

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

**“EFECTOS MATERNOS PERINATALES DEL PARTO EUTOCICO
EXITOSO EN GESTANTES CON PARTO DISTOCICO ANTERIOR EN
EL HOSPITAL TINGO MARIA, 2020”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Borromeo Simon, Jakeline Joaquina

ASESORA: Barboza Sauñe, Ester

HUÁNUCO – PERÚ

2022



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud publica
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias Médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

D

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título
Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 76348024

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22502883

Grado/Título: Magister en gestión publica

Código ORCID: 0000-0001-6808-1693

H

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacios Zevallos, Julia Marina	Doctora en ciencias de la salud	22407304	0000-0002-1160-4032
2	Quispe Torres, Rene Miguel	Maestro en docencia universitaria	23014739	0000-0002-5089-0457
3	Flores Shupingahua, Merlyn	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	22964167	0000-0003-1770-260X



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
http://www.udh.edu.pe

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **Diez con cero** horas del día **veintiséis** del mes de **setiembre** del año **dos mil veintidós**, en el aula 106, edificio 2 de la Facultad de Ciencias de la Salud, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| • DRA. JULIA MARINA PALACIOS ZEVALLOS | Presidenta |
| • MG. RENE MIGUEL QUISPE TORRES | Secretario |
| • MG.M ERLYN FLORES SHUPINGAHUA | Vocal |


Nombrados mediante **RESOLUCION N.º 1617-2022-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado: **"EFECTOS MATERNOS PERINATALES DEL PARTO EUTOCICO EXITOSO EN GESTANTES CON PARTO DISTOCICO ANTERIOR EN EL HOSPITAL TINGO MARIA 2020"**, presentado por la Bachiller en Obstetricia **Srta. JAKELINE JOAQUINA BORROMEO SIMON** para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

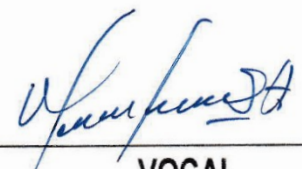
Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola **APROBADO** por **Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **15** y cualitativo de **BUENO**.

Siendo las, 12:00 horas del día **26** del mes de **setiembre** del año **2022** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

DEDICATORIA

A Dios por ser mi fortaleza,
iluