descripción, estudio retrospectivo y estudio transversal de gestantes que reúnan antecedentes de cesárea y cumplan con los factores de inserción y supresión. Se valoraron 188 casos con antecedente de cesárea. Se usaron técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales. Para el procesamiento de datos se realizaron mediante la prueba t de Student. Los resultados de la investigación determinan que la tasa de éxito del parto vaginal fue del 68,6% y la tasa de éxito de la cesárea fue del 31,4%. Se determinaron los siguientes factores pronósticos: aborto espontáneo, dolores uterinas 74,7% y 55,3%, dolores casuales o nulas concluyeron en la cesárea, rotura de membranas fetales al ingreso, 78,6% de parto

vaginal, 33,1% de cesárea, edad materna 38 años, peso de los recién nacidos en promedio de 3414,65gr finalizó en parto vaginal, la investigación concluye que la tasa de éxito fue de un 68.6% y los agentes pronóstico para el alumbramiento normal fueron dolores uterinas corrientes, membranas rotas al ingreso, trabajo de parto espontáneo, peso del recién nacido, edad materna (17).

2.1.2. Internacionales

Salarí (18) presentó el trabajo de investigación titulado “Parto vaginal después de cesárea. Estudio sobre mujeres que lo planificaron y lo vivenciaron”; para obtener el Título Profesional de Psicología. Investigación presentada a la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

El trabajo de investigación planteó el objetivo de conocer la vivencia y la significación que le otorgan las mujeres al PVDC luego de haber transitado la experiencia, la investigación optó por una metodología cualitativa de carácter exploratorio, para la recolección de información se utilizó la entrevista a profundidad, se realizó 20 entrevistas. El resultado de la investigación establece que se llegó a brindar información en relación al PVDC en Uruguay, acentuando la importancia que tiene a nivel físico y psicoafectivo. Concluyendo que toda mujer debe ejercer libremente sus derechos reproductivos. Teniendo en cuenta ello se puede brindar información. Concluyendo que toda mujer debe ejercer libremente sus derechos reproductivos. Teniendo en cuenta ello

se podrá brindar información y conocimientos sobre el Parto vaginal después de cesárea y sus consecuencias a nivel emocional, este tema se trata de forma escasa en el país; asimismo, se quiere aportar conocimientos dirigidos a las estrategias para reducir las cesáreas, el cual es uno de los objetivos determinados por el MSP (2016) para mejorar la salud perinatal. El estudio aportó con las políticas sanitarias en lo que respecta a la atención en el periodo de gestación, parto y puerperio, y considerar posibilidades y estrategias que permitan a la mujer para poder vivir la experiencia de parto como ella mejor le parezca (18).

Mozo (19) publicó la tesis titulada “Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa”; para obtener el grado de Doctora. Tesis expuesta a la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, España.

La investigación estableció como objetivo la comparación de la tasa de muerte materna y neonatal vinculada con el alumbramiento por cesárea en cotejo con el parto normal en gestantes con el precedente de una cesárea anterior, en un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. La investigación consideró usar el método científico con un diseño longitudinal, la tesis mostró en sus resultados que las gestantes que se realizaron un parto vaginal triunfante les fue mejor que a las que optaron por una cirugía de atención materna. Por ello, fue transcendental determinar la proporción de mujeres que pretendían un parto vaginal y

disfrutaron del éxito de su parto. En la muestra total, es decir, 110 gestantes, 42 pacientes decidieron por la cesárea repetida como su método preferido de parto, y 68 gestantes decidieron el alumbramiento vaginal para dar a luz a su segundo hijo. De las 68 mujeres, 55 dieron a luz con éxito y las otras 13 dieron a luz por cesárea después del inicio del parto. Por lo tanto, se encontró que la tasa de éxito del PVDC de 55 mujeres con cesárea y 55 mujeres con parto vaginal fue del 80,88%. La investigación llegó a concluir que los estudios han demostrado que el alumbramiento vaginal es mejor y más rápido para restablecerse en las actividades diarias, lo que proporciona una guía para todas las mujeres que dudan en elegir su propio método de parto, así como las investigaciones futuras deben considerar factores vinculadas con el contexto social y cultural de la tesis, las cuales manifiestan las vivencias y emociones de las gestantes y sus familias (19).

Cervantes (20) publicó la tesis titulada “Factores asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período Junio 2016 – Junio 2017”; para obtener el título de especialista en Ginecología y Obstetricia. Investigación sustentada a la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

El objetivo que formuló la investigación fue establecer los factores vinculados con el éxito o fracaso del parto vaginal en mujeres

con trabajo de parto y precedente de cesárea, el diseño que usó la investigación fue cuasi experimental, con un nivel explicativo, la población que utilizó la investigación fueron las mujeres embarazadas con antecedente de cesárea mayor a dos años, fueron 163 pacientes y la muestra que utilizó fue la totalidad de la población, la técnica para la recolección de datos fue la revisión documental y una matriz de registro de datos , la investigación muestra en sus resultados que de las 163 muestras 99 terminaron el embarazo por parto vaginal y 64 por cesárea, la edad media del total de la grupo con parto vaginal fue de 26.88 años, mientras que el grupo de parto por cesárea fue 29.20 años. La investigación concluye que la el éxito del parto normal después de una cesárea fue de 60.74%, los factores que se asociaron con el éxito del alumbramiento fueron el precedente de parto vaginal, una dilatación cervical mayor a 4 cm, mientras que factores que se vinculan con un fracaso son el índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m², edad mayor a 35 años y una edad gestacional mayor a 41 semanas (20).

Quesnel, López y Monzalbo (21) presentó el artículo científico titulado “Parto después de cesárea ¿Una buena opción?”, artículo presentado en la ciudad de México.

El trabajo de investigación formuló el objetivo comparar la ocurrencia y el desarrollo del parto, analizar variables: características demográficas de las pacientes que dan a luz después de una cesárea, resultados obstétricos y perinatales, la investigación utilizó como

metodología un estudio observacional, retrospectivo y retrolectivo, con un diseño correlacional, longitudinal. De acuerdo con el estándar ACOG, se estudiaron 136 pacientes elegibles para el trabajo de parto con historial de cesárea, en el 78% de los pacientes, el trabajo de parto fue espontáneo y en el 22% de los pacientes, el trabajo de parto fue inducido. Entre las características demográficas de las pacientes con inducción y parto, destacan: número de embarazos, partos previos, mayor puntuación de Bishop, menor peso fetal estimado e intervalos entre nacimientos más largos, el pronóstico de las mujeres embarazadas y el período perinatal resultó seguro. La investigación concluye que se demostró que el parto después de la cesárea es un método seguro, descendencia mayor de 18 meses, que lleven un embarazo único, manifestaciones craneales, adecuado peso fetal y sin complicaciones (21).

Fonseca, Rodriguez y Salazar (22) publicaron el artículo científico titulada “Validación de modelos predictivos para parto vaginal exitoso después de cesárea”; presentada a la revista *Colombia Médica*, Calí, Colombia.

El trabajo de investigación formuló como finalidad validar dos modelos predictivos, Metz y Grobman para el alumbramiento normal triunfantes después de una cesárea, la metodología que utilizó la investigación fue de diseño longitudinal con un alcance explicativo, se elaboraron los modelos y se estableció la capacidad predictiva, la investigación en los resultados muestra, El porcentaje de gestantes con

indicaciones de cesárea y parto vaginal fue del 85,64%. La razón de trabajo de cada decil predicha en el modelo de Grobman es menor al 15%, salvo el 91-100% del décimo (64,09%), el área bajo la curva es 0,95 para el modelo de Metz. La investigación concluye que según el modelo de predicción de Grobman y Metz, la tasa de parto vaginal después de una cesárea es menor de lo esperado. La implementación proactiva de estos modelos puede aumentar la tasa de partos exitosas (22).

2.2. Bases Teóricas o Científicas

2.2.1. Factores Pronóstico

Los factores pronóstico de las mujeres gestantes con antecedente de cesárea son diversos puesto que se consideran distintas perspectivas con relación al éxito del mismo y las características propias de cada mujer hacen amplificar la diversidad de factores que participan en la etapa de gestación de una mujer previamente cesareada. Para obtener una vivencia agradable, las pacientes se ven forzadas a pensar únicamente en tener hijos saludables. Esto consigue destacar las emociones que escoltan a la selección del procedimiento de nacimiento del niño. El concepto interrelacionado de recelo y seguridad se vuelve considerablemente transcendental en el proceso de toma de decisiones. Bajo la presión de algunos expertos médicos, la cirugía abdominal grande se considera una opción apropiada, deseable y de riesgo mínimo para el parto. También se ve afectado por diversos factores prenatales, intraparto y no médicos. Las mujeres que dieron a luz con éxito antes o después de la cesárea y las

mujeres que dieron a luz activamente tienen diferentes conductas con respecto a su salud, ello diferencia diferentes factores pronósticos asociados al PVDC (3).

A. Factores Demográficos

a. Edad materna

La edad de la gestante representa un factor relevante que se asocia con el PVDC. Puesto que la gestación en adolescente se muestra un amplio riesgo para su salud y el bienestar del recién nacido, desarrollando una mayor tasa de muerte del producto de la gestación. Al mostrar una inmadurez pélvica e inmadurez del canal vaginal, se considera dos veces más riesgo de complicaciones, y por ello el gran riesgo de desgarre en las adolescentes. Son más sensibles a tener como resultado un recién nacido con bajo peso. Un contraste en edad, pero no en complicaciones son todos los embarazos a los 35 años están vinculados con un acrecentamiento de las dificultades del producto y logran una escasa probabilidad de alumbramiento vaginal. En comparación con las mujeres de 20 a 24 años, las mujeres mayores de 40 años tienen más probabilidades de tener complicaciones con el crecimiento fetal y recién nacidos de pequeña edad gestacional (23).

b. Estado Civil

El estado civil es un factor que se considera demográfico y se relaciona con el embarazo y los resultados perinatales. Se han publicado muchos artículos en el campo de la salud pública y se encontró que existe

una asociación entre mujeres que afirman ser "solteras" o "sin pareja" que tienen un impacto negativo en el feto y el recién nacido. Entre los resultados perinatales adversos citados, se deben enfatizar los siguientes puntos: bajo peso al nacer, parto prematuro, baja edad gestacional, muerte fetal y puntaje de Apgar bajo (24).

c. *Grado de Instrucción*

El grado de instrucción o nivel educativo es un factor que se puede asociar con PVDC, ya que afecta emocionalmente a las gestantes la inestabilidad económica que puedan tener en un caso más específico se tienen el embarazo adolescente, a menudo hace que estas madres busquen trabajo a una edad tan temprana después del parto y cuando sea necesario, lo que dificulta su aprendizaje. De esta forma, el embarazo se ha convertido en un obstáculo para el desarrollo de su educación continua y la baja calificación académica, provocando una disminución en la comprensión de la educación sexual y facilitando el embarazo (25) .

d. *Procedencia*

La procedencia es un factor asociado al PVDC ya que involucra la posibilidad y frecuencia de atención de los controles durante la etapa de gestación, se consideran a conglomerados diferenciados en urbano, rural y urbano marginal, cuyas particularidades hacen que las circunstancias de salud cambien. Principalmente gestantes que pertenecen al conglomerado de procedencia rural, no llevan un control adecuado de su embarazo y ello puede traer complicaciones al momento

del parto, ya que sin evaluación previa llegan hacer atendidas en la última etapa de gestación y si se considera el antecedente de una cesárea previa podría complicar su salud (26).

e. Nivel de Ingresos

El nivel de ingreso es un factor asociado al PVCD ya que involucra la posibilidad de tener un mejor servicio de salud con respecto a la atención de sus controles pre- natales, esto ya que existen distintas realidades económicas en las gestantes y ello determina su atención. Se puede diferenciar en nivel alto, bajo y medio el nivel de ingresos bruto familiar que tiene las gestantes, pues se distribuirá de diferente forma el dinero que pueda ingresar a la familia y su especificación con respecto al tema de prevención y atención de madres gestantes, una familia con ingresos brutos bajo tiene particularidad de atención más marcadas a sus necesidades básicas que al control de su embarazo con profesionales. Si se considera el antecedente de una cesárea previa puede considerar un control especial de su proceso de gestación (26).

B. Factores del embarazo

a. Paridad

Es el número de nacimientos registrados hasta el momento, excluyendo el embarazo actual, y se divide en mujeres embarazadas que no dieron a luz una vez y mujeres embarazadas que dieron a luz dos veces. Se clasifican en:

Nulípara: No tiene antecedente de parto

Primípara: Es su primer parto

Múltipara: Tiene al menos un parto

Representa un factor asociado al PVDC ya que la característica de una gestante múltipara tiene mayor posibilidades y experiencia para llevar un embarazo y terminarlo en esas características por ello, las gestantes primípara no formarían parte del estudio ya que no tienen antecedentes de una cesárea (27).

b. Índice de Masa Corporal (IMC)

La obesidad durante la etapa de gestación entra en problema con la salud porque aumenta los riesgos de obstetricia y recién nacidos. El sobrepeso de las mujeres en edad fértil se ha duplicado y también ha aumentado el número de embarazadas obesas. El sobrepeso y la obesidad maternos están relacionados con muchas complicaciones, principalmente hipertensión y diabetes gestacional, así como otras complicaciones, como aborto espontáneo, parto prematuro, muerte fetal en el útero, feto enorme, parto anormal y tasas más altas de cesáreas. Durante el parto, las mujeres embarazadas con un índice de masa corporal (IMC) más alto también tienen mayores complicaciones obstétricas. Varios estudios han demostrado que ha aumentado el número de embarazos prolongados cronológicamente, la inducción del trabajo de parto, las horas de trabajo, la entrega de herramientas y la cesárea. La mayoría de cesáreas realizadas

en embarazadas obesas se deben a falta de parto o deformidad cefalopélvica. La obesidad puede provocar afecciones de alto riesgo durante el embarazo, como aborto espontáneo, diabetes gestacional, hipertensión durante el embarazo, preeclampsia, parto prematuro médicamente indicado, parto anormal y tasas más altas de cesáreas, incluidos ciertos tipos de cáncer (28).

c. Enfermedad materna inducida por el embarazo

- Diabetes gestacional

La diabetes es una de las enfermedades metabólicas más comunes. En las últimas décadas, la prevalencia de diabetes en adultos en todo el mundo ha ido en aumento. Sus consecuencias son muy graves y han ocasionado grandes costos para los seres humanos, la sociedad y la economía. La diabetes gestacional es una enfermedad para mujeres gestantes que son intolerantes carbohidratos, que causan niveles altos de azúcar en sangre. La gravedad varía, comenzando e identificando período de embarazo con respecto a la diabetes gestacional relacionado con el aumento de complicaciones para madres en embarazo y vida del feto, recién nacido, joven y adulto. Las mujeres embarazadas con este cambio tienen hipertensión durante el embarazo, mayor riesgo de cesárea, tasas de incidencia asociadas con la diabetes. Además, en el 50% de los pacientes diabéticos mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en los próximos diez años (29)

- Hipertensión durante el embarazo

La hipertensión es la complicación más común del embarazo. Representan alrededor del 10% de todos los embarazos y son una de las principales causas de morbilidad y muerte en madres y recién nacidos en todo el mundo. Causan del 10 al 15% de las muertes maternas en los países en desarrollo. Se pueden diferenciar dos niveles de hipertensión: Hipertensión en el embarazo: La presión arterial en el tercer trimestre del embarazo es igual o superior a 140/90 mmHg y no hay proteinuria. Por lo general, desaparece dentro de las primeras 12 semanas después del parto. Si la presión arterial alta persiste durante este período, se puede diagnosticar como hipertensión arterial crónica, que puede cubrirse en las iniciales fases de la gestación debido a la mengua orgánica de la presión arterial. Algunas mujeres con hipertensión inducida por el embarazo, desarrolla otras complicaciones como la preeclampsia (30).

- Preeclampsia

La preeclampsia es un síndrome multisistémico de diversa gravedad, específico del embarazo y caracterizado por una preeclampsia reducida. Activación sistémica del sistema de perfusión y coagulación por vasoespasmo. La preeclampsia se define con el diagnóstico de Hipertensión y proteinuria posoperatorias después de la 20a semana de embarazo. La preeclampsia es un síndrome multisistémico de diversa gravedad, específico del embarazo. Activación sistémica del sistema de perfusión y coagulación por vasoespasmo. Aparece después de la semana 20 de embarazo, Durante el parto o dentro de las dos semanas después de

este. La preeclampsia es una enfermedad con una tasa de embarazo de hasta el 10% en todo el mundo. Durante el embarazo, las mujeres menores de 20 y mayores de 35 tienen una mayor incidencia, y el 75%. Previamente se clasificaban como preeclampsia leve, moderada y grave, pero en la nueva clasificación, solo se menciona la preeclampsia con o sin estándar de gravedad. Es un Patología en la mayoría de los casos Asintomático. los síntomas suelen manifestarse de forma estándar severidad, por lo tanto, el control de la presión arterial interna es fundamental para el cuidado prenatal (31)

d. Edad gestional

La edad gestacional es el número de días que han pasado desde el primer día del último ciclo menstrual del ciclo conceptual hasta la fecha actual. La edad gestacional se expresa en semanas y días. El período de gestación dura un promedio de 280 días que representa 40 semanas y el rango estándar de es de 38 a 42 semanas. Sin embargo, desde una perspectiva de salud, el período de menor riesgo perinatal es de 38 a 41 semanas. El diagnóstico de edad gestacional establecido de esta manera será confirmado o modificado por los resultados del examen de ultrasonido, preferiblemente basado en un examen de ultrasonido temprano (7-10 semanas) (32).

e. Dilatación cervical

Es un factor asociado con el PVDC ya que representa un indicador importante para anticipar el proceso de atención de la gestante

ya en trabajo de parto. Es la fase inicial de parto tiene como finalidad extender el cuello uterino. Cuando los dolores de trabajo de parto uterinas empiezan a suceder con periodicidad de una vez cada 3-15 minutos, perduran 30 segundos o más y acrecientan de fuerza del dolor, se originan las contracciones uterinas. El cuello uterino se debilita o adelgaza y dilata cada dos minutos, lo que hace que este período se llame período de dilatación. La permanencia de este período pende de si la mujer ha dado a luz en el caso de las gestantes por primera vez hasta 18 horas, período activo y período de desaceleración. Esta etapa finaliza con una dilatación del 10 cm y disipación del cuello uterino. Por lo general, hay un breve período de incubación entre la dilatación completa y el parto, durante el cual las contracciones desaparecen por completo (33).

f. Periodo Intergenésico

El periodo intergenésico considera al intervalo de tiempo que se posee entre el tiempo del último suceso obstétrico y el comienzo del próximo embarazo. Se sugiere que el tiempo de intervalo para el siguiente embarazo sea de al menos 18 meses período de desarrollo genital corto y no más de 60 meses período de desarrollo genital más largo, para reducir la maternidad, perinatal y recién nacidos y el riesgo de eventos adversos. Cabe destacar que, aunque la dehiscencia laparoscópica es una complicación grave del periodo intergenésico corto menos de 6 meses después de la cesárea, no es la única dificultad. De modo afín, es trascendental considerar el periodo intergenésico largo en la evaluación obstétrica porque está asociada con la preeclampsia (34).

2.2.2. Parto Vaginal Después de una Cesárea (PVDC)

A. Parto

El parto es el final de todo el embarazo, es la parte del embarazo donde el recién nacido sale del útero de la madre. Este tipo de salida puede ocurrir a través del canal vaginal por medios fisiológicos, o mediante una cirugía abdominal llamada cesárea. Es la manera habitual de alumbramiento en la que el producto sale del útero a través de la vagina. Este es el procedimiento más manejado por las gestantes para dar a luz porque es el método más ideal para dar a luz sin complicaciones. En muchas culturas, este evento define la edad del individuo. Se cree que las mujeres comienzan el trabajo de parto en forma de contracciones uterinas regulares, y la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas aumentan, escoltadas de variaciones físicas en el cuello uterino. La labor se lleva a cabo en tres etapas. La primera etapa comienza con la contracción. Continúe hasta que el cuello del útero se adelgace y se expanda (se estire) a unas cuatro pulgadas (10 cm) de ancho. La segunda etapa es la etapa activa, en esta etapa comienza a empujar hacia abajo. Coronación significa que la cabeza del bebé es visible. Poco después de que naciera su hijo. En la tercera etapa, debe extraer la placenta. La placenta es el órgano que proporciona alimento y oxígeno al bebé durante el embarazo (35).

El procedimiento del alumbramiento normal se divide en cuatro fases: dilatación del cuello uterino, prosapia, nacimiento del bebé y

expulsión de la placenta. Si ocurren complicaciones graves por retraso en el parto, se pueden usar medicamentos como anestésicos u oxitocina para ayudar en el parto. Estas operaciones no deben realizarse de forma rutinaria con episiotomía (incisión quirúrgica en la zona perineal), porque el parto más seguro se realiza de forma espontánea y no requiere una intervención innecesaria. En ciertos embarazos clasificados, por el alto riesgo de inseguridad materna o el feto, la cesárea conducirá al parto: el bebé se extrae a través de la incisión quirúrgica abdominal (36).

La tasa de muerte de las madres sin asistencia médica (comprendidos el embarazo, el parto y el puerperio, donde el riesgo es mayor durante el parto) es de aproximadamente uno en 150. Por sí solo, la tasa de mortalidad de los recién nacidos sin asistencia médica es mucho mayor. La incidencia de enfermedades y secuelas es obviamente mayor. Esto se puede confirmar observando estadísticas históricas antes de introducir técnicas estériles y antisépticas, así como el utilizar líquidos intravenosos, tratamientos de sangre, antibióticos, oxitocina, antihipertensivos, cirugía y muchas otras operaciones médicas. El parto es una experiencia disímil en cada embarazo. La mayoría de los bebés nacen sin complicaciones. Sin embargo, necesita la ayuda de un personal capacitado, si pudiera surgir complicaciones (37).

B. Tipos de Parto

a. Parto Natural

Parto normal o vaginal, es el proceso fisiológico de la mujer que finaliza el embarazo a término y, dado que el inicio es espontáneo, también puede desarrollarse y terminar sin complicaciones. A partir de mediados del siglo XVII, la medicina obstétrica y ginecológica comenzó a tratar el cuerpo femenino de forma específica. Su desarrollo encontró dificultades y conflictos entre médicos y mujeres, y su enseñanza práctica la falta de recursos e inversión en las escuelas de medicina, la competitividad de la práctica libre y la resistencia de las mujeres a insistir en la atención hospitalaria a los ojos de los hombres. Algunas mujeres optan por utilizar cualquier terapia de relajación y respiración controlada para aliviar el dolor sin ningún medicamento para dar a luz. En el parto natural, la madre puede controlar su cuerpo y suele trabajar con un asistente que le brinda orientación y apoyo durante la fase del parto. Esto puede incluir un trabajo de parto y parto completos sin medicación, incluidos analgésicos como la anestesia epidural, también puede utilizar pocas o ninguna intervención médica, como la monitorización fetal continua y la resección de la vagina que se refiere a cortar el área entre la vagina y el ano para dejar espacio para el bebé durante el parto, también es permite que las mujeres guíen el proceso de trabajo de parto de una manera cómoda. Muchas mujeres embarazadas de bajo riesgo optan por dar a luz de forma natural para evitar los riesgos potenciales de tomar medicamentos para la madre y el bebé. Los analgésicos pueden

afectar el trabajo de parto: la presión arterial puede bajar, el trabajo de parto puede acelerarse o ralentizarse, y es posible que sienta náuseas y se sienta fuera de control. Pero muchas mujeres eligen el parto natural para comprender mejor la experiencia del parto y responder activamente al parto (38).

b. Parto por cesárea.

Se refiere a los bebés nacidos a través de incisiones quirúrgicas en el abdomen y el útero. Si la mujer ha tenido una cesárea por primera vez, puede ser lo principal cuando la operación se realiza por primera vez o se repite. Los cambios en la percepción del riesgo, la práctica clínica, las preocupaciones durante la mitad del embarazo y los factores maternos (como el aumento de la edad de las mujeres embarazadas, el aumento de la obesidad y los embarazos múltiples) han llevado a una tendencia al alza. Tecnología de reproducción asistida, La cesárea es la única solución para tener un niño sano en algunos casos, por lo que se debe realizar cuando sea necesario. Se trata de una intervención que no está exenta de riesgos, por lo que su práctica debe limitarse a situaciones en las que su ejecución sea realmente necesaria. Cuando se espera que el resultado del parto vaginal de la madre o del feto sea peor que el del parto a través del abdomen, se debe indicar una cesárea. Considerando las dos personas involucradas: la madre y el feto, es una evaluación de los posibles riesgos y beneficios esperados. Las decisiones se pueden tomar antes del parto, dependiendo de si existen cambios que harán más favorable la elección de la vía abdominal, y en otros casos, debido a la falta de un avance

adecuado en el proceso de expansión, la elección ocurrirá durante el proceso de parto (1).

Se pueden hacer indicaciones adecuadas para este método explicando las circunstancias y la racionalidad del pronóstico materno-infantil, como el cruce del feto, pero otros aspectos (como las cesáreas previas) son controvertidos. Los incentivos maternos son actualmente una causa importante de cesárea, porque se estima que la complacencia representa del 4% al 18% de las indicaciones de cesárea. Existen dos técnicas para la cesárea, la cesárea transperitoneal puede utilizarse en la mayoría de obstetricia y puede ingresar rápidamente a la cavidad uterina, por lo que es un método de elección porque hay menos sangrado en la pared uterina gracias a la formación de segmentos uterinos. Sin embargo, la técnica clásica de la cesárea utiliza el mismo método para acceder a la pared abdominal, pero la incisión es longitudinal en la dirección horizontal de la superficie anterior del útero. Esta técnica puede extraer rápidamente el feto, pero cada vez es más difícil reparar la pérdida de sangre, lo que provocará más La adhesión del útero provocará un mayor riesgo de rotura uterina en un futuro embarazo, motivo de la contraindicación del parto vaginal posterior. Actualmente, los médicos creen que la cesárea se recomienda solo cuando el niño o la madre se considera peligroso, como sufrimiento fetal, preeclampsia, partos múltiples, bebés desalineados, ciertos tipos de infecciones, bebés muy grandes, etc. Por tanto, la decisión final dependerá en gran medida de la

opinión del obstetra responsable, por lo que es inevitable que distintos médicos diverjan sobre si recomendar una cesárea (39).

C. Etapas de Parto

Se tiene conocimiento que definidas sustancias causadas por la placenta, la mamá o el neonato, como la dimensión del bebé y su consecuencia sobre los músculos uterinos, etc., pueden provocar el parto. Por tanto, la sinergia de todos estos factores puede ser la causa del parto. Se habla del inicio del trabajo de alumbramiento cuando se asocian distintas condiciones como contracciones uterinas, apariencia o acortamiento de la longitud del cuello uterino y extensión del cuello uterino. El tiempo activo del trabajo de alumbramiento generalmente comienza después de que el cuello uterino se dilata 4 cm (33) .

a. Prodrómico o preparto

Se trata de un parto de inicio indefinido que parte de la aparición paulatina de una serie de señales y símbolos que apoyan a la gestante a darse cuenta de que se aproxima el instante del alumbramiento. Esta fase puede durar hasta 14 días y concluir con la extensión del útero. Las gestantes en su totalidad no sienten que están cruzando por la fase de preparto, por lo que parten directamente de la contracción rítmica del parto. Durante este período, la periodicidad e intensidad de los dolores del embarazo se acrecientan progresivamente, a veces el líquido amniótico se satura y se descarga, y aumenta la incomodidad de la pelvis (33).

Suele ser una etapa silenciosa y no produce síntomas específicos. El neonato empieza a bajar por el canal del uterino, utilizando esta forma de expresión y adecuada para la salida superior de la pelvis por debajo. El proceso de entrega tarda varias horas. Una mujer nueva puede durar de 18 a 20 horas, y una mujer con pocos hijos puede durar de 10 a 12 horas. El parto suele comenzar con una serie de síntomas que la embarazada nota. El primero es expulsar el moco sanguinolento a través de la vagina, que es un tapón de moco que cierra el cuello uterino. Otros síntomas son inquietud general, fobias cardíacas, dolor recurrente en el área de la cintura y aumento de la secreción de la mucosa vaginal (40).

b. Dilatación

Dura hasta que el cuello uterino esté completamente dilatado. En él, las contracciones uterinas aparecen y se establecen de forma regular, y la frecuencia, intensidad y duración aumentan gradualmente. Para las nuevas madres, este es el tiempo de parto más largo, que varía de 12 a 24 horas. El cuello uterino emerge de su posición posterior para estar en el centro del eje vaginal. Se ablanda y se acorta hasta que desaparece, formando un canal llamado canal de parto desde el útero hasta la vulva. Al mismo tiempo, hay una apertura gradual para promover la descarga del feto. En la etapa final de expansión, hay un efecto de empuje, mejorando así la propulsión del feto causada por las contracciones uterinas. La presión intrauterina soportada por el producto de concepción expande la membrana y la orienta hacia el polo inferior y sobresale ligeramente a través del cuello uterino. Este abultamiento de la

membrana amniótica y la membrana coriónica y sus componentes líquidos constituyen una bolsa de agua. Además de proteger la cavidad uterina y los productos del embarazo del contacto con bacterias patógenas, la bolsa de agua también juega un papel en estimular la expansión a nivel del cuello uterino. Aunque puede romperse antes, generalmente se rompe al final del período de expansión, El feto es descendente hacia el canal del parto, realiza varios movimientos pasivos para enganchar o cruzar gradualmente el canal pélvico y descender gradualmente. En la última parte del trabajo de parto, la rotación y la inclinación de la cabeza y los hombros ocurren alternativamente. (40).

Es la primera fase del alumbramiento tiene como finalidad extender el cuello uterino. Cuando los dolores uterinos comienzan a ocurrir con reiteración (alrededor de una vez cada 3-15 minutos, duran 30 segundos o más y aumentan de intensidad), se originan los espasmos uterinos. El cuello uterino se debilita o adelgaza y dilata cada dos minutos, lo que hace que este período se llame fase de dilatación. La extensión de esta etapa obedece de si la gestante ha dado a luz en el tema de las madres por primera vez hasta 18 horas, y se divide en: período de incubación, período activo y período de desaceleración. Esta etapa finaliza con una dilatación completa aproximadamente 10 cm y disipación del cuello uterino. Por lo general, hay un breve período de incubación entre la dilatación completa y el parto, durante el cual las contracciones desaparecen por completo (33).

c. Expulsión

Comienza cuando la dilatación del cuello uterino se completa y el cuello uterino desaparece por completo. Suele durar poco tiempo, aunque puede durar varias horas y finaliza una vez que el feto sale del cuerpo. En esta etapa, las contracciones uterinas adquieren su máxima frecuencia, duración e intensidad. Al mismo tiempo, el impulso se ha vuelto más intenso y obvio. Para las madres, esta es la etapa más molesta, debido al gran volumen que ocupa su aparato reproductor, se sienten muy enojadas. Durante este período, la bolsa de agua se rompe fácilmente y la estructura perineal se expande por completo. El feto realiza movimientos pasivos de rotación e inclinación a través del tubo pélvico para iniciar la fase de desconexión o retirada (40).

También llamada fase expulsiva, termina con el nacimiento del bebé. Debido a la contracción involuntaria del útero y la fuerte contracción abdominal o el empuje de la parturienta, este es el paso del recién nacido desde el canal uterino dirigido al exterior. En la segunda etapa, hay dos etapas: la etapa temprana de no defecación, donde se completa la expansión y no hay ganas de empujar porque el rendimiento del feto no declina, y la etapa tardía de defecación, donde la parte fetal llega a la parte inferior de la pelvis cuando llega. En ese momento, existe el deseo de promover el cuerpo de la madre. Es mejor no empujar con fuerza hasta que la gestante sienta esta impresión, para no estorbar con el progreso normal del trabajo de alumbramiento (33).

d. Alumbramiento

Inicia con la exclusión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas. Esto lleva de 5 a 30 minutos, el descenso del cordón umbilical a través de la matriz después del alumbramiento indica que la placenta finalmente se desprende, mientras más cordones umbilicales, más placenta saldrá de la cavidad uterina. La separación de la placenta se produce por dos posibles mecanismos. La primera ruptura ocurre en la unión del útero y la placenta, este mecanismo se llama mecanismo de Baldlock Schultz y suele ocurrir en aproximadamente el 95% de los casos. En anormales momentos, cuando la placenta se rompe por primera vez del lado de la unión útero-placenta, se origina el emplazado módulo de Baldlock Duncan. Las contracciones uterinas continúan durante el descenso de la placenta, lo que ayuda a comprimir los vasos sanguíneos terminales del miometrio. Estos vasos sanguíneos terminales pierden su función después del parto, lo que se denomina ligadura de Pinard in vivo en obstetricia (33).

Comienza inmediatamente después de que el feto sale del cuerpo y termina una hora después de que los otros productos del embarazo (placenta y membrana folicular) se descargan por completo. En términos generales, dentro de los 3 a 5 minutos posteriores al parto, las contracciones uterinas reducirán rápidamente el área de inserción de la placenta, haciendo que la placenta comience a caerse. También hay un retro-sangrado cauteloso después de la placenta, que se diseca y

finalmente separa el órgano del endometrio. Al mismo tiempo, las membranas fetales también se desprenden del endometrio, lo que es provocado por la tracción que ejerce el peso de la placenta. La placenta y las membranas fetales caen en el canal del parto, bajo la influencia de las contracciones uterinas y vaginales, la placenta y las membranas fetales avanzan lentamente, lo que determina la descarga al cuerpo. La retracción del miometrio y la mayoría de los cambios fisiológicos y fisiológicos que experimenta el útero durante el embarazo comienzan rápidamente. Esta etapa es la etapa con mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas o infecciosas, por lo que el seguimiento de la madre debe ser muy cuidadoso (40).

D. Parto Vaginal Después de una Cesárea

El parto vaginal después de una cesárea es el final del embarazo teniendo en consideración el precedente de una cesárea anterior en las pacientes y representa cuidados particulares como controles específicos previos al trabajo de parto. Al menos en las últimas tres décadas, se adoptó un método de parto apropiado después de una intervención se determinó por permutas enormes en la práctica obstétrica y las políticas prohibitivas cada vez más discutidas. El parto vaginal después de una cesárea (PVDC) todavía se caracteriza por tener otros contextos de nacimiento, fundamentalmente cuando no hay ninguna indicación médica para elegir la cesárea. La evaluación de los datos emergentes sobre el perfil de riesgo del parto y las cesáreas repetidas ha sido una búsqueda de investigación y debate. Al mismo tiempo, las experiencias

de las mujeres se caracterizan por grandes diferencias en las prácticas de características clínicas, que varían mucho entre regiones y hospitales. Hay diversas maneras para explicar el acrecentamiento de la cesárea, incluso la utilización continua del control de la periodicidad cardíaca del bebé durante el trabajo de alumbramiento, la disminución del entrenamiento del obstetra para el parto vaginal y de nalgas, la elección de métodos de parto para las madres después de una cesárea anterior y las necesidades de las usuarias. incrementar (2).

Las recomendaciones relacionadas con el PVDC se fundan primariamente en la práctica técnicas y la indagación mediante la observación, más que en certeza científica. Estas recomendaciones han cambiado el método y el manejo del PVDC, lo que ha provocado un aumento de las cesáreas repetidas, por lo que la proporción de cesáreas en todo el mundo ha aumentado de forma espectacular. Estas transformaciones se deben primariamente a una serie de puntos financieras y legales, gestantes que previamente habían tenido una cesárea solicitan cesáreas más selectivas y una sucesión de transformaciones en las pautas de los colegios profesionales. El requisito de indicación no obstétrica para la madre y el niño es otra indicación para la cesárea. Se recomienda que los médicos acepten éticamente estas solicitudes, siempre que exista suficiente información para procesar y firmar la aprobación notificado. Por tanto, no solo se ha puesto a manifiesto una serie de conjeturas médicas para ejecutar la cesárea, sino también otras premisas, que dependen de factores sociales y

psicológicos, y todos los sistemas sanitarios han planteado cada vez más dudas al respecto (41).

Se han producido otras condiciones de nacimiento alrededor del PVDC, especialmente cuando se eligió la cesárea sin indicaciones médicas. La evaluación de los datos emergentes sobre el perfil de riesgo del parto y las cesáreas repetidas ha sido objeto de investigación y debate en curso. Al mismo tiempo, las experiencias de las mujeres se caracterizan por grandes diferencias en las prácticas de higiene, que varían mucho entre regiones y hospitales. Las personas están confundidas acerca de las funciones respectivas de la seguridad, las preferencias del personal médico y las mujeres embarazadas, los costos incurridos y su función en el desarrollo de métodos de administración específicos y basados en pruebas. Desde la perspectiva de la atención clínica y las políticas públicas, y de cómo está abordando éticamente un PVDC o una cesárea planificada (42).

E. Consideraciones éticas en el PVDC

Es un gran desafío desarrollar una ética que sea responsable ante la ciencia y la sociedad en torno a las pautas PVDC. Existen desafíos potenciales para el debate más amplio sobre la resolución de disputas históricas en torno a los modelos de entrega. La clave para una atención responsable y de alta calidad para las mujeres que se someten a una cesárea antes del parto no es solo prestar atención a los asuntos de tranquilidad, sino también a las escaseces y particularidades de cada

mujer, así como a los métodos y estructuras institucionales que pueden adoptar las directrices y lo que brindan a estas gestantes. Además, los modelos responsables demandan un cuidado mayor, reconociendo la importancia de las preferencias de las mujeres para determinar cómo dar a luz, y las pautas de desarrollo responsable son para lograr este objetivo (42).

Mujer embarazada

Las decisiones en contra de los deseos de una mujer embarazada pueden tener un impacto negativo en su experiencia reproductiva, su analogía con los expertos de la salud e inclusive su bebé. Es posible que se requiera una cesárea de emergencia durante el parto, que es más riesgosa que una cesárea. Aún ello, así la intervención quirúrgica genere mayor tranquilidad y seguridad cesárea, sigue siendo una incisión abdominal y una forma quirúrgica, que consigue llevar a varias dificultades a corto y largo plazo. También tiene efectos distintos al proceso de gestación, como el crecimiento de la muerte y la necesidad de una nueva cesárea para embarazos posteriores. El parto vaginal genera daños y molestia en el suelo pélvico, pero no se ha confirmado finalmente la relación causal con síntomas clínicamente relevantes. Evitar el dolor después del parto vaginal también se considera un beneficio potencial para la madre, pero también puede mejorar la recuperación posparto con la atención adecuada. Además de los resultados médicos, el principio de

caridad también debe considerar los beneficios no médicos que las mujeres pueden tener (43).

Neonato

La intervención quirúrgica es bastante segura para el producto del embarazo, pero sobrelleva diversos peligros, como problemas respiratorios y hospitalización dilatada. Estos peligros deben tantear frente al evento de un parto normal. Además, una operación quirúrgica de extracción del feto, puede tener un efecto adverso sobre la lactancia porque puede retrasar una cesárea, aunque una vez que se inicia una cesárea, su método no es diferente del método de observación del grupo de parto vaginal. Del mismo modo, en el primer mes después del nacimiento, la duración de la lactancia materna se acorta y el riesgo de interrumpir la lactancia se triplica (43).

Profesionales de la Salud

Actualmente no hay consenso sobre los pros y los contras de los médicos que deben considerarse de manera ética. Si se rechaza la cesárea y el obstetra puede asumir las consecuencias legales, pueden ocurrir complicaciones. En los Estados Unidos, existe una correlación efectiva entre la atención del servicio de salud entre los obstetras y el factor de cesáreas, lo que permite a los obstetras realizar una cesárea por razones médicas. En un estudio realizado en algunos países europeos, muchos obstetras de todos los países excepto los Países Bajos y Suecia se preocuparon por las consecuencias legales a la hora de tomar decisiones.

Por otro lado, la cesárea no está exenta de riesgos, por lo que lo más lógico es que si el resultado es desfavorable puede provocar juicios de mujeres. Finalmente, en algunos países y regiones, los incentivos económicos también pueden ayudar a aumentar la tasa de cesáreas (43).

Sociedad

En el campo de la salud pública, el aumento de la tasa de cesáreas ha atraído la atención de la gente. A pesar de varias contramedidas (como el apoyo al programa educativo del PVDC), la elección de una cesárea puede exacerbar esta tendencia. En particular, la primera cesárea puede ser una guía sólida para las cesáreas posteriores, es decir, el regreso a la cesárea. Regla tradicional: "La cesárea es siempre una cesárea". Otros creen que esto puede hacer que los obstetras y las parteras pierdan su conocimiento sobre el manejo del parto vaginal (43)

F. Requisitos para intentar un PVDC

Servicios de salud y propio

La eventualidad de practicar una cesárea es un requisito previo para probar el PVDC en gestantes con distintos tipos de cirugía uterina previa. Las sociedades nacionales e internacionales de obstetricia y ginecología han distinguido que el PVDC solo debe ejecutarse en infraestructuras donde los recursos suficientes incluido el equipo y el personal estén disponibles de inmediato. Estos recursos personales y materiales contienen anesthesiólogos, enfermeras, ginecólogos, parteras,

con las condiciones necesarias para una ventajosa reanimación al recién nacido, cuando dichos recursos no están disponibles de inmediato, una opción antes del alumbramiento es mandarlos a otra clínica con los recursos apropiados para lograr superiores resultados. Solo después de una escrupulosa consideración y consulta con las mujeres y el personal médico apropiado se debe tomar la certeza de planificar un PVDC que escasea de recursos prontamente aprovechables (3).

Monitorización Intraparto

Teniendo en cuenta el riesgo de rotura uterina en el PVDC, las generalidades de los expertos encargan el control continuo del movimiento del útero y la periodicidad cardíaca del feto durante el alumbramiento. No existen datos que manifiesten que el uso de un electrocardiógrafo externo sea mejor que un control interno. La presión intrauterina debe controlarse porque es un procedimiento perceptivo para el análisis prematuro de la ruptura uterina (3).

Anestesia y Analgesia

La analgesia epidural se puede manejar para suministrar un paliativo apropiado del dolor durante el proceso de alumbramiento. La analgesia epidural manifiesta los símbolos y sintomatologías afines con la rotura uterina y no está excluida en el PVDC. De hecho, en balance con las gestantes que no toman esta analgesia, la analgesia epidural y el PVDC tienen una mayor tasa de éxito. La analgesia epidural puede

acrecentar el peligro de dilatación de manera no oportuna en la segunda etapa y, por ello, aumentar el tiempo del alumbramiento normal (3).

Exploraciones Uterinas Durante el Parto

Muchos galenos recomiendan un examen uterino de tradición luego de un PVDC exitoso para valorar la magnitud de la cicatriz uterina que le realizaron en la cesárea anterior, otros solo realizan el examen en indicaciones obstétricas estándar como retención placentaria o sangrado mayor. No existe información sobre la importancia de los análisis de uso común para determinar la abertura uterina cuando no hay síntomas o si necesita un resarcimiento. Dos tercios de las gestantes no recibieron una exploración uterina de rutina después del alumbramiento normal por la vagina en pacientes que tuvieron una cesárea (3).

G. Motivos de elección materna

Parto Vaginal:

Los motivos por los que las gestantes deciden dar a luz incluyen

- Recuperación mejor y más rápida, y el nivel de dolor posterior es mucho más bajo que la cesárea.
- El alumbramiento normal por la vagina es de menor riesgo tanto para la madre como para el recién nacido.
- El alumbramiento normal es un proceso con mayor simplicidad y puede generar mayor seguridad.

- Evitar los cortes en el útero que puedan afectar el embarazo futuro.

En general, las madres que optan por el alumbramiento por la vagina lo realizan por su "normalidad", el pronto período de recuperación y el sentido de realización que se origina tras el alumbramiento por la vagina, emociones que no se originan tras una cesárea (44).

Cesárea

Los motivos por las que las gestantes eligen la cesárea incluyen

- La conveniencia de la planificación familiar.
- Preocuparse por el dolor, el proceso y las complicaciones del parto.
- Mala experiencia de generaciones anteriores.
- Considerar el daño del parto vaginal al feto.
- Evitar lesiones en el piso pélvico para evitar la incontinencia urinaria y / o incontinencia fecal durante el parto vaginal.
- Deferencia que la intervención es una técnica más simple, corta y segura.

La generalidad de las gestantes que toman la decisión por una cesárea electiva tienen un riesgo de PVDC, principalmente por el temor de que la cesárea anterior provoque la rotura de la cicatriz. De manera similar, estas madres estuvieron firmemente de acuerdo con la decisión de la cesárea incluso antes de quedar embarazadas y no estaban dispuestas a aceptar más información o discusión sobre los riesgos de la cesárea. Muchas madres que optan por la cesárea sienten firmemente que

sus cuerpos no pueden dar a luz de forma natural, y esto es un factor determinante de su elección (44).

H. Riesgos y Beneficios de un PVDC

En muchos países, el parto vaginal después de una cesárea como antecedente se considera un plan con riesgo, y las características efectivas del alumbramiento por la vagina los refieren primariamente las gestantes y el sistema de salud. Existe una amplia necesidad de información para poder tomar la decisión de iniciar un trabajo de parto con las particularidades de tener un antecedente de parto vaginal. Estos efectos están conexos con utilizar métodos de riesgo para brindar atención materna. Se considera la particularidad de cada individuo ya que el porcentaje de riesgo dependerá de factores individuales (45).

Las mujeres son plenamente conscientes de los peligros que representan como la rotura uterina y las posibilidades de efectos adversos, como el fallecimiento del feto, la gestante o ambos, el peligro que origina una nueva cesárea, las mujeres son plenamente conscientes de los riesgos potenciales, pero es posible que no siempre sean precisos y, lo que es más importante, no están informadas de los beneficios del parto vaginal (45).

Las conclusiones de diferentes investigaciones muestran que, el alumbramiento por la vagina tiene diversas consecuencias positivas que son mencionados por las mujeres. Las mujeres creen que el parto vaginal es una buena experiencia para el recién nacido y para ellas mismas.

Además, experimentan la asociación entre la madre y su hijo después del nacimiento. Se exhorta que el alumbramiento por la vagina sea la principal práctica para la colectividad de las gestantes. En cotejo con las cesáreas repetidas, la tasa de mortalidad materna es menor y la incidencia general de madres y bebés es menor. Concurren escasas investigaciones sobre la práctica de las gestantes que prueban el PVDC (45).

A medida que la tasa de partos por cesárea sigue aumentando y las investigaciones fundados en gestantes y expertos de la salud también han incrementado, deben decidir el tipo de alumbramiento para futuros embarazos. Para motivar el PVDC, se precisa más información de distintos países e asociaciones de atención materna. Los expertos de la salud deben facilitar a las pacientes información asentada en la certeza, no solo sobre los peligros, sino también sobre los razones efectivas de éxito del PVDC (3).

La paciente que tiene precedente una intervención quirúrgica afronta a la complicada decisión de elección entre un PVDC o una intervención quirúrgica nuevamente. Se capacitó al servicio médico para apoyar a la paciente a solucionar este problema. La indagación no solo debe ajustarse en los riesgos. El alumbramiento vaginal es la principal elección tanto para la madre como para el recién nacido o feto, y es la opción más segura, físicamente y natural (45).

2.3. Marco Conceptual (de la variables y dimensiones)

- Dilatación. Es la fase inicial de parto tiene como finalidad extender el cuello uterino. Cuando los dolores de trabajo de parto empiezan a suceder con periodicidad de una vez cada 3-15 minutos, perduran 30 segundos o más y acrecientan de fuerza del dolor, se originan las contracciones uterinas (33)
- Edad Gestional. Es el número de días que han pasado desde el primer día del último ciclo menstrual del ciclo conceptual hasta la fecha actual. La edad gestacional se expresa en semanas y días (32).
- Edad Materna. Es la edad de la gestante, representa un factor importante ya que determina la madurez del organismo reproductor de la mujer (23).
- Enfermedad Materna. La etapa gestacional puede inducir enfermedades en el organismo de la paciente debido a sus particularidades clínicas, como la diabetes gestacional, hipertensión y preeclampsia (31)
- Estado Civil. Es la situación de las gestantes relacionada a su contexto familiar existe una asociación entre mujeres que afirman ser "solteras" o "sin pareja" que tienen un impacto negativo en el feto y el recién nacido (24).
- Factores Pronóstico. Los factores pronóstico de las mujeres gestantes con antecedente de cesárea son diversos puesto que se consideran distintas perspectivas con relación al éxito del mismo y las características propias de cada mujer hacen amplifican la diversidad de factores que participan en la etapa de gestación de una mujer previamente cesareada (3).

- Grado de Instrucción. Es el nivel educativo que tiene la paciente gestante, ya que afecta emocionalmente a las gestantes la inestabilidad social y económica provocado por la falta de educación (25).
- Índice de Masa Corporal (IMC). La obesidad durante la etapa de gestación entra en problema con la salud porque aumenta los riesgos de obstetricia y recién nacidos. El sobrepeso de las mujeres en edad fértil se ha duplicado y también ha aumentado el número de embarazadas obesas (28).
- Nivel de ingresos. Es la capacidad económica bruta desde la familia de la gestante, ya que representa un factor importante para determinar las posibilidades de atención de la paciente (26).
- Paridad. Es el número de nacimientos registrados hasta el momento, excluyendo el embarazo actual, y se divide en mujeres embarazadas que no dieron a luz una vez y mujeres embarazadas que dieron a luz dos veces (27).
- Parto por cesárea. Se refiere a los bebés nacidos a través de incisiones quirúrgicas en el abdomen y el útero. Si la mujer ha tenido una cesárea por primera vez, puede ser lo principal cuando la operación se realiza por primera vez o se repite (1).
- Parto vaginal. Parto normal o vaginal, es el proceso fisiológico de la mujer que finaliza el embarazo a término y, dado que el inicio es espontáneo, también puede desarrollarse y terminar sin complicaciones (38).
- Parto vaginal después de la cesárea. El parto vaginal después de una cesárea es el final del embarazo teniendo en consideración el precedente de una

cesárea en las pacientes y representa cuidados particulares como controles específicos previos al trabajo de parto (2)

- Periodo intergenésico. El periodo intergenésico considera al intervalo de tiempo que se posee entre el tiempo del último suceso obstétrico y el comienzo del próximo embarazo (34).
- Procedencia. Lugar de origen de las gestantes se consideran a conglomerados diferenciados en urbano, rural y urbano marginal, cuyas particularidades hacen que las circunstancias de salud cambien (26).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis General

Los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 son demográficos y del embarazo.

3.2. Hipótesis Específicas

- Los factores pronóstico demográficos asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 son la edad, el estado civil y el grado de instrucción.
- Los factores pronóstico del embarazo asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 son: Paridad, índice de masa corporal, enfermedad materna inducida por el embarazo, edad gestacional al momento del ingreso y el período intergenésico óptimo.

3.3. Variables (definición conceptual y operacional)

Factores Pronóstico. Los factores pronóstico de las mujeres gestantes con antecedente de cesárea son diversos puesto que se consideran distintas perspectivas con relación al éxito del mismo y las características propias de cada mujer previamente cesareada (3).

Parto Vaginal Después de una Cesárea. El parto vaginal después de una cesárea es el final del embarazo teniendo en consideración el precedente de una cesárea en las gestantes y requiere cuidados particulares (2).

Tabla 1
Operacionalización de variables

Variable	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Factores Pronósticos	Independiente	Los factores pronóstico de las mujeres gestantes con antecedente de cesárea son diversos puesto que se consideran distintas perspectivas con relación al éxito del mismo y las características propias de cada mujer hacen amplificar la diversidad de factores que participan en la etapa de gestación de una mujer previamente cesareada (3).	Los factores pronósticos van a tener gran diversidad, pues las mujeres gestantes tienen distintas realidades, particularidades con su salud, con su contexto demográfico y su comportamiento clínico previo, durante y después de la etapa gestacional.	Demográficos	Edad	Nominal
					Estado Civil	
					Grado de Instrucción	
					Procedencia	
					Nivel de Ingresos	
				Del Embarazo	Paridad	
					IMC	
					Enfermedad materna inducida por el embarazo	
					Edad gestacional al momento del ingreso	
					Dilatación cervical	
Periodo Intergenésico óptimo						
Parto Vaginal Después de una Cesárea (PVDC)	Dependiente	El parto vaginal después de una cesárea es el final del embarazo teniendo en consideración el precedente de una cesárea previa en las mujeres y representa cuidados particulares como controles específicos previos al trabajo de parto (2).	Existen posibilidades de elección de las mujeres gestante para el trabajo de parto, las mujeres eligen entre un parto vaginal o la cesárea.	Del Parto	Vaginal	Nominal
					Cesárea	

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de Investigación

El método de esta investigación fue el científico consiste en un procedimiento de indagación utilizado primordialmente en la elaboración de saberes en las ciencias. Para ser emplazado como acreditado, un procedimiento de indagación debe asentarse en la práctica y en el cálculo, sujeto a los compendios determinados de las pruebas de conocimiento (46).

El trabajo de investigación formuló como finalidad establecer los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019, para dejar un antecedente a futuras investigaciones, con el mismo perfil o que se valgan de la misma para incrementar el conocimiento del tema.

4.2. Tipo de Investigación

Por su finalidad realizada la investigación utilizó el tipo básica, porque perfecciona el discernimiento y agudeza del entendimiento de los fenómenos sociales, así mismo es el cimiento de toda investigación (47).

La investigación busca establecer los factores pronóstico de un parto vaginal después de una cesárea para la mejor comprensión de este suceso, para ellos se realizó la recopilación de material teórico para fundamentar la tesis.

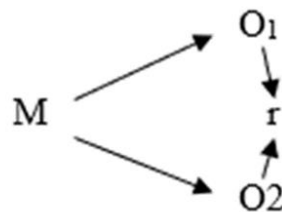
4.3. Nivel de Investigación

La investigación con un nivel correlacional tuvo por objetivo establecer la relación o grado de asociación, para ello se tiene que describir y calcular cada variable por separado, es ventajoso para fijar el proceder de las variables cuando son emparentadas, su característica es medir las variables primero y luego estimar la correlación mediante la aplicación de pruebas de hipótesis relacionadas y técnicas estadísticas (47).

Es por ello que la investigación cuyo objetivo principal fue establecer los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 el nivel fue correlacional, porque se asociará cada uno de los factores con la variable dependiente PVDC.

4.4. Diseño de la Investigación

Para el desarrollo de la presente, se empleará el diseño no experimental transversal post factor. El cual estudia únicamente el o los fenómenos de interés sin manipular las variables involucradas. Cabe destacar que, para este tipo de diseño, se recolectan la información en un periodo determinado de tiempo (47).



Dónde: M es la muestra; O1 es la Observación de la variable Factores Pronóstico; O2 es la Observación de la variable PVDC; y r es el coeficiente de correlación.

4.5. Población y Muestra

Población

La población constituye un conjunto de individuos u cosas de los cuales se necesita la información necesaria para el desarrollo de una investigación (48)

Para la investigación fueron todas las historias clínicas registradas de enero a junio del 2019 de partos con cesárea previa en la el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen que fueron 344 distribuidos como sigue:

MES	TOTAL
Enero	60
Febrero	72
Marzo	50
Abril	45
Mayo	62
Junio	55
TOTAL	344

Fuente: Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen

A la población identificada se le tuvo que filtrar por los criterios de selección que a continuación se mencionan.

Criterios de Inclusión

Historias clínicas registradas de enero a junio del 2019 de partos con cesárea previa en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen

Criterios de Exclusión

Historias clínicas mal rellenos que cuenten con datos incompletos y/o sean ilegibles.

Muestra

La muestra constituye una parte adecuada y representativa de la población, es decir, la muestra reúne las principales características del universo y que guarda relación con las particulares condiciones que se estudian (49).

De acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, en la atención de pacientes con antecedente de cesárea se encontró un total de 200 pacientes y se aplicó la fórmula para marco muestral obteniendo el siguiente tamaño de muestra:

$$n = \frac{NZ^2pq}{e^2(N-1) + Z^2pq}$$

$$n = \frac{344 (1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(344 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = 181.7$$

Obteniendo una muestra de 182 pacientes gestantes de con las características de investigación.

4.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

4.6.1. Técnica

Las técnicas de recolección de datos son aquellos medios a través de los cuales se procedió a la recopilación de la información necesaria de un fenómeno, esto en base a los objetivos planteados para la investigación (50).

Es por ello que para el desarrollo de la tesis se vio por conveniente emplear la revisión documental de historial clínico, Historias clínicas registradas de enero a junio del 2019 de partos con cesárea previa en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen.

4.6.2. Instrumento

El instrumento que encajó mejor para conseguir el objetivo de la investigación es la tabla de registro de datos, ya que es un instrumento para la almacenar, caracterizar y clasificar los datos, por ello es la indicada para el modelo de investigación (50).

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos que fueron recopilados fueron procesados y analizados, según los respectivos objetivos previamente establecidos, con la ayuda y manejos de los programas informáticos “IBM SPSS Statistics 25.0

Se recolectó los datos de las historias clínicas registradas de enero a junio del 2019 de partos con cesárea previa en la el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

4.8. Aspectos éticos de la investigación

Para el trabajo de esta tesis se consideró los procedimientos adecuados y se están siguiendo los principios éticos para iniciar y finalizar los trámites de acuerdo con el reglamento de grado y título de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes. La información, registros y datos que se incluirán en el trabajo de investigación serán confiables y originales. Por ello, para no cometer errores morales, como robar, manipular datos, no citar fuentes bibliográficas, etc., desde la presentación del proyecto hasta la sustentación, considerada fundamentalmente.

Para la realización del presente proyecto se contó con la autorización del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen y con la aprobación del comité institucional de ética de la investigación de la UPLA. El presente estudio en concordancia con los principios de la Ética y deontología médica que rigen toda investigación: principio de Justicia, autonomía, Beneficencia y no maleficencia corresponde a una investigación sin riesgo, pues no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados

5.1.1. Resultados para Parto Vaginal Después de una Cesárea (PVDC)

En esta sección se presenta (ver **Tabla 2**) las frecuencias y porcentajes de las madres que dieron a luz con un antecedentes de cesárea previa.

Tabla 2

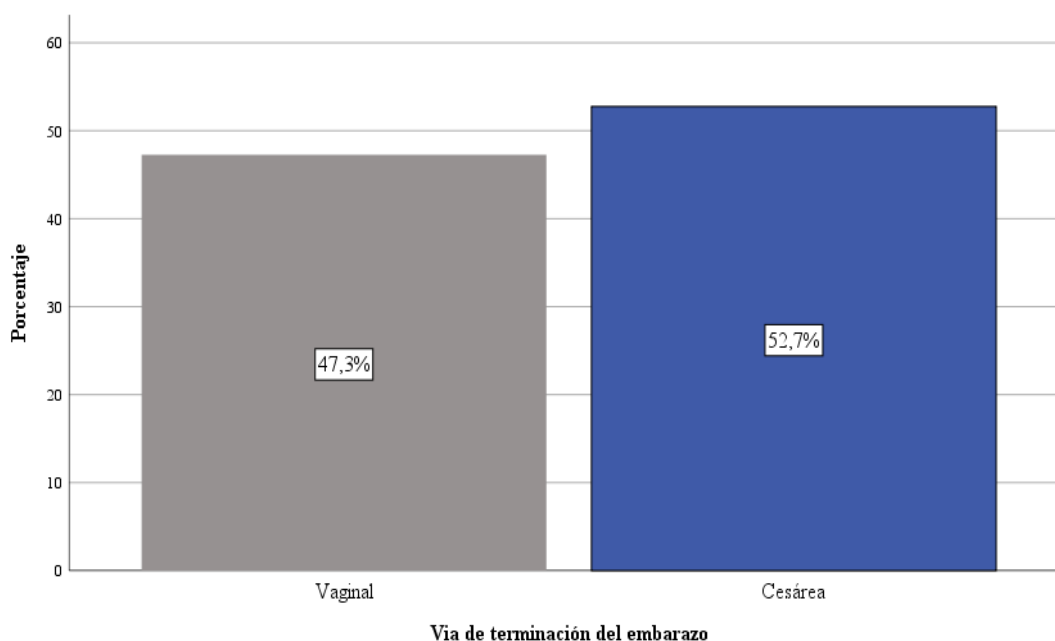
Tipo de parto después de una cesárea

Tipo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Vaginal	86	47.3
Cesárea	96	52.7
Total	182	100.0

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 1

Resultados para tipo de parto después de una cesárea



Los resultados muestran que no existe mucha diferencia porcentual entre los partos por vía vaginal o cesárea en las madres con un parto previo

por cesárea. Esto podría indicar que la vía de terminación del embarazo es independiente de si la madre tuvo o no un parto por cesárea. En tal caso, se infiere que deben ser otros los factores que determinen el tipo de parto de una madre. A continuación, se presentan los resultados para los factores pronósticos demográficos y propios del embarazo, diferenciados por la vía de terminación del embarazo.

5.1.2. Resultados para Factores Pronósticos y vía de terminación del embarazo

A. Demográficos

a. Edad

Tabla 3

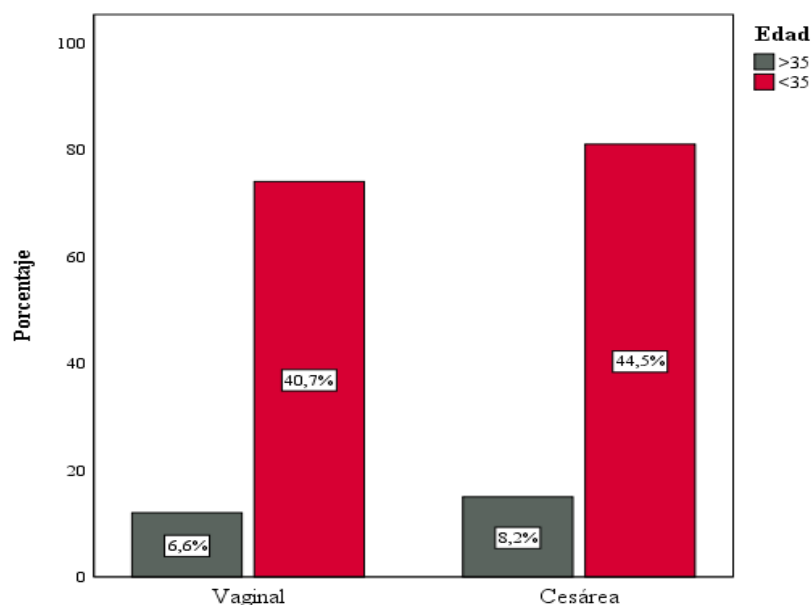
Edad de las mujeres al momento de la gestación y terminación del embarazo.

			Edad		Total
			>35	<35	
Vía de terminación del embarazo	Vaginal	Recuento	12	74	86
		Porcentaje	44.4%	47.7%	47.3%
	Cesárea	Recuento	15	81	96
		Porcentaje	55.6%	52.3%	52.7%
Total		Recuento	27	155	182
		Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 2

Vía de terminación y edad de la gestante



Interpretación:

Las edades de las mujeres al momento de la gestación obtenidos de la ficha técnica se presentan en la **Figura 2**, donde se observa que el 6.6% son mayores de 35 años que terminan la gestación por vía vaginal, y 8.2% son mayores de 35 años que terminan el embarazo por cesárea. Asimismo, se muestra que el 40.7% son menores de 35 años que terminan su embarazo por vía vaginal y el 44.5% son menores de 35 años que terminan el embarazo por vía de cesárea. En ambos casos, la diferencia porcentual no es mucha, para poder definir que la edad es un factor que determine el tipo de parto en mujeres con cesárea previa; sin embargo, esto debe ser evaluado más a fondo con procesos estadísticos más rigurosos. Por otro lado, es de referirse que la edad de la gestante es un factor elemental para un parto, ya que mientras mayor sea la edad, la cesárea es el medio más indicado por la salud de la madre y del recién nacido, al igual que cuando la gestante está en edad adolescente.

b. Estado civil

Tabla 4

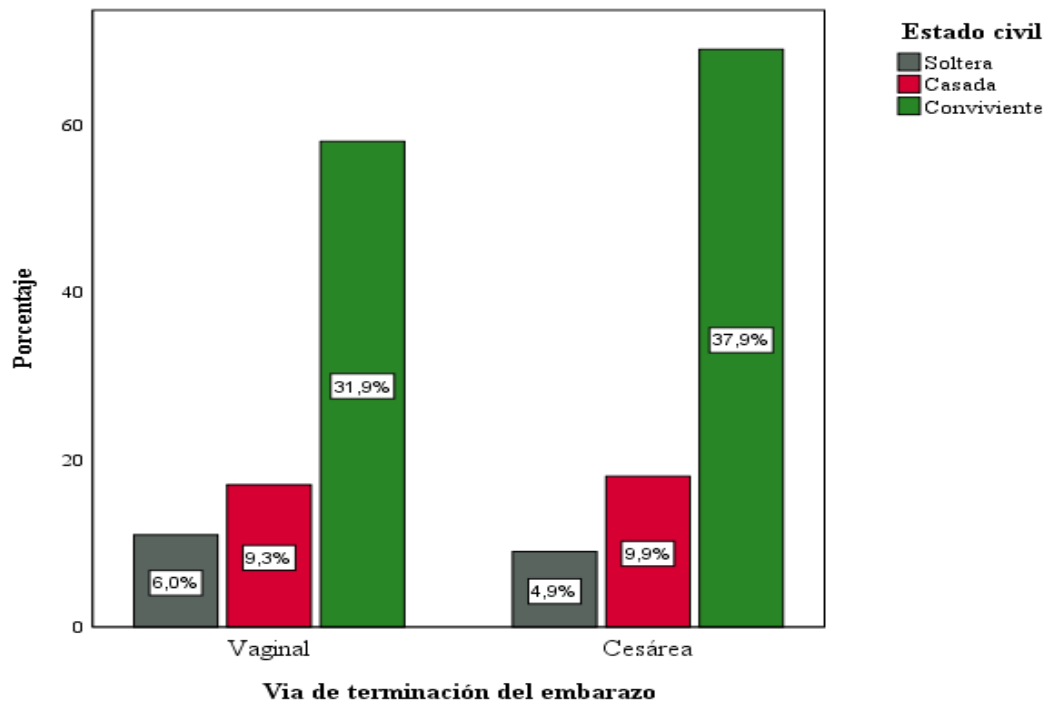
Estado civil de la gestante y terminación del embarazo.

			Estado civil			Total
			Soltera	Casada	Conviviente	
Vía de terminación del embarazo	Vaginal	Recuento	11	17	58	86
		Porcentaje	55.0%	48.6%	45.7%	47.3%
	Cesárea	Recuento	9	18	69	96
		Porcentaje	45.0%	51.4%	54.3%	52.7%
Total		Recuento	20	35	127	182
		Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 3

Vía de terminación y estado civil



Interpretación:

En la **Nota.** Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 3 se muestran los resultados de vía de terminación del embarazo por estado civil; se observa que en su mayoría es conviviente (69.8%). Asimismo, el 37.9% y 31.9% de las madres que conviven terminaron su gestación por cesárea y por vía vaginal respectivamente. Porcentajes similares se obtuvieron para las casadas y solteras. Estos datos muestran que hay ligeras diferencias entre convivientes y casadas para terminar su embarazo por cesárea, mientras que las solteras por vía vaginal; además, y similar al factor edad, es necesario aplicar estadística inferencial y determinar si estas diferencias son significativas.

c. Grado de instrucción

Tabla 5

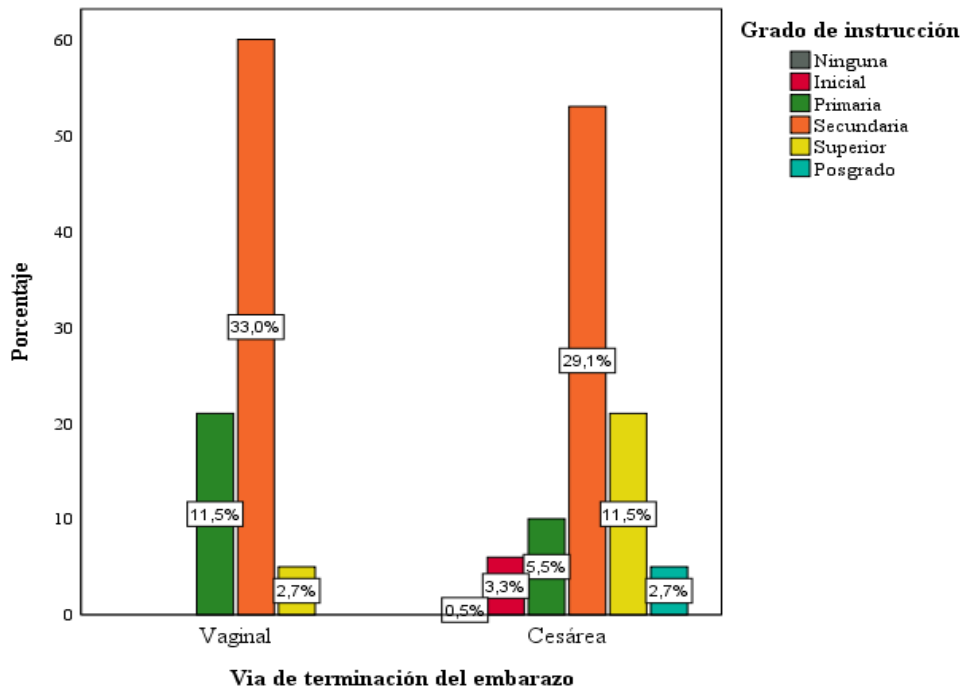
Grado de instrucción al momento de la gestación y terminación del embarazo.

			Grado de instrucción						Total
			Ninguna	Inicial	Prim.	Secun.	Sup.	Posg.	
Vía de terminación del embarazo	Vaginal	Recuento	0	0	21	60	5	0	86
		Porcentaje	0.0	0.0	67.7	53.1	19.2	0.0	47.3
	Cesárea	Recuento	1	6	10	53	21	5	96
		Porcentaje	100.0	100.0	32.3	46.9	80.8	100.0	52.7
Total		Recuento	1	6	31	113	26	5	182
		Porcentaje	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 4

Vía de terminación y grado de instrucción



Interpretación:

Los resultados del grado de instrucción de las madres se muestran en la **Figura 4**, los resultados muestran que las madres sin nivel educativo alguno, terminaron el embarazo por medio de cesárea; asimismo, aquellas que tienen un nivel educativo inicial también terminaron su embarazo por medio de cesárea. Es decir, ninguna madre sin ningún tipo de educación o solo educación inicial tuvieron parto por vía vaginal. Por otro lado, las madres con primaria secundaria y superior terminaron su embarazo por cesárea y vía vaginal (en porcentajes similares); aunque, en el nivel educativo superior existe una ligera diferencia por la cesárea. Y las madres con posgrado solo tuvieron parto por cesárea. Esto último puede estar relacionado con la edad de la madre, como fue mencionado, la edad es un factor de riesgo para parto vaginal, y como las madres con posgrado son las de mayor edad, se puede inferir una relación entre estos factores. En este caso, hay diferencias entre las terminaciones de vía de

parto, diferenciado por el nivel educativo, el cual a su vez se podría relacionar con la edad de las mismas.

d. Procedencia

Tabla 6

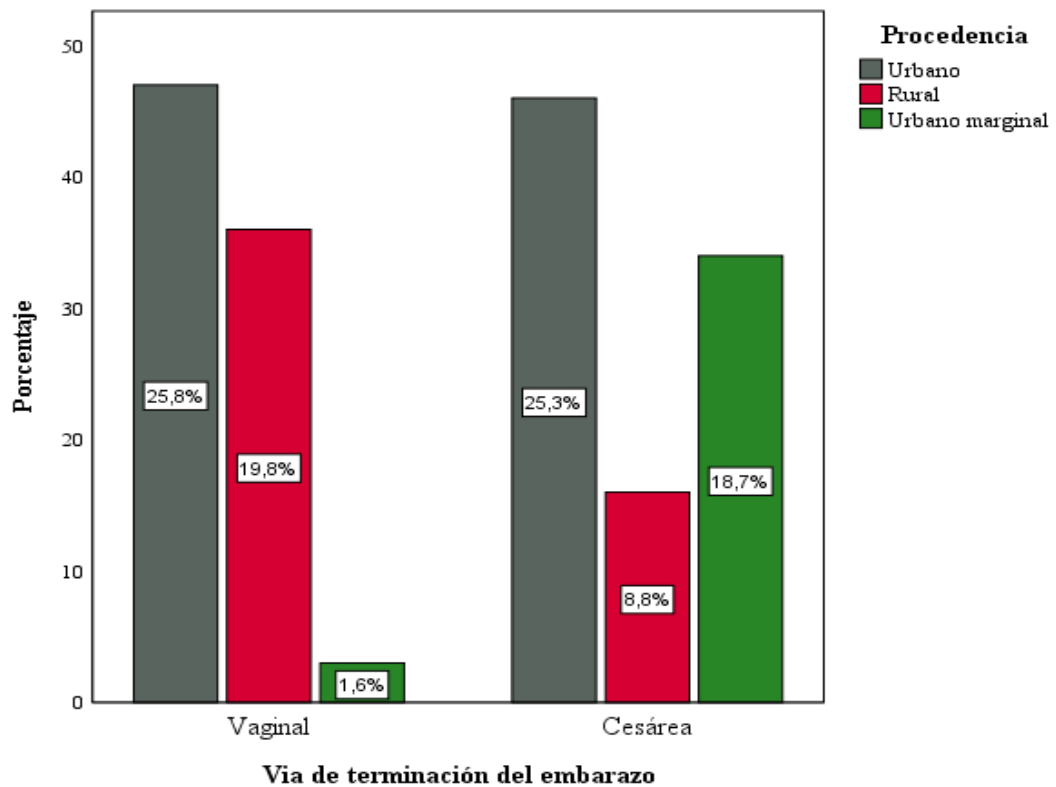
Procedencia de la gestante y terminación del embarazo

		Procedencia			Total	
		Urbano	Rural	Urbano marginal		
Vía de terminación del embarazo	Vaginal	Frecuencia	47	36	3	86
		Porcentaje	50.5%	69.2%	8.1%	47.3%
	Cesárea	Frecuencia	46	16	34	96
		Porcentaje	49.5%	30.8%	91.9%	52.7%
Total		Frecuencia	93	52	37	182
		Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 5

Vía de terminación y procedencia



Interpretación:

Los resultados de la **Nota**. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 5 muestran que las madres procedentes de la zona urbano marginal en su mayoría terminaron su embarazo por medio de cesárea (18.7% > 1.6%), mientras que en la zona rural la mayoría de madres terminaron su embarazo por vía vaginal (19.6% > 8.8%). En cuanto a la zona urbana, no existen grandes diferencias entre la terminación por medio de cesárea o vía vaginal (25.8, 25.3). Es decir, que la procedencia tiene una relación con el tipo de terminación del embarazo, pues se observan tendencias en las zonas urbanas marginales y rurales.

e. Nivel de ingresos

Tabla 7

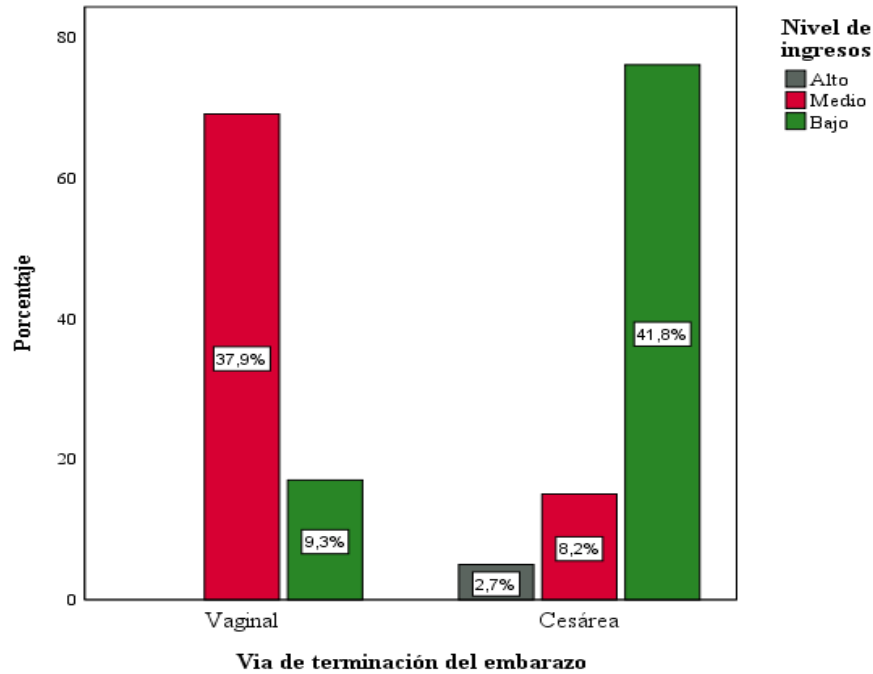
Nivel de ingresos de la gestante y terminación del embarazo

		Nivel de ingresos			Total	
		Alto	Medio	Bajo		
Vía de terminación del embarazo	Vaginal	Frecuencia	0	69	17	86
		Porcentaje	0.0%	82.1%	18.3%	47.3%
	Cesárea	Frecuencia	5	15	76	96
		Porcentaje	100.0%	17.9%	81.7%	52.7%
Total		Frecuencia	5	84	93	182
		Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 6

Vía de terminación y nivel de ingresos



Interpretación:

En la **Tabla 7** se observa que, de los 182 casos clínicos, 93 madres manifestaron tener bajos ingresos, 84 ingresos medios y solo 5 con ingresos altos. Este nivel de ingresos, según la teoría del capital humano, está ligado a los años de escolaridad, que a su vez se relaciona con la edad. Por tal razón, las madres con mayores ingresos, tienen postgrado y son de mayor edad, quienes - según la **Nota**. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 6 – tuvieron solo parto por cesárea (2.7%). Mientras que las madres con ingresos medios predominan en la vía de terminación vaginal (37.9%), y solo el 8.2% tuvo parto por cesárea; en este caso, sí se diferenció el tipo de parto (37.9% > 8.2%). Por otro lado, en los niveles bajos de ingresos en su mayoría terminan el embarazo por medio de la cesárea (41.8% > 9.3%). Los datos, dan una primera inferencia de que los niveles de ingresos tienen un tipo de asociación con el tipo de terminación del embarazo.

B. Del embarazo

a. Paridad

Tabla 8

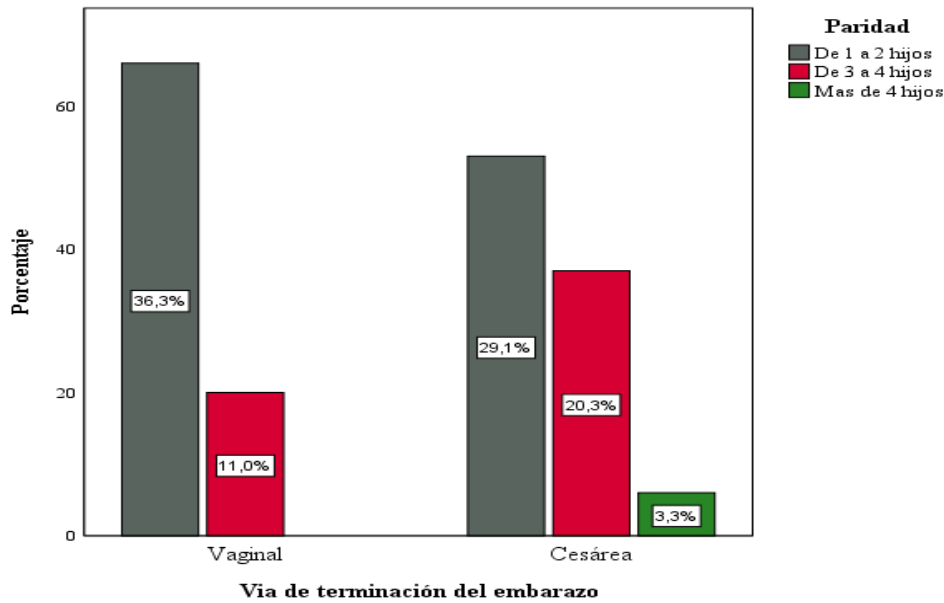
Paridad y terminación del embarazo

		Paridad			Total	
		De 1 a 2 hijos	De 3 a 4 hijos	Más de 4 hijos		
Vía de terminación del embarazo	Vaginal	Frecuencia	66	20	0	86
		Porcentaje	55.5%	35.1%	0.0%	47.3%
	Cesárea	Frecuencia	53	37	6	96
		Porcentaje	44.5%	64.9%	100.0%	52.7%
Total		Frecuencia	119	57	6	182
		Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 7

Vía de terminación y paridad



Interpretación:

En la **Tabla 8** se observa que 119, de 182, de las madres tienen de 1 a 2 hijos, mientras que 57 tienen de 3 a 4 hijos, y solo 6 más de 4 hijos. Este es sumamente importante, ya que las madres con un parto previo vaginal tienen más probabilidades de tener nuevamente una vía de terminación vaginal. Sin embargo, al existir otros factores como el número de hijos, la edad de las madres, la edad gestacional y otros; la vía puede cambiar a cesárea. Esto se refleja en los resultados de la **Figura 7** Vía de terminación y paridad mostrando que aquellas madres que tienen más de 4 hijos terminaron su embarazo solo por medio de cesárea, para aquellas con una paridad de 3 a 4 hijos también en su mayoría terminan el embarazo por vía de cesárea (20.3% > 11.0%), aquellas madres con una paridad de 1 a 2 hijos en su mayoría terminan el embarazo por vía vaginal (36.3% > 29.1%). De estos resultados, se puede inferir que la paridad tiene una relación con el tipo de terminación del embarazo.

b. Índice de masa corporal

Tabla 9

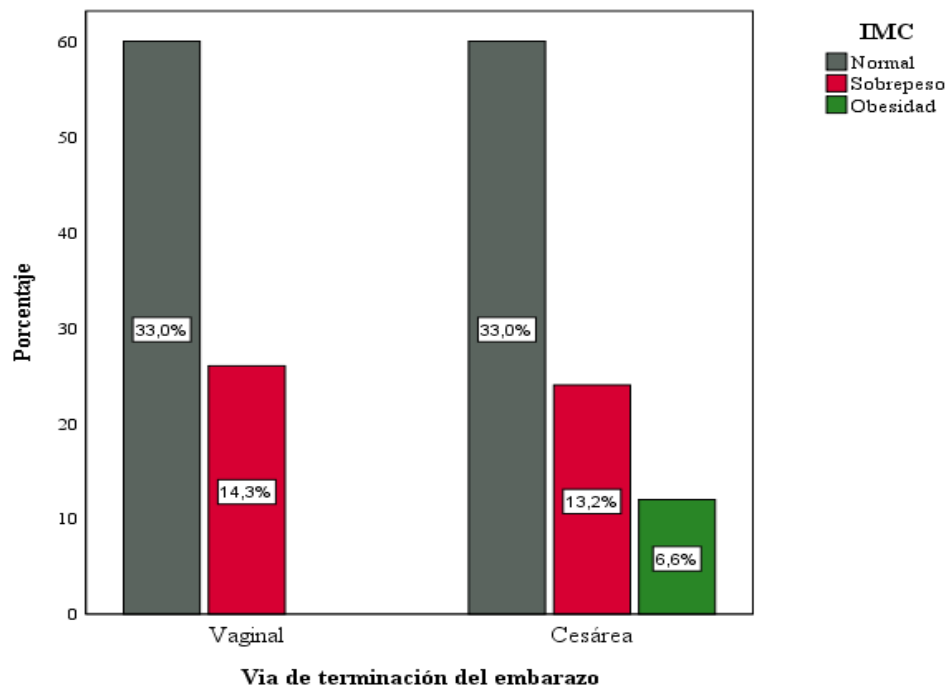
Índice de masa corporal y terminación del embarazo

			IMC			Total
			Normal	Sobrepeso	Obesidad	
Via de terminación del embarazo	Vaginal	Frecuencia	60	26	0	86
		Porcentaje	50.0%	52.0%	0.0%	47.3%
	Cesárea	Frecuencia	60	24	12	96
		Porcentaje	50.0%	48.0%	100.0%	52.7%
Total		Frecuencia	120	50	12	182
		Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 8

Vía de terminación e índice de masa corporal



Interpretación:

De los 182 casos estudiados, 120 madres con cesárea previa presentan un IMC normal, 50 de ellas fueron calificadas con sobrepeso y solo 12 con obesidad. De acuerdo con la teoría, las mujeres embarazadas con un IMC más alto, tienen mayores complicaciones obstétricas, ya que sus embarazos se prolongan cronológicamente, aumentando la probabilidad de tener parto por cesárea. Lo mencionado puede estar representado con los datos de la **Nota**. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 8. En ella se observa que las madres con obesidad solo tuvieron parto por cesárea, esto por las consideraciones médicas para la decisión de terminación de embarazo mediante un diagnóstico y riesgos existentes tanto para las madres, como para el recién nacido. Mientras que aquellas madres con un IMC normal y con sobrepeso no presentaron mayores diferencias porcentuales.

c. Enfermedad materna por embarazo

Tabla 10

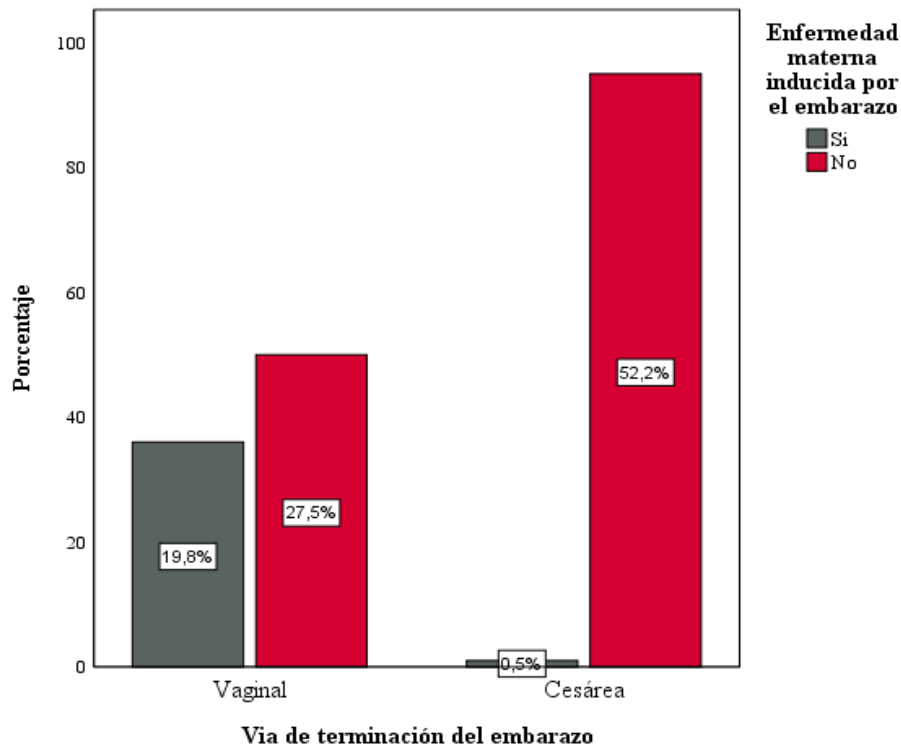
Enfermedad materna inducida por el embarazo y terminación del embarazo

			Enfermedad materna inducida por el embarazo		Total
			Si	No	
Vía de terminación del embarazo	Vaginal	Frecuencia	36	50	86
		Porcentaje	97.3%	34.5%	47.3%
	Cesárea	Frecuencia	1	95	96
		Porcentaje	2.7%	65.5%	52.7%
Total		Frecuencia	37	145	182
		Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 9

Vía de terminación y enfermedad materna inducida por embarazo



Interpretación:

Se observa que 8 de cada 10 de las gestantes estudiadas no presentaron alguna enfermedad relacionada con el embarazo. De las cuales, cuando no se tienen enfermedades inducidas por el embarazo la terminación por el embarazo en su mayoría se realiza por medio de cesárea (52.2% > 27.5%), en opuesto aquellas madres que presentaron enfermedades inducidas por el embarazo terminan la gestación por vía vaginal. Este resultado puede deberse a otros factores intervinientes de las propias madres, como su edad, el número de hijos, edad gestacional, etc. De lo hallado se puede observar ciertas diferencias entre la vía de terminación del embarazo y la presencia de enfermedad inducida por la gestación.

d. Edad gestacional

Tabla 11

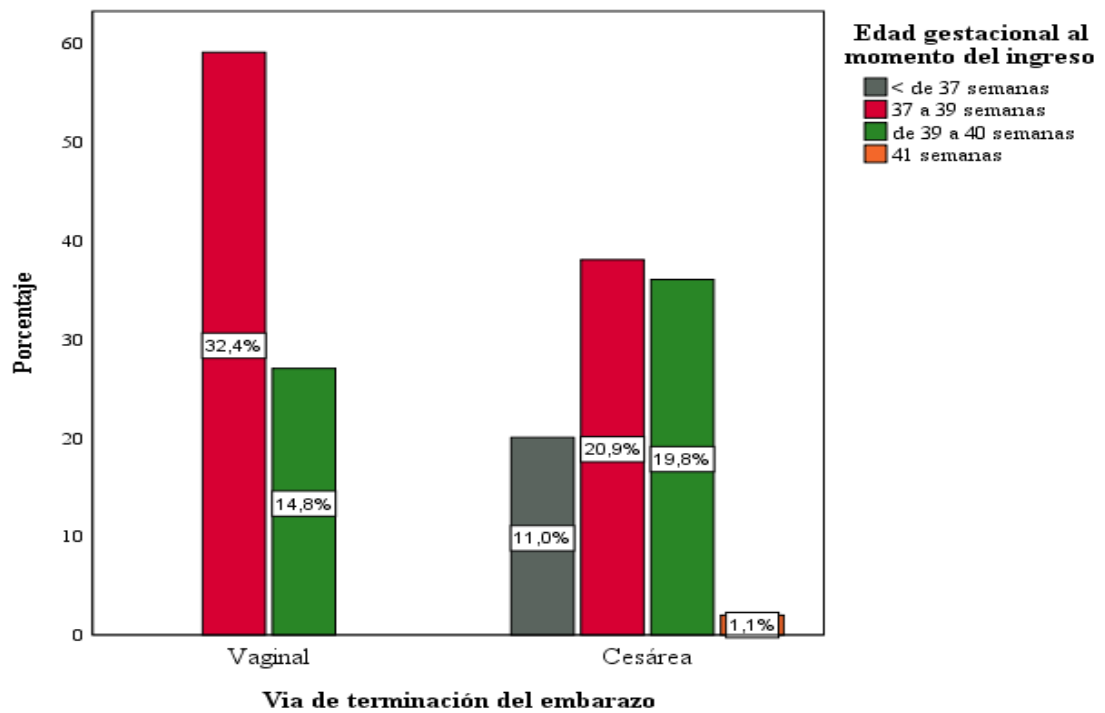
Edad gestacional al momento del ingreso y terminación del embarazo

		Edad gestacional al momento del ingreso				Total	
		< de 37 semanas	37 a 39 semanas	de 39 a 40 semanas	41 semanas		
Vía de terminación del embarazo	Vaginal	Frecuencia	0	59	27	0	86
		Porcentaje	0.0%	60.8%	42.9%	0.0%	47.3%
	Cesárea	Frecuencia	20	38	36	2	96
		Porcentaje	100.0%	39.2%	57.1%	100.0%	52.7%
Total		Frecuencia	20	97	63	2	182
		Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100,0 %

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 10

Vía de terminación y edad gestacional al momento del ingreso



Interpretación:

La edad gestacional es un factor que incide en el parto vaginal, ya sea por parto prematuro o por parto tardío, el obstetra decide que la vía de terminación es por cesárea, a fin de proteger a la madre y al recién nacido. Esto se muestra en los datos hallados, en la **Nota**. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 10, se observa que cuando la edad gestacional es menor a 37 semanas, se termina el embarazo por medio de cesárea; asimismo, cuando la edad gestacional es mayor a 41 semanas la terminación del embarazo fue por el mismo medio. En cuanto a el tiempo gestacional de 37 a 39 semanas (que representa el tiempo promedio de gestación humana), la mayoría de la terminación es vaginal (32.4% > 20.9%) y de 39 a 40 semanas, la mayoría termino el embarazo por medio cesárea (19.8% > 14.8%). Lo hallado indica que la edad gestacional tiene una relación con la vía de terminación de embarazo.

e. Dilatación cervical

Tabla 12

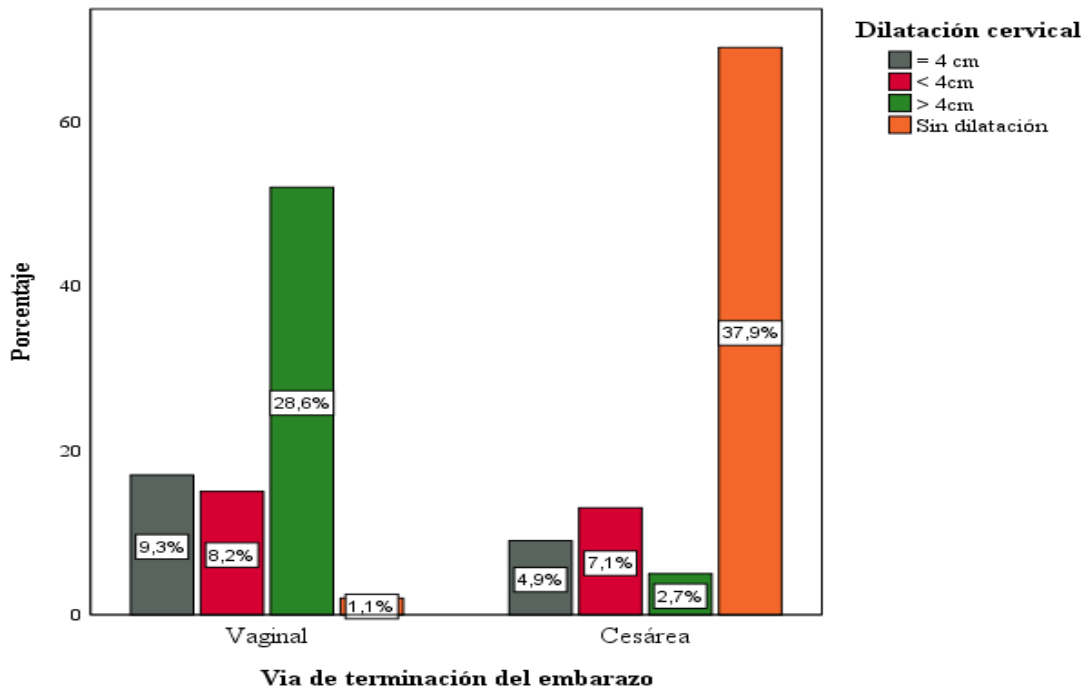
Dilatación cervical y terminación del embarazo

		Dilatación cervical				
		= 4 cm	< 4cm	> 4cm	Sin dilatación	
Via de terminación del embarazo	Vaginal	Frecuencia	17	15	52	2
		Porcentaje	65.4%	53.6%	91.2%	2.8%
	Cesárea	Frecuencia	9	13	5	69
		Porcentaje	34.6%	46.4%	8.8%	97.2%
Total		Frecuencia	26	28	57	71
		Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 11

Vía de terminación y dilatación cervical



Interpretación:

Los resultados en cuanto a la dilatación cervical y vía de terminación se muestran en la **Nota**. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 11, se observa que cuando la dilatación cervical es mayor a 4 cm (una dilatación adecuada) la terminación del embarazo es vaginal en su mayoría (28.6% > 2.7%); por otro lado, cuando no existe dilatación la terminación es por medio de cesárea (37.9% > 1.1%). Cuando la dilatación cervical es igual a 4 cm en su mayoría se termina por vía vaginal (9.3% > 4.9%). Se podría decir que la dilatación cervical tiene relación con la vía de terminación del embarazo. De estos resultados, se demuestra que una buena dilatación es un factor clave para el parto vaginal; sin embargo, cuando no hay dilatación, el gran número de obstetras sugiere programarse una cesárea; caso

contrario, no se debería realizar antes de una edad gestacional de 39 semanas, con datación confiable.

f. Periodo intergenésico

Tabla 13

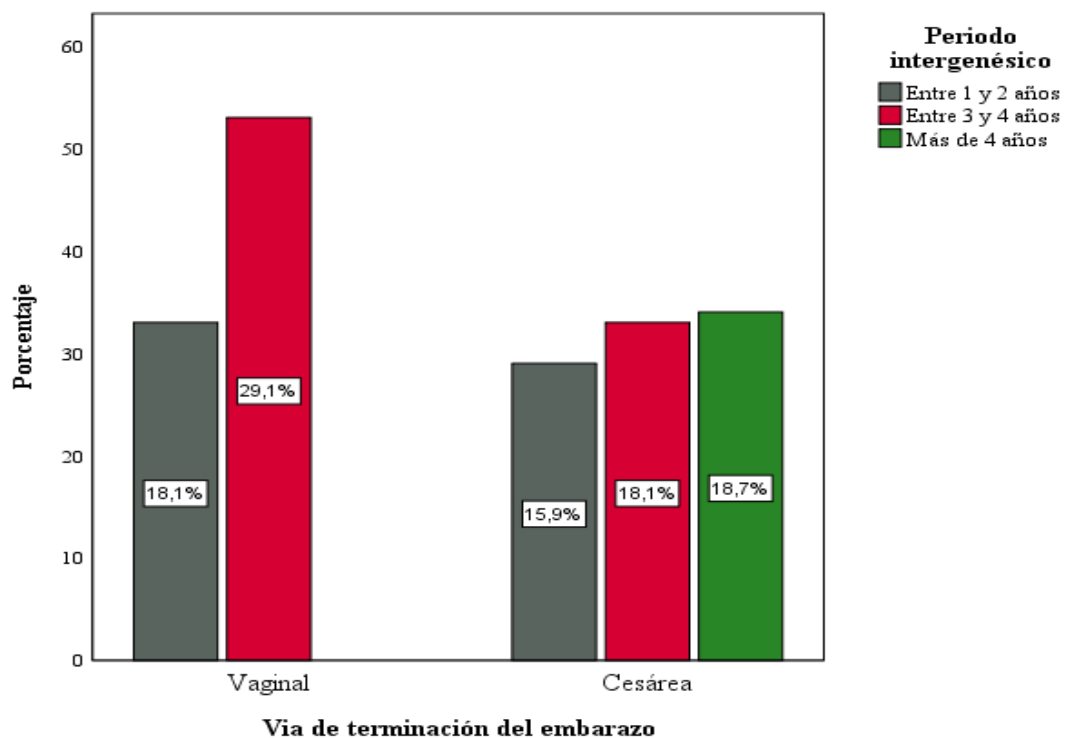
Periodo intergenésico y terminación del embarazo

			Periodo intergenésico			Total
			Entre 1 y 2 años	Entre 3 y 4 años	Más de 4 años	
Vía de terminación del embarazo	Vaginal	Frecuencia	33	53	0	86
		Porcentaje	53.2%	61.6%	0.0%	4.3%
	Cesárea	Frecuencia	29	33	34	96
		Porcentaje	46.8%	38.4%	100.0%	52.7%
Total		Frecuencia	62	86	34	182
		Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 12

Vía de terminación y periodo intergenésico



Interpretación:

Los resultados para periodo intergenésico y la vía de terminación, que se presentan en la **Nota**. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

Figura 12, indicó que cuando el periodo intergenésico es mayor a 4 años la terminación del embarazo se da por medio de cesárea (18.7%). Cuando el periodo intergenésico es entre 3 y 4 años, en su mayoría es por vía vaginal (29.1% > 18.1%); asimismo, cuando el periodo intergenésico es entre 1 y 2 años no se existen grandes diferencias entre la vía de terminación (18.1% y 15.9%). Por el cual, se podría decir que el periodo intergenésico con la vía de terminación presentan un tipo de asociación.

5.2. Contrastación de hipótesis

Para el contraste de las hipótesis se empleó el coeficiente de correlación Chi Cuadrado con un nivel de significancia del 0.05. La cual permitió establecer relaciones entre las variables de estudio. El test de chi – cuadrada permite reconocer la asociación de dos variables categóricas, ya sean polinómicas o dicotómicas. En el presente caso, se optó por utilizar el test, ya que los factores demográficos y de embarazo son variables categóricas.

5.2.1. Contraste de la Hipótesis General

En el estudio se planteó como hipótesis general: Los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 son demográficos y del embarazo.

i. Hipótesis estadísticas:

H_0 : No existe una dependencia entre los factores demográficos y de embarazo con la vía de terminación del embarazo.

H_1 : Existe una dependencia entre los factores demográficos y de embarazo con la vía de terminación del embarazo.

ii. Nivel de riesgo: Alfa igual a 0.05

iii. Regla de decisión: Si la significancia es mayor al nivel de riesgo se acepta la hipótesis nula; contrario. se acepta la alterna.

iv. Prueba de contraste y análisis:

Tabla 14

Prueba Chi Cuadrado para los factores asociados a la terminación del embarazo

Factor	Valor	Significancia
Edad	39.28	0.02
Estado civil	0.63	0.73
Grado de instrucción	25.71	0.00
Procedencia	33.23	0.00
Nivel de ingresos	76.82	0.00
Paridad	11.98	0.00
Índice de masa corporal	11.57	0.00
Enfermedad materna inducida por el embarazo	46.66	0.00
Edad de gestación	27.37	0.00
Dilatación cervical	104.35	0.00
Periodo intergenésico	38.48	0.00

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

v. Análisis.

Al aplicar la prueba se evidenció que el nivel de significancia de 0.00 para los factores de grado de instrucción, procedencia, nivel de ingresos, paridad, índice de masa corporal, enfermedad materna inducida por el

embarazo, edad de gestación, dilatación cervical y periodo intergenésico; asimismo se observa que para la edad tuvo un nivel de significancia de 0.02. En estos 10 factores se determina que hay una relación de dependencia con la vía de terminación del embarazo; ya que el nivel de riesgo 0.05 es mayor a los niveles de significancia hallados; por lo cual, se acepta la H; es decir, existe una dependencia entre los factores demográficos y de embarazo con la vía de terminación del embarazo. Por otro lado, para el factor estado civil, su nivel de significancia fue de 0.73 evidenciando que este no se asocia con la vía de terminación de parto.

vi. Conclusión estadística:

Del procesamiento se concluye que los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 son demográficos y del embarazo; a excepción del factor estado civil.

5.2.2. Contraste de la Primera Hipótesis Específica

La primera hipótesis específica menciona: Los factores pronóstico demográficos asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019, son la edad, el estado civil y el grado de instrucción.

i. Hipótesis estadísticas:

H_0 : No existe dependencia entre los factores demográficos; edad, estado civil y grado de instrucción con la vía de terminación del embarazo.

H_1 : Existe una dependencia entre los factores demográficos; edad, estado civil y grado de instrucción con la vía de terminación del embarazo.

- ii. Nivel de riesgo: Alfa igual a 0.05
- iii. Regla de decisión: Si la significancia es mayor al nivel de riesgo se acepta la hipótesis nula; contrario. se acepta la alterna.
- iv. Prueba de contraste y análisis:

Tabla 15

Prueba Chi Cuadrado para los factores demográficos y la terminación del embarazo

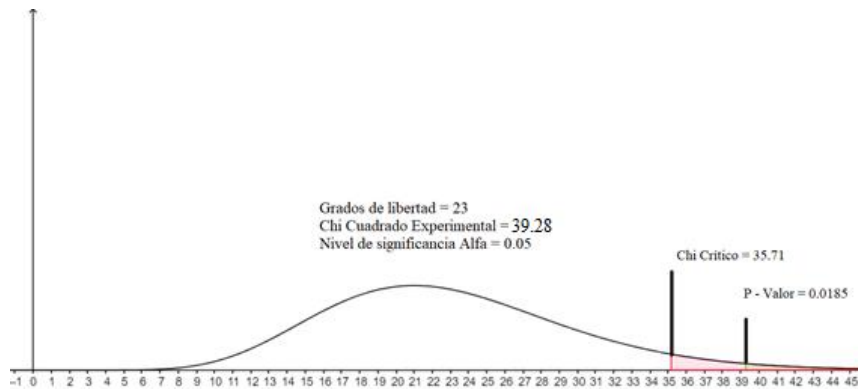
Factor	Valor	Significancia
Edad	39.28	0.02
Estado civil	0.63	0.73
Grado de instrucción	25.71	0.00

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

- v. Gráficos.

Figura 13

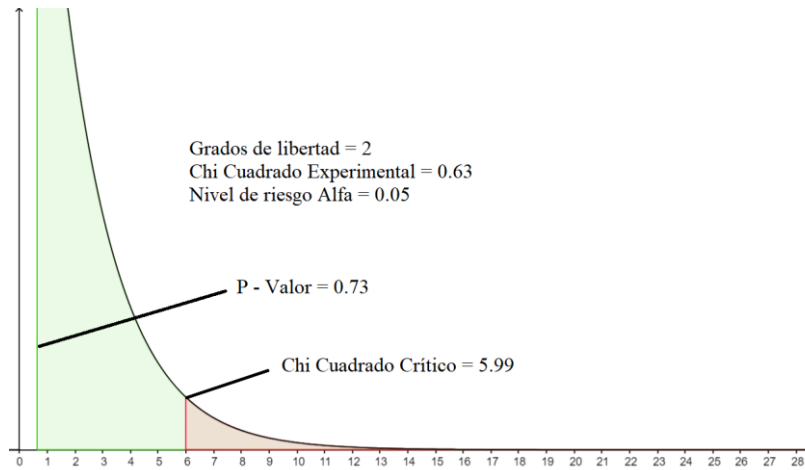
Chi Cuadrado y p – valor de la asociación entre edad y terminación de embarazo



El nivel de chi cuadrado crítico con los grados de libertad y nivel de significancia tuvo un valor de 35.71, el cual es menor al valor del chi cuadrado experimental igual a 39.28. Por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Asimismo, el p-valor fue de 0.0185 inferior al nivel de riesgo 0.05.

Figura 14

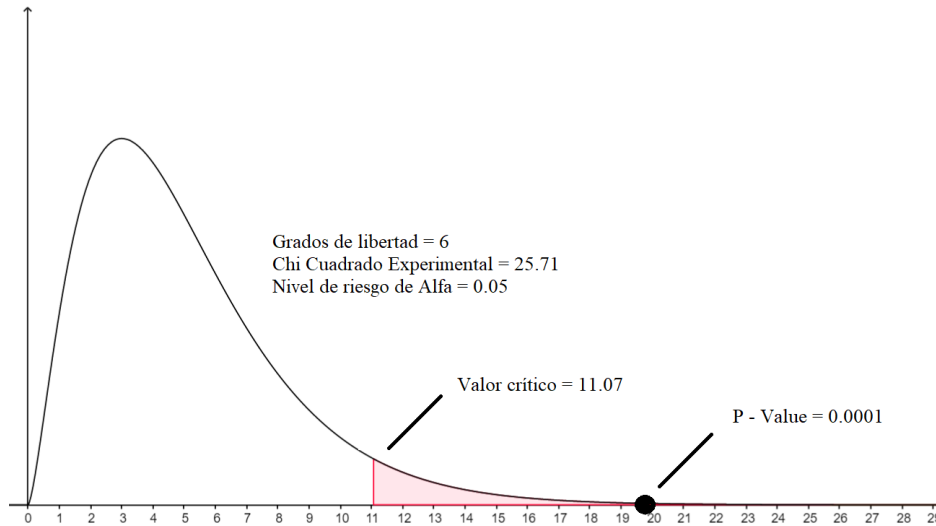
Chi Cuadrado y p-valor de la asociación entre estado civil y terminación de embarazo



El valor del chi cuadrado crítico con los grados de libertad y nivel de significancia fue de 5.99, el cual es mayor al valor del experimental igual a 0.63. Por lo cual, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. También se comprueba en el p-valor, al ser mayor (0.73) que el alfa de riesgo (0.05). Esto quiere decir que, al aceptar una asociación entre estado civil y vía de terminación del embarazo, se tendría un 73% de probabilidades de cometer un error. Por lo cual, la asociación queda descartada.

Figura 15

Chi Cuadrado y p-valor de la relación grado de instrucción y terminación de embarazo



El nivel de chi cuadrado crítico con los grados de libertad y nivel de significancia tuvo un valor de 11.07 el cual es menor al valor del chi cuadrado experimental igual a 25.71. Además, el p-valor fue de $0.001 < 0.05$; por lo cual se acepta la hipótesis del investigador.

vi. Análisis.

Al aplicar la prueba se evidenció que el nivel de significancia fue de 0.00 para el grado de instrucción, y para la edad fue de 0.02, en ambos casos fueron menores al alfa de riesgo 0.05. Mientras que, para el estado civil, el p-valor fue de $0.73 > 0.05$. de este se infiere que la vía de terminación del embarazo depende del factor edad y grado de instrucción; pero no está asociado con el estado civil de la gestante.

vii. Conclusión estadística:

Del procesamiento se concluye que, los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 son demográficos, principalmente en edad y grado de instrucción; mientras que el estado civil no es un factor de dependencia.

5.2.3. Contraste de la Segunda Hipótesis Específica

El estudio se planteó como segunda hipótesis específica: Los factores del embarazo asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 paridad, índice de masa corporal, enfermedad materna inducida por el embarazo, edad gestacional al momento del ingreso y el período intergenésico óptimo.

i. Hipótesis estadísticas:

H_0 : No existe una dependencia entre los factores asociados al embarazo con la vía de terminación del embarazo.

H_1 : Existe una dependencia entre los factores asociados al embarazo con la vía de terminación del embarazo.

ii. Nivel de riesgo: 0.05

iii. Regla de decisión: Si la significancia es mayor al nivel de riesgo se rechaza la hipótesis alterna.

iv. Prueba de contraste y análisis:

Tabla 16

Prueba Chi Cuadrado para los factores del embarazo y la terminación del embarazo

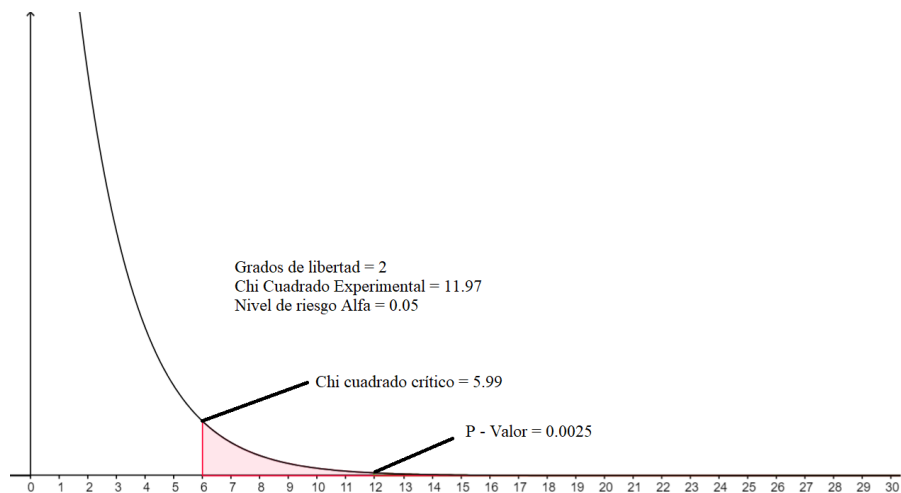
Factor	Valor	Significancia
Paridad	11.98	0.00
Índice de masa corporal	11.57	0.00
Enfermedad materna inducida por el embarazo	46.66	0.00
Edad de gestación	27.37	0.00
Dilatación cervical	104.35	0.00
Periodo intergenésico	38.48	0.00

Nota. Valores logrados con el procesamiento de los datos provenientes del instrumento.

v. Figuras.

Figura 16

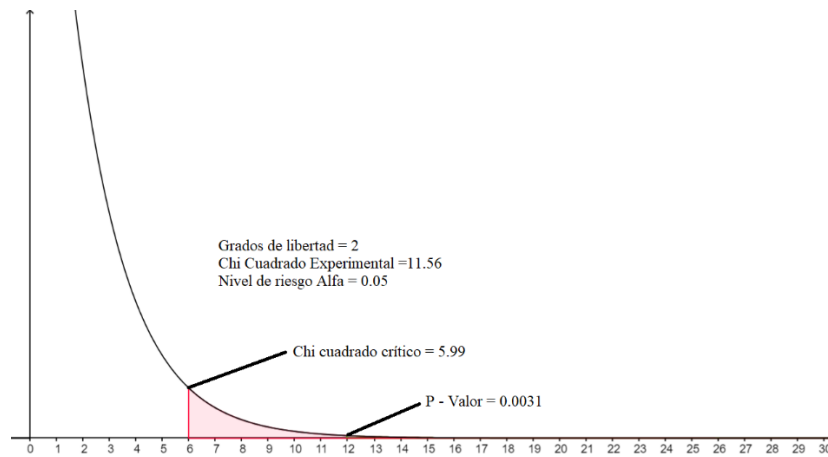
Chi Cuadrado y P – Valor de la relación entre paridad y terminación de embarazo



El nivel de chi cuadrado crítico tuvo un valor de 5.99 el cual es menor al valor del chi cuadrado experimental igual a 11.97, por tanto, se rechaza la hipótesis nula.

Figura 17

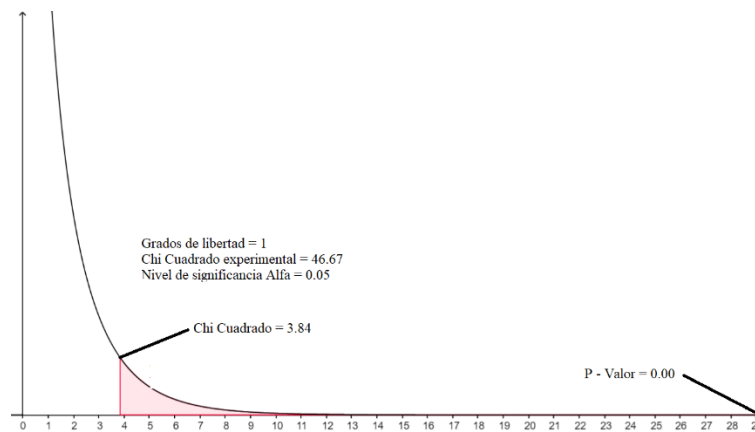
Chi Cuadrado y P – Valor de la relación entre IMC y terminación de embarazo



El valor de chi cuadrado crítico fue de 5.99, y al ser menor al valor del chi cuadrado experimental igual a 11.56, se acepta la hipótesis alterna.

Figura 18

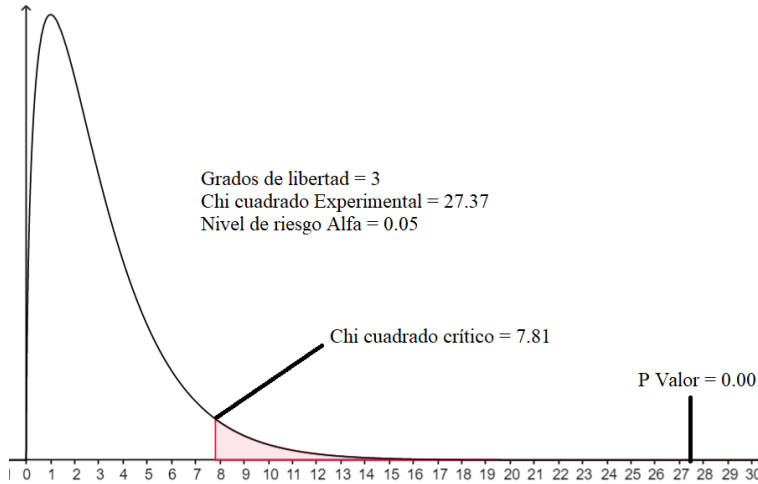
Chi Cuadrado y P – Valor de la relación entre enfermedad materna inducida por el embarazo y terminación de embarazo



El nivel de chi cuadrado crítico con los grados de libertad y nivel de significancia tuvo un valor de 3.84, el cual es menor al valor del chi cuadrado experimental igual a 46.67; entonces, se acepta la hipótesis alterna.

Figura 19

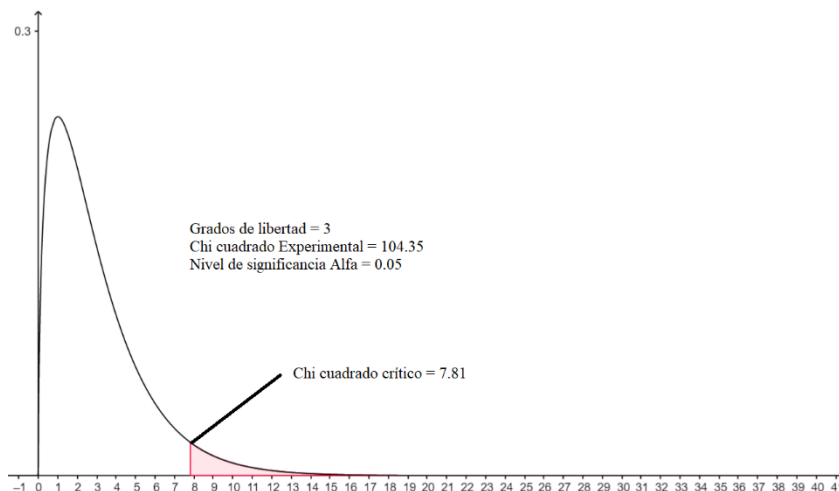
Chi Cuadrado y P – Valor de la relación entre edad de gestación y terminación de embarazo



El valor de la chi cuadrado crítico fue de $7.81 <$ al valor del chi cuadrado experimental igual a 27.37. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna. Asimismo, el p-valor obtenido fue de 0.00, al ser menor que el nivel de riesgo (0.05) queda rechazada la H_0 . El p-valor indica que hay 0.00% de probabilidades de aceptar erróneamente la H_1 .

Figura 20

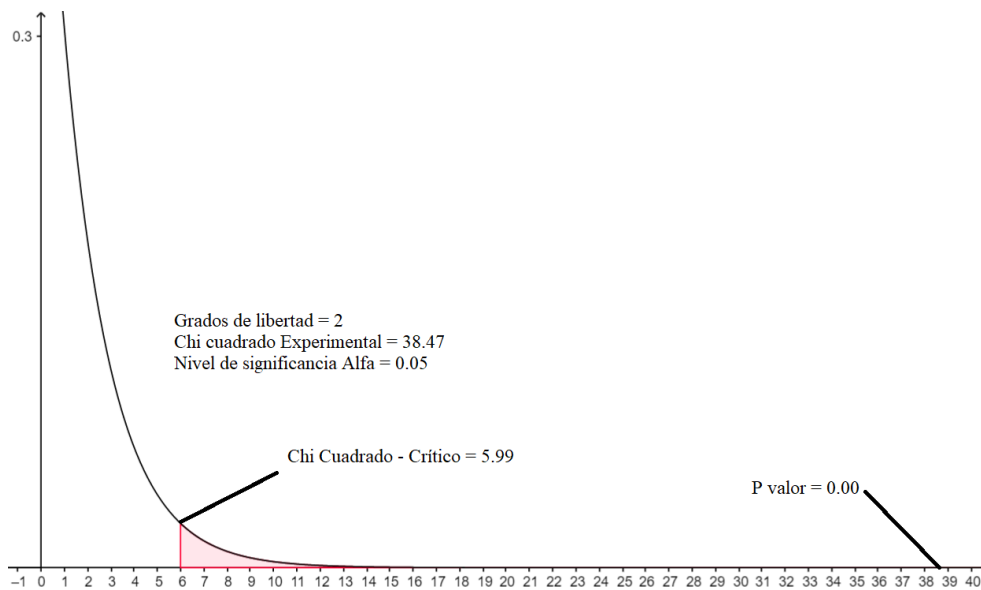
Chi Cuadrado y P – Valor de la relación entre dilatación cervical y terminación de embarazo



El nivel de chi cuadrado crítico con 3 grados de libertad tuvo un valor de 7.81, el cual es menor al valor del chi cuadrado experimental igual a 104.35; por ende, se acepta la hipótesis alterna del investigador.

Figura 21

Chi Cuadrado y P – Valor de la relación entre periodo intergenésico y terminación de embarazo



El valor crítico de la chi cuadrado, con 3 grados de libertad, fue 5.99, y es menor al valor del chi cuadrado experimental igual a 38.47, se acepta la hipótesis alterna.

vi. Análisis

Al aplicar la prueba se evidenció un nivel de significancia de 0.00 para los indicadores que representan a los factores del embarazo, y al ser menores al 0.05 en todos los casos, queda aceptada la hipótesis del investigador, la cual sostiene que existe una dependencia estadísticamente significativa entre los factores asociados al embarazo con la vía de terminación del embarazo.

vii. Conclusión estadística:

Del procesamiento se concluye que los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 son paridad, índice de masa corporal, enfermedad materna inducida por el embarazo, edad gestacional al momento de ingreso y el periodo intergenésico óptimo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación se halló que los factores pronósticos que se relacionan al parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 son los factores demográficos y los propios del embarazo. Esto mismo fue evidenciado en la investigación desarrollada en Lima por Liberato y Melchor (17), ellos hallaron que la tasa de éxito del parto vaginal fue del 68,6% y la tasa de éxito de la cesárea fue del 31,4%, ambos casos con cesárea previa. Comentaron también que existe una relación de los factores pronósticos, en su caso, mostraron que un 78.6% de las gestantes desembocaron en parto vaginal, mientras que el 31.4% restante tuvo que ser por cesárea. Cabe resaltar que los agentes pronóstico que estudió fueron dolores uterinos corrientes, membranas rotas al ingreso, trabajo de parto espontáneo, peso del recién nacido, edad materna (17) todo ello relacionado con el parto vaginal. Asimismo, en la investigación de Cervantes (20), también se encontró que el factor relacionado con el éxito o fracaso del parto vaginal en mujeres con trabajo de parto y precedente de cesárea, fueron factores sociodemográficos y de salud, como la edad, la paridad, enfermedades previas y procedencia. Este factor asociado con el éxito fue el precedente de parto vaginal, una dilatación cervical mayor a 4 cm, mientras que factores que se vinculan con la realización de una cesárea son el índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m², edad mayor a 35 años y una edad gestacional mayor a 41 semanas. Por otro lado, Mozo (19) en su informe, resaltó la comparación de la tasa de muerte materna y neonatal vinculada con el alumbramiento por cesárea en cotejo con el parto normal en gestantes con el precedente de una cesárea anterior, hallando que tanto los factores

demográficos como pronósticos afectan determinan el parto vaginal. El autor indicó que el alumbramiento vaginal es mejor y más rápido para restablecerse en las actividades diarias, lo que proporciona una guía para todas las mujeres que dudan en elegir su propio método de parto.

El estudio también llegó a determinar que los factores pronóstico demográficos asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 son la edad, el estado civil y el grado de instrucción. En la investigación se halló una dependencia de la vía de terminación del embarazo y la edad de la madre, respecto a ello, Cervantes (20) también comentó que la edad es un factor de relevancia, hallando que la edad media del total de las mujeres con parto vaginal fue de 26.88 años, mientras que el grupo de parto por cesárea fue 29.20 años. La investigación de Cervantes concluye que el éxito del parto normal después de una cesárea fue de 60.74%, resaltó que un factor de riesgo para el fracaso de un parto es la edad de 35 años en adelante. Un resultado similar, fue el hallado por Liberato y Melchor (17) también resaltó que entre los factores para el éxito del parto vaginal está la edad materna, junto con los dolores uterinos corrientes, membranas rotas al ingreso, trabajo de parto espontáneo. Arrunátegui (15) en su investigación, señaló que los factores asociados, fueron precedente de alumbramiento normal, multiparidad, periodo intergenésico óptimo y edad de la madre apropiada. Su investigación concluyó que la edad materna apropiada determinada entre los 20 y 35 años es uno de los componentes de un alumbramiento normal exitoso para las mujeres embarazadas que tienen una cesárea previa (15). En la investigación de Caldas y Carrión (14) determinaron que la edad promedio de las mujeres gestantes con una cesárea previa es de 29.6 años. Meza (12) en su

informe halló que la media de la edad de las pacientes con parto vaginal que desembocó en una cesárea fue de 28.7 años y 28.8 años. Este resultado fue el esperado ya que, de acuerdo a Díaz y Chávez (23), la edad tiene vital importancia, ya que si se da la gestación en adolescente se muestra un amplio riesgo para su salud y el bienestar del recién nacido, desarrollando una mayor tasa de muerte del producto de la gestación. O si la gestante tiene más de 35 años, el parto incrementa sus dificultades, reduciendo las posibilidades de un alumbramiento vaginal.

Otro de los resultados, determinó que el estado civil no se relaciona con el parto vaginal después de una cesárea. En la investigación de Caldas y Carrión (14) se halló que el 70% de las mujeres que abarcó el estudio se encontraban casadas; sin embargo, ello no presentó influencias en su parto, tomándose como un factor secundario (14). La presente investigación en sus resultados evidenció que en su mayoría fueron convivientes (69.8%). Asimismo, el 37.9% y 31.9% de las madres que conviven terminaron su gestación por cesárea y por vía vaginal respectivamente. Porcentajes similares se obtuvieron para las casadas y solteras. Dicho resultado no era de esperarse ya que, de acuerdo a Sotero y Sosa (24) el estado civil es un factor que se considera demográfico y se relaciona con el embarazo y los resultados perinatales. En estudios se encontraron que existe una asociación entre mujeres que afirman ser "solteras" o "sin pareja" que tienen un impacto negativo en el feto y el recién nacido. Entre los resultados perinatales adversos citados, se deben enfatizar los siguientes puntos: bajo peso al nacer, parto prematuro, baja edad gestacional, muerte fetal.

En relación al grado de instrucción, este presentó relación al parto vaginal después de una cesárea, este resultado tiene parecidos con lo hallado por Caldas y

Carrión (14), quienes señalaron que en su población analizada, el grado de instrucción fue en mayor medida universitario con un 54.4%,; sin embargo, el procedimiento de la toma de decisión sobre la terminación lo determina generalmente el médico, resaltando que estas gestantes tuvieron un parto al natural en su gran mayoría. En el estudio de Espino (13), se encontró que alrededor del 75% de secundaria, el 94% de amas de casa, en estos diferentes grados de instrucción no se tuvo complicaciones en la labor de parto vaginal. Ello, relacionado con la teoría presenta relación ya que es un factor que se puede asociar con PVDC, ya que afecta emocionalmente a las gestantes la inestabilidad económica que puedan tener en un caso más específico se tienen el embarazo adolescente, a menudo hace que estas madres busquen trabajo a una edad tan temprana después del parto y cuando sea necesario, lo que dificulta su aprendizaje (25).

Respecto a los factores pronóstico del embarazo asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 se halló relación con la Paridad, el índice de masa corporal, con la enfermedad materna inducida por el embarazo, la edad gestacional al momento del ingreso y el período intergenésico óptimo. Liberato y Melchor (17) sobre ello mencionó que los factores considerados pronósticos para el parto vaginal son los dolores uterinos, dolores casuales o nulas, las cuales concluyeron en la cesárea, rotura de membranas fetales al ingreso, edad materna 38 años, peso de los recién nacidos en promedio de 3414,65gr finalizó en parto vaginal (17). El estudio de Pérez (16) concluye que no se evidencia una asociación importante entre el tipo de parto y las conflictos maternos y del feto, hallándose una vinculación de la paridad con las dificultades maternas, la rotura uterina y la muerte neonatal (16). Por el lado de Espino (13), la investigación

concluye que las complicaciones materno-neonatales del parto vaginal después de una cirugía de parto son el desgarro perineal, la hemorragia posparto y la placenta residual, las dos últimas son relativamente menores (13). Respecto a ello, fueron resultados esperados ya que generalmente, los factores estudiados como la paridad, donde una gestante multípara tiene mayor posibilidades y experiencia para llevar un embarazo y terminarlo en cesárea (27). También la obesidad durante la etapa de gestación entra en problema con la salud porque aumenta los riesgos de obstetricia y recién nacidos. La obesidad puede provocar afecciones de alto riesgo durante el embarazo, como aborto espontáneo, diabetes gestacional, hipertensión durante el embarazo, preeclampsia, etc. (28). Cabe mencionar que la edad gestacional desde una perspectiva de salud, el período de menor riesgo perinatal es de 38 a 41 semanas, si se extiende la edad gestacional se podría terminar la gestación mediante el parto por cesárea.

CONCLUSIONES

- El parto al ser la etapa final de todo el embarazo, es el que más riesgo conlleva, tanto para el hijo como a la madre. En la práctica obstétrica, existen dos tipos de alumbramiento: el natural (por vía vaginal) y por incisiones quirúrgicas en el abdomen y el útero (por cesárea). De estos dos métodos, el procedimiento más manejado es la terminación del embarazo por vía vaginal, al ser el más ideal para dar a luz sin complicaciones. Sin embargo, en casos de que el obstetra o médico en turno decida realizar una cesárea, se debe a que existen complicaciones que ponen en riesgo la vida del hijo y de la madre. Esto sucede cuando la madre es nulípara, pero si la madre está por dar a luz a un segundo hijo, o un tercero, etc.; además, tenga edad avanzada, sufra de sobrepeso, entre otros; se convierten en un factor de riesgo y pronóstico; más aún cuando en tuvo una intervención quirúrgica previa (cesárea). Esto último, fue de lo que trató el estudio, determinar aquellos factores que se asocian y pronostican un parto vaginal en madres con una intervención por cesárea previa. Principalmente, de los 182 casos clínicos evaluados de las madres atendidas, en el año 2019, con cesárea previa en el Hospital El Carmen, el 47.3% tuvo vía terminal vaginal; mientras que el 52.7% fue intervenida con cesárea. A ello se le suma, que los elementos asociados a la vía de terminación del embarazo fueron los factores sociodemográficos y los pertenecientes propiamente al embarazo. Entre los sociodemográficos asociados están: edad, grado de instrucción, procedencia y nivel de ingresos. Por el lado de los factores de embarazo, los que se asociaron fueron, la paridad, el IMC, la enfermedad por embarazo, edad gestacional, dilatación cervical y periodo intergenésico. Por lo tanto, el estudio concluye señalando que los factores

pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019, se asociación con factores sociodemográficos y factores de embarazo.

- En el trabajo se encontró que los factores sociodemográficos que pronostican un parto vaginal en mujeres con cesárea previa en el Hospital El Carmen, 2019; fueron la edad, el grado de instrucción, el nivel de ingresos y la procedencia; en todos esos casos se obtuvo un p-valor de la X^2 inferior al 0.05 de riesgo. Además, cabe señalar, que el factor estado civil no evidenció una asociación significativa ($p_value = 0.73$). En cuanto a la edad, se concluye que mientras más años tenga la madre, será más propensa a ser intervenida con cesárea, esto debido a la falta de dilatación cervical, la debilidad del útero, etc. Con respecto al grado de instrucción las diferencias no fueron significativas en madres que solo tuvieron secundaria completa (33% por vía vaginal y 29.1% por cesárea), sin embargo, aquellas madres con postgrado, solo tuvieron a la cesárea como vía de terminación de su embarazo (2.7%); esto se debe a que los años de estudio se relacionan con la edad; y para tener un posgrado usualmente se da a partir de los 30 años en adelante. Asimismo, hubo diferencias con las de grado superior (2.7% para vía vaginal y 11.5% por cesárea; en todos los casos, se halló que el grado de instrucción si es un factor pronóstico para el tipo de parto. En cuanto a la procedencia, se halló que se asocian a la vía de terminación del embarazo, ya que las madres que venían de un parrea urbano marginal, representaron el 18.7% de casos por cesárea, versus el 1.6% de casos por vía vaginal; en el caso de aquellas con procedencia urbana, la diferencia fue regular 25.8% y 25.3% para vía vaginal y cesárea respectivamente. En el caso de las provenientes de la zona

rural, la diferencia porcentual fue mayor, ya que el 19.8% tuvo parto vaginal y solo el 8.8% por cesárea; en cualquier caso, estas diferencias sí fueron significativas para definirlos como factores pronóstico de parto en madres con cesárea previa.

- En el trabajo también se halló que los factores de embarazo, como la paridad, la edad gestacional, la dilatación cervical, el periodo intergenésico, la enfermedad materna por embarazo y el índice de masa corporal son factores pronóstico de la vía vaginal de terminación del embarazo en mujeres con cesárea previa en el Hospital El Carmen, 2019. Esto sustentando en la prueba X^2 , cuyo p-valor en todos los casos fue de 0.00, y siendo inferior al alfa de riesgo, se aceptó la hipótesis de dependencia o asociación entre las variables factores de embarazo y vía de terminación del embarazo. En el caso de paridad, el número de hijos es un factor de riesgo para el parto vaginal, por lo cual se opta por practicar cesárea, esto fue evidenciado en el trabajo, ya que aquellas madres con más de 4 hijos solo fueron intervenidas por cesárea, mientras que las de 1 a 3 hijos presentaron un parto por vía vaginal o cesárea (47.3% y 49.4% respectivamente). Otro factor de un papel relevante es el IMC, aquellas madres con obesidad solo tuvieron parto por cesárea (6.6%). En cuanto a la enfermedad materna por embarazo, hubo diferencias para aquellas que si presentaron parto vaginal; 19.8% versus un 0.5%, para las que su presentaron alguna enfermedad. Asimismo, la edad gestacional, juega un rol elemental, el tiempo adecuado para dar a luz es, en promedio, 39 semanas, un tiempo posterior o previo induce a una intervención quirúrgica. Esto, también, se evidenció en la tesis, ya que las madres con menos de 37 semanas y superior a 41 semanas, fueron intervenidas por cesárea (12.1%);

mientras que las de 37 a 40 semanas tuvieron predilección por un parto vaginal (47.2%). Con respecto a la dilatación cervical, viene a ser un factor crucial para la terminación del embarazo por vía vaginal, ya que si no hay dilatación se procede a una cesárea. En el trabajo las mujeres que no tuvieron dilatación y fueron intervenidas quirúrgicamente representaron el 97.2% de los casos. Mientras que aquellas con una dilatación mayor a 4 cm y tuvieron parto vaginal fueron el 91.2%. Finalmente, el factor de periodo intergenésico, el trabajo halló que el 100% de las madres con más de 4 años de diferencia entre partos, fueron intervenidas con cesárea. Mientras que las de un periodo entre 1 a 3 años, representaron el 47.2% para parto vaginal, versus un 34% para cesárea.

RECOMENDACIONES

- Al área académica, seguir con la línea de investigación sobre los factores pronóstico para un parto vaginal en mujeres con cesárea previa; estos nuevos estudios podrían vincularse con factores de salud de la madre (antecedentes de problemas cardiacos, diabetes, cálculos renales, etc.), factores relacionados con la alimentación, factores sobre el funcionamiento familiar (factores psicológicos), etc. Esto serviría de gran aporte para la ciencia médica, ya que dotaría a los obstetras de mayores herramientas y decidir o pronosticar mejor el tipo de vía en la terminación de embarazo de una gestante.
- Al Hospital Materno Infantil – El Carmen, concientizar y brindar información a las gestantes, especialmente a las que provengan de zonas rurales y con un nivel educativo precario, respecto a temas de la labor de parto y el embarazo en general, comentarle los riesgos y ventajas de los tipos de parto que hay, animándolas a prepararse para el parto, reduciendo sus miedos, considerando lo diagnosticado para cada una. Asimismo, a aquellas con una cesárea previa, brindarles total información de los beneficios de un parto pro vía vaginal. Asimismo, se sugiere realizar la atención obstétrica del parto a las gestantes con antecedentes de cesárea, también la monitorización para determinar si existe algún tipo de riesgo o no tanto para la madre como para el neonato.
- A las gestantes, cuidar su salud durante el periodo de embarazo; asimismo, planificar el número de hijos en su familia, con previo seguimiento de un especialista a fin de que se encuentre informada respecto a la presencia de algún riesgo. Además, se recomienda a las gestantes llevar un seguimiento del avance de su gestación a fin de reducir complicaciones y si se presenta alguno tratarlo oportunamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SEGO. Cesárea. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2008.
2. Sachs B. Vaginal birth after cesarean: a health policy perspective. Clin Obstet Gynecol. 2001 Septiembre; 3.
3. Wells C, Cunningham G. Choosing the route of delivery after cesarean birth. Wolters Kluwer. 2013;(1-17).
4. Biswas A. Management of previous cesarean section. Curr Opin Obstet Gynecol. 2015.
5. Diaz H, Cusati R, Carrillo R. Parto instrumental en cesárea anterior: importancia del intervalo interparto. Revista ginecológica Venez. 2016.
6. Cobo E. Tasa de cesárea. Fundación Clínica Valle. 2016.
7. King T. First do no harm: the case for vaginal birth after cesarean. Midwifery Womens Health. 2010 Mayo; 55(3).
8. Drapkin A, Little M. Toward an Ethically Responsible. Approach to Vaginal Birth After Cesarean. Semin Perinatol. 2010; 34(337 - 344).
9. INEI. Instituto Nacional de Estadística Lima; 2013.
10. Sáenz C, Santana S, Torres L. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: Comparación de complicaciones maternas neonatales. Rev. Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2016.
11. García C, López M, Monzalbo D. Parto después de cesárea ¿una opción segura? Rev. Mexicana de Obstetricia y Ginecología. 2015.
12. Meza A. Macrosomía fetal como factor asociado para parto vaginal fallido en gestantes con cesárea previa atendidas en el hospital Rezola de Cañete 2016 - 2017. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina; 2018.
13. Espino E. Complicaciones materno - Neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital Maria Auxiliadora en el año 2016. Tesis. Lima: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
14. Caldas M, Carrión C. Factores de decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa en la clínica particular Cori Gyn, Distrito Los Olivos 2015. Tesis. Lima, Perú: Universidad Alas Peruanas , Facultad de Medicina Humana; 2015.

15. Arrunátegui G. Factores predictores para prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria. Tesis. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2015.
16. Pérez M. Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa. Tesis. Lima: Universidad San Martín de Porras, Facultad de Medicina; 2015.
17. Liberato C, Melchor J. Parto vaginal después de una cesárea previa. Hospital San Bartolomé Lima 2013. Tesis. Huancayo, Perú: Universidad Nacional del Centro del Perú, Facultad de Medicina Humana; 2015.
18. Salarí M. Parto vaginal después de cesárea. Estudio sobre mujeres que lo planificaron y lo vivenciaron. Montevideo: Universidad de la República , Facultad de Psicología ; 2017.
19. Mozo E. Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. Tesis Doctoral. Madrid: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID , Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología ; 2014.
20. Cervantes D. Factores asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período Junio 2016 – Junio 2017. Tesis. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2017.
21. Quesnel G, López M, Monzalbo N. Parto después de cesárea ¿Una opción segura? México: Ginecol Obstet Mex; 2015.
22. Fonseca J, Rodriguez J, Salazar D. Validación de modelos predictivos para parto vaginal exitoso después de cesárea. Artículo científico. Calí: Colombia Médica; 2019.
23. Díaz L, Chávez B. Complicaciones maternas en adolescentes y adultas afiliadas al régimen subsidiado. Rev Fac Nac Salud Pública. 2015;(206-217).
24. Sotero G, Sosa C. El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. Revista Médica del Uruguay. 2006 Marzo; 22(1).
25. Nakandakari M, De la Rosa D, Jaramillo J. Grado de instrucción de embarazadas adolescentes. Rev cuerpo méd. 2003; 6(3).

26. Genes V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia. Asunción-Paraguay: Universidad Nacional de Asunción-Paraguay, Facultad de Medicina; 2012.
27. Huillca A. La multiparidad como factor de riesgo de diabetes mellitus gestacional. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016; 42(1).
28. Dempsey C, Ashiny Z, Qiu C, Miller R, Sorensen T, Williams M. Maternal pre-pregnancy overweight status and obesity as risk factors for cesarean delivery. J Mater Fetal Neonat Med. 2005 Marzo;(17).
29. Vigil P, Olmedo J. Diabetes gestacional: conceptos actuales. Ginecol Obstet Mex. 2017 Junio; 85(6).
30. Noriega M, Arias , E , García S. Hipertensión arterial en el embarazo. Médica Sur. 2005 Octubre; 12(4).
31. Herrera K. Preeclampsia. Revista Médica Sinergia. 2018 Marzo; 3(3).
32. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. 9th ed. Carvajal JA, editor. Santiago de Chile; 2019.
33. Pritchard J, MacDonald P, Gant N. Williams Obstetricia Madrid: Editorial médica panamericana; 2001.
34. Zavala A, Reyes H, Kuri J, Amigo K, Ruiz R. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018 Febrero; 83(1).
35. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Medine Plus. [Online].; 2007 [cited 2008. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/childbirth.html>.
36. Liljestrand J. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Online].; 2003 [cited 2020. Available from: <https://extranet.who.int/rhl>.
37. Arnau J, Martínez E. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. AIBA Revista de Antropología Iberoamericano. 2012 mayo - agosto; 7(2).
38. Rohden F. Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

39. P V. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. Revista Latinoamericana de Bioética. 2016.
40. Osasunbidea. Matronas Sevilla: Mad; 2005.
41. Muñoz J, Rosales E, Dominguez G, Serrano C. Cesarean birth: justifying indication or justified concern? Ginecol Obstet. 2011 Febrero; 2(67-74).
42. Drapkin A, Little M. Toward an Ethically Responsible. Approach to Vaginal Birth After Cesarean. Semin Perinatol. 2010;(337-344).
43. Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Fre M, Cuttini M. Cesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach? BMC Med Ethics. 2008 Septiembre;(9-11).
44. McGrath P, Phillips E, Vaughan G. Speaking Out! Qualitative Insights on the Experience of Mothers Who Wanted a Vaginal Birth after a Birth by Cesarean Section. Patient. 2010;(25-32).
45. Dodd J, Pearce E, Crowther C. Women's experiences and preferences following Caesarean birth. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2004 Diciembre;(521).
46. Tamayo M. El proceso de la investigación científica. Cuarta ed. editores N, editor. México: Limusa; 2000.
47. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación México: Mc Graw Hill Education; 2014.
48. Moore D. Estadística aplicada básica Barcelona, España: Antoni Bosh editor; 2005.
49. Espinoza E. Unidad, muestra y muestreo. Honduras;; 2016.
50. Sanchez H, Reyes C, Mejía K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística Lima : Universidad Ricardo Palma; 2018.

ANEXOS

ANEXO 1

Matriz de consistencia

Título: Factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en un hospital de Huancayo, 2019

Autor: Julio Lenon Poma Ortiz

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Problema General: ¿Cuáles son los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019?</p> <p>Problema Específicos • ¿Cuáles son los factores pronóstico demográficos asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019?</p>	<p>Objetivo General: Determinar los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019.</p> <p>Objetivo Específico: • Establecer los factores pronóstico demográficos asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019.</p>	<p>Hipótesis General: Los factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 son demográficos y del embarazo.</p> <p>Hipótesis Específico: • Los factores pronóstico demográficos asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 son la edad, el estado civil y el grado de instrucción. • Los factores pronóstico del embarazo asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019 son: Paridad, índice de masa corporal, enfermedad</p>	<p>Variable Independiente: Factores Pronóstico</p> <p>Variable Dependiente: Parto Vaginal Después de una Cesárea</p>	<p>Tipo de Investigación: Tipo Básica</p> <p>Nivel de Investigación: Correlacional</p> <p>Método General: Método Científico</p> <p>Diseño: No experimental transversal</p>	<p>Población: Son todas las historias clínicas registradas de enero a junio del 2019 de partos con cesárea previa en la el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen que fueron 344.</p> <p>Muestra: La muestra estará conformada por 182 casos de parto (extrayéndose información de parto vaginal después de una cesárea u otros casos)</p>	<p>Técnicas: Revisión documental</p> <p>Instrumentos: Tabla de registro de datos</p>

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores pronóstico del embarazo asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019? 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer los factores pronóstico del embarazo asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen en el 2019. 	<p>materna inducida por el embarazo, edad gestacional al momento del ingreso y el período intergenésico óptimo</p>				
---	--	--	--	--	--	--

ANEXO 2

Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Factores Pronósticos	Independiente	Los factores pronóstico de las mujeres gestantes con antecedente de cesárea son diversos puesto que se consideran distintas perspectivas con relación al éxito del mismo y las características propias de cada mujer hacen amplificar la diversidad de factores que participan en la etapa de gestación de una mujer previamente cesareada (3).	Los factores pronósticos van a tener gran diversidad, pues las mujeres gestantes tienen distintas realidades, particularidades con su salud, con su contexto demográfico y su comportamiento clínico previo, durante y después de la etapa gestacional.	Demográficos	Edad	Nominal
					Estado Civil	
					Grado de Instrucción	
					Procedencia	
					Nivel de Ingresos	
				Del Embarazo	Paridad	
					IMC	
					Enfermedad materna inducida por el embarazo	
					Edad gestacional al momento del ingreso	
					Dilatación cervical	
	Periodo Intergenésico óptimo					
	Vaginal					
Parto Vaginal Después de una Cesárea (PVDC)	Dependiente	El parto vaginal después de una cesárea es el final del embarazo teniendo en consideración el precedente de una cesárea previa en las mujeres y representa cuidados particulares como controles específicos previos al trabajo de parto (2).	Existen posibilidades de elección de las mujeres gestante para el trabajo de parto, las mujeres eligen entre un parto vaginal o la cesárea.	Del Parto	Cesárea	Nominal

ANEXO 3

Instrumento de investigación y constancia de su aplicación

FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA EN EL HOSPITAL

VIA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

VÍA VAGINAL

CESÁREA

DEMOGRÁFICOS

1. **EDAD**
- AÑOS > 35 AÑOS < 35 AÑOS

2. **ESTADO CIVIL**
- SOLTERA CASADA VIUDA
DIVORCIADA SEPARADA CONVIVIENTE
A A TE

3. **GRADO DE INSTRUCCIÓN**
- NINGUNA INICIAL PRIMARIA
SECUNDARIA SUPERIOR POSGRADO
A

4. **PROCEDENCIA**
- URBANO RURAL URBANO MARGINAL

5. **NIVEL DE INGRESO**
- ALTO MEDIO BAJO

DEL EMBARAZO

1.
- **PARIDAD**
DE 1 A 2 HIJOS DE 3 A 4 HIJOS MÁS DE 4 HIJOS
2.
- **ÍNDICE DE MASA CORPORAL**
NORMAL SOBREPESO OBESIDAD
3.
- **ENFERMEDAD MATERNA INDUCIDA POR EL EMBARAZO**
SI NO
4.
- **EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL INGRESO**
< DE 37 SEMANAS 37 A 38,6 SEMANAS 39 A 40,6 SEMANAS
41 SEMANAS
5.
- **DILATACIÓN CERVICAL AL MOMENTO DEL INGRESO**
= 4 CM < 4 CM > 4 CM
6.
- **PERÍODO INTERGENÉSICO ÓPTIMO**
Entre 1 y 2 años Entre 3 y 4 años Más de 4 años

OBSERVACIONES

ANEXO 4

La data de procesamiento de datos

Leyenda:

Factor	Leyenda	
VIA	1= Vaginal	
Vía de terminación del embarazo	2= Cesárea	
A	1 = > 35 años	
Edad	2 = < 35 años	
B	1=Soltera	4=Divorciada
Estado Civil	2=Casada	5=Separada
	3=Viuda	6=Conviviente
C	1=Ninguna	4=Secundaria
Grado de instrucción	2=Inicial	5=Superior
	3=Primaria	6=Posgrado
D	1=Urbano	3=Urbano marginal
Procedencia	2=Rural	
E	1=Alto	3=Bajo
Nivel de ingreso	2=Medio	
F	1=De 1 a 2 hijos	3=Más de 4 hijos
Paridad	2= De 3 a 4 hijos	
G	1=Normal	3=Obesidad
IMC	2=Sobrepeso	
H	1=Si	
Enfermedad materna por embarazo	2=No	
I	1=<de 37 semanas	3= 39 a 40 semanas
Edad gestacional	2= De 37 a 39 semanas	4=41 semanas
J	1=4cm	3= >4cm
Dilatación cervical	2= <4cm	
K	1= Entre 1 - 2 años	3=Más de 4 años
Periodo intergenésico	2= Entre 3 - 4 años	

Base de datos													
N°	VIA	EDAD	DEMOGRÁFICOS					DEL EMBARAZO					
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	2	36	1	1	4	2	3	1	1	2	3	4	3
2	2	23	2	6	5	1	3	2	1		2	3	3
3	2	27	2	6	3	3	2	2	2	2	3	3	3
4	2	31	2	6	5	1	3	1	1	2	3	4	1
5	2	27	2	2	4	3	3	2	3	2	3	4	1
6	2	25	2	6	3	1	3	2	2	2	3	4	3
7	2	37	1	6	4	1	3	2	2	1	2	4	1
8	2	28	2	2	3	3	3	1	2	2	3	1	3
9	2	18	2	6	4	1	3	1	2	2	3	2	2
10	2	19	2	6	5	1	2	1	1	2	2	4	3
11	2	26	2	6	4	1	3	2	3	2	3	4	2
12	2	31	2	1	5	1	3	2	1		3	2	2
13	2	19	2	6	4	3	3	1	1		1	4	2
14	2	32	2	6	5	1	2	1	1		3	4	3
15	2	44	1	2	4	1	2	2	1	1	1	4	3
16	2	34	2	6	5	1	3	1	1	2	4	4	1
17	2	28	2	2	4		3	2	3	2	1	3	2
18	2	26	2	6	3	3	3	2	1	2	2	4	3
19		33	2	6	4	1	3	2	3	2	1	4	3
20	2	32	2	6	5	1	3	1	2	2	3	4	3
21	2	31	2	6	5		2	1	1	2	3	4	3
22	2	33	2	6	4	3	3	2	1	2	1	3	3
23	2	32	2	6	4	1	2	3	2		1	4	1
24		26	2	1	4	3	3	1	2		3	4	3
25	2	33	2	6	4	2	2	2	3	2	2	4	3
26	2	32	2	6	5	3	3	2	3	2	2	4	2
27	2	19	2	6	4	1	2	1	1	2	2	1	2
28	2	24	2	6	4	3	3	2	2	2	1	4	2
29	2	27	2	1	3	3	3	3	1		2	2	1
30	2	28	2	2	5	1	2	1	3	2	3	4	2
31	2	28	2	6	5	3	3	3	3		1	4	1
32	2	27	2	6	5	1	2	1	2	2	2	2	3
33	2	23	2	6	4	2	3	2	3	2	2	4	3
34	2	33	2	1	4	1	2	1	1		1	4	3
35	2	31	2	2	5	1	3	2	2	2	1	4	2
36	2	37	1	6	4	1	3	2	2	2	3	4	3
37	2	27	2	6	5	1	3	2	1	2	2	4	1
38	2	36	1	6	4	3	3	2	1	2	3	4	2

39	2	28	2	6	5	1	3	1	3	2	1	2	3
40	2	25	2	2	4	3	3	1	3	2	2	4	1
41	2	31	2	6	4	3	3	2	1		2	4	3
42	2	38	1	1	4	3	3	2	1	2	3	1	3
43	2	38	1	2	5	3	3	1	1		2	2	2
44	2	21	2	6	5	1	3	2	2	1	3	2	2
45	2	28	2	2	5	1	2	1	1	2	3	2	3
46	2	23	2	6	4	3	2	1	2		2	4	3
47	2	35	1	6	4	3	3	2	1	1	1	4	2
48	2	32	2	6	4	1	3	1	3	2	2	4	3
49	2	44	1	6	3	1	3	3	1	2	1	3	3
50	2	32	2	6	4	1	3	1	1	2	2	2	2
51	2	31	2	6	4	3	3	1	2	2	2	4	3
52	2	33	2	6	4	1	3	3	1	2	1	4	1
53	2	30	2	6	4	1	3	2	1	2	2	4	1
54	2	35	1	2	4	2	3	3	3	2	2	4	2
55	2	26	2	6	5	1	3	1	1	2	2	4	1
56	2	23	2	6	3	3	3	1	2	2	1	4	3
57	2	32	2	2	4	2	2	2		2	2	1	3
58	2	19	2	1	4	3	3	1	1	2	2	4	1
59	2	20	2	6	4	1	3	1	1	2	3	1	2
60	2	22	2	1	4	1	3	1	2	1	1	4	1
61	2	27	2	2	4	1	3	2	1	2	1	4	2
62	2	30	2	6	5	3	3	1	1	1	3	4	1
63	2	30	2	6	5	3	3	1	1	1	3	4	1
64	2	26	2	6	4	2	3	1	1		3	4	3
65	2	27	2	6	4	3	3	2	1	2	1	4	3
66	2	27	2	6	5	2	3	1	1	2	2	4	3
67	2	34	2	2	3	1	3	2	1	2	2	2	2
68	2	21	2	6	4	2	3	2	2	2	2	4	1
69	2	36	1	6	5	3	3	2	2	2	2	4	3
70	2	22	2	6	4	3	3	1	1	2	3	2	3
71	2	23	2	1	4	1	2	2	1	2	2	4	1
72	2	33	2	6	4	1	3	2	1	2	3	4	3
73	2	27	2	6	4		3	1	1	2	1	1	1
74	2	19	2	6	4	1	3	1	1	2	2	4	1
75	2	31	2	6	4		3	1	2	2	2	4	1
76	2	28	2	6	4		3	1	1	1	2	4	2
77	2	32	2	6	4		3	1	1	2	2	4	3
78	2	24	2	6	4	1	2	1	1	2	4	4	2
79	2	25	2	6	1	1	3	2	1		3	4	2
80	2	32	2	6	3	3	3	2	1	2	2	4	2
81	2	24	2	6	4	2	3	1	2	2	2	4	2


82	2	21	2	6	4	3	3	1		2	2	4	1
83	2	25	2	6	4	2	3	1	1	2	3	4	2
84	2	27	2	6	5		3	1	1	2	3	4	
85	2	23	2	6	3	2	3	1	1		1	1	2
86	2	42	1	6	4	3		1	1	2	3	4	1
87	2	24	2	6	4	3	3	1	1	2	3	1	1
88	2	34	2	2	4	3	3	1	1	2	2	4	1
89	2	37	1	2	4	3	3	1	1		2	4	2
90	2	38	1	2	5	1	3	2	1		2	4	1
91	2	28	2	2	4	1	3	2	1	2	1	2	1
92	2	28	2	6	4	3	3	2	2	2	3	1	2
93	2	22	2	6	4	2	3	1	2	2	3	4	2
94	2	24	2	6	4	1	3	2	1		3	4	2
95	2	31	2	6	4	1	3	1	1	2	3	4	2
96	2	39	1	2	4	2	3	1	1		3	4	2
97	2	34	2	6	4	3	3	1	1	2	2	2	1
98	2	25	2	6	4	3	3	1	2	2	2	4	2
99	2	22	2	1	4	1	3	1	1	2	3	2	1
100	2	26	2	6	4	3	3	1	1	2	2	4	1
101	2	21	2	6	4	1	3	1	1	2	3	4	1
102	1	26	2	6	4	3	3	1	1	1	2	1	1
103	1	34	2	1	5	1	2	1	1	2	1	3	2
104	1	31	2	6	5	1	2	1	2	2	2	3	2
105	1	28	2	6	4	1	2	1	1	2	2	1	1
106	1	29	2	6	4	3	2	2	2	2	3	3	1
107	1	32	2	6	4	1	2	2	1	2	2	2	1
108	1	25	2	1	5	1	2	1	1	2	2	1	2
109	1	36	1	2	3	2	3	2	1	1	3	3	2
110	1	38	1	2	5	1	2	1	2	1	2	2	2
111	1	30	2	6	5	1	2	1	1	2	2	3	2
112	1	29	2	6	4	1	2	1	1	2	2	1	2
113	1	33	2	2	3	2	3	2	1	1	3	3	1
114	1	27	2	6	4	1	2	1	2	2	2	1	2
115	1	25	2	6	4	3	2	1	1	1	3	3	1
116	1	29	2	6	4	1	2	1	1	2	3	3	2
117	1	34	2	6	4	1	2	2	1	1	2	3	2
118	1	27	2	6	5	1	2	1	2	2	3	2	1
119	1	20	2	1	4	1	2	1	1	1	1	3	1
120	1	31	2	6	5	3	2	1	1	2	2	3	2
121	1	26	2	6	4	1	2	2	1	2	3	3	2
122	1	29	2	2	5	1	2	1	1	1	2	2	2
123	1	32	2	2	3	2	2	1	2	2	3	3	2
124	1	39	1	6	4	1	3	2	1	2	2	1	2

125	1	31	2	6	5	1	2	1	1	2	2	1	3
126	1	26	2	6	3	3	3	3	1	2	3	1	2
127	1	23	2	1	4	3	3	1	1	1	1	3	1
128	1	34	2	6	5	1	2	1	1	2	2	2	2
129	1	34	2	2	4	1	2	1	2	2	2	1	3
130	1	30	2	2	4	2	2	2	1	2	1	3	3
131	1	34	2	6	4	1	2	1	1	2	2	3	2
132	1	26	2	6	4	3	2	1	3	2	2	1	3
133	1	23	2	6	4	3	2	1	1	1	2	2	3
134	1	20	2	2	4	2	3	1	1	2	2	3	1
135	1	31	2	2	4	3	2	1	1	2	2	2	1
136	1	37	1	6	3	2	3	2	1	2	2	3	2
137	1	29	2	1	4	1	2	1	1	1	1	3	1
138	1	32	2	6	4	1	2	1	2	1	2	3	2
139	1	26	2	1	5	1	2	1	1	2	3	3	3
140	1	36	1	2	5	1	2	1	2	2	2	3	2
141	1	38	1	6	3	3	2	1	2	1	3	3	1
142	1	29	2	6	5	1	2	1	2	1	2	3	2
143	1	34	2	2	4	3	2	1	1	2	3	1	2
144	1	30	2	6	4	1	2	1	1	1	2	3	2
145	1	26	2	1	4	3	3	1	1	2	2	3	1
146	1	36	1	6	4	2	2	1	2	1	2	2	2
147	1	30	2	6	5	1	2	1	1	2	3	3	1
148	1	31	2	6	4	3	2	3	2	2	1	3	2
149	1	33	2	2	4	2	2	3	1	2	3	1	2
150	1	25	2	1	4	1	2	1	2	1		4	1
151	1	36	1	6	4	1	2	3	1	1	1	2	3
152	1	29	2	1	3	2	3	2	1	1	2	3	1
153	1	30	2	6	4	3	2	2	2	1	2	1	1
154	1	26	2	6	5	1	2	1	1	1	3	2	3
155	1	36	1	6	5	1	2	1	1	1	2	3	3
156	1	34	2	6	5	1	2	2	2	2	3	3	2
157	1	24	2	6	4	2	2	1	2	1	1	3	2
158	1	36	1	6	5	1	2	1	1	2	4	3	3
159	1	24	2	6	5	1	2	1	1	1	2	3	2
160	1	24	2	6	5	1	2	1	1	2	2	1	3
161	1	28	2	2	4	1	2	3	1	2	2	3	2
162	1	34	2	6	4	3	2	3	1	1	2	3	1
163	1	25	2	6	4	3	2	1	1	1	2	3	3
164	1	28	2	6	4	1	2	1	2	2	2	3	3
165	1	28	2	6	4	1	2	1	2	2	3	1	2
166	1	23	2	6	3	1	3	1	1	1	3	1	3
167	1	32	2	2	4	3	2	1	2	1	2	2	1

168	1	30	2	6	4	3	2	2	1	2	3	3	3
169	1	23	2	6	4	3	2	1	2	1	2	1	3
170	1	37	1	2	3	2	3	3	1	2	3	3	2
171	1	25	2	6	4	2	2	1	3	1	2	3	3
172	1			6	5	1	2	1	1	2	3	3	3
173	1	25	2	6	4	3	2	1	1	1	2	3	3
174	2	21	2	6	4	1	2	1	2	1	3	3	2
175	1	26	2	1	4	1	2	2	1	2	3	3	1
176	1	34	2	6	4	1	2	1	1	1	2	3	3
177	1	29	2	1	4	1	2	1	1	1	3	3	2
178	1	22	2	6	4	3	2	1	1	1	3	2	3
179	1	34	2	2	4	3	2	2	2	2	2	3	2
180	1	28	2	6	4	2	2	2	1	2	2	3	2
181	1	22	2	1	4	1	2	1	1	1	2	3	1
182	1	28	2	6	3	1	3	2	1	1	2	2	1
183	1	27	2	6	4	1	2	1	1	2	2	3	3
184	1	37	1	2	3	2	3	3	1	2	3	3	2
185	1	26	2	6	5	1	2	1	1	2	3	3	2
186	1	31	2	6	5	1	2	1	2	2	2	2	2
187	1	35	2	6	3	2	3	3	1	2	3	3	1
188	1	37	1	2	3	2	3	2	1	2	3	3	2
189	1	31	2	6	4	1	2	2	1	2	3	3	2
190	1	24	2	6	4	1	2	1	1	1	2	2	2
191	1	30	2	6	5	1	2	1	1	2	3	2	3
192	1	25	2	1	4	1	2	2	1	1	1	1	1
193	1	22	2	1	4	3	3	1	1	1	1	3	1
194	1	32	2	2	5	1	2	1	1	2	3	2	
195	1	26	2	6	4	1	2	2	1	2	2	3	2
196	1	25	2	6	4	3	2	1	1	2	3	2	2
197	1	28	2	6	4	1	2	1	3	2	3	1	2
198	1	34	2	6	5	1	2	2	1	2	2	1	2
199	1	28	2	6	4	1	2	2	1	1	3	3	2
200	1	31	2	6	5	3	2	1	1	2	2	3	2
201	1	33	2	6	4	3	2	2	2	2	3	3	2

ANEXO 5

Documentos de soporte



Huancayo, 19 de Febrero del 2021.

PROVEIDO N° 003 - 2021-GRJ-DRSJ-HRDMIEC-OADI.

A : Med. Julio Lenon Poma Ortiz

DE : Jefe Oficina de Apoyo Docencia Investigación

ASUNTO : Autorización para desarrollar trabajo investigación Científica

Visto el Informe S/N-2020-GRJ-DRSJ-HRDMIEC-DGO, presentado por la Jefe del Departamento de Gineco obstetricia, quien opina favorablemente el desarrollo el trabajo de investigación científica **FACTORES PRONOSTICO ASOCIADOS A PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESARIA PREVIA EN UN HOSPITAL DE HUANCAYO 2019**, presentado por la Medico Julio Lenon Poma Ortiz, de la Universidad Peruana LOS ANDES, se autoriza revisar historias clínicas de pacientes con diagnóstico parto vaginal tras cesáreas del año 2019, a partir del 19 al 28 de Febrero del presente. Debiendo al término presentar copia de tesis y exposición de conclusiones.

Atentamente,

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
MATERNO INFANTIL "EL CARMEN"

Lic. Adm. Carolyga Raquel Huatuco Laura
JEFE DE OFICINA APOYO DOCENCIA E INVESTIGACION

DOC.	04637137
EXP.	03198389

CHL/chl.
C.c.Archivo



UNIVERSIDAD PERUANA "LOS ANDES"
ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA HUAMANA

Huancayo, Noviembre del 2020

Señor(a)

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente me dirijo a Ud. Para saludarle cordialmente y solicitarle su participación en la validez de instrumentos de investigación a través de juicio de expertos del proyecto de investigación que estoy realizando, titulado **FACTORES PRONÓSTICO ASOCIADOS A PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESAREA PREVIA EN UN HOSPITAL DE HUANCAYO, 2019**".para lo cual adjunto:

- a) Formato de validación del instrumento de recolección de datos según juicio de expertos
- b) Matriz de consistencia.
- c) Operacionalización de Variables
- d) Instrumento de recolección de datos

Esperando la atención al presente me reitero a Ud. las muestras de mi especial consideración y estima personal.

ATENTAMENTE




JULIO L. POMA ORTIZ
MÉDICO CIRUJANO
GINECOLOGO - OBSTETRA
C.M.P. 57191

M.C. JULIO POMA ORTIZ

ANEXO 6

Documentos con la firma de los expertos



UNIVERSIDAD PERUANA "LOS ANDES"
ESCUELA DE POSGRADO


SUGERENCIAS:

DATOS DEL VALIDADOR

NOMBRE: Junet silvia Fabian Ames

TÍTULO O GRADO ACADÉMICO: Médico Ginecoobstetra

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL
"EL CARMEN"



Dra. Junet Silvia Fabian Ames
MÉDICO GINECOOBSTETRA
CMP 39795 RNE 20288



UNIVERSIDAD PERUANA "LOS ANDES"
ESCUELA DE POSGRADO

SUGERENCIAS:

DATOS DEL VALIDADOR

NOMBRE: Juan Carlos Moran Cruz

TÍTULO O GRADO ACADÉMICO: Ginecólogo - obstetra.

Dr. Juan C. Moran C.
GINECÓLOGO OBSTETRA
C.M.P.R. 22471 E.M.P.E. 34093



UNIVERSIDAD PERUANA "LOS ANDES"
ESCUELA DE POSGRADO

SUGERENCIAS:

DATOS DEL VALIDADOR

NOMBRE: _____

TÍTULO O GRADO ACADÉMICO: _____



Dr. Trucios De la Cruz John C
GINECO OBSTETRA
CMP 51779 - RNE 038807



UNIVERSIDAD PERUANA "LOS ANDES"
ESCUELA DE POSGRADO

SUGERENCIAS:

DATOS DEL VALIDADOR

NOMBRE: _____

TÍTULO O GRADO ACADÉMICO: _____




Mg. Baroni Orellana D. David
MÉDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CMP. 59803 - RNE. 37180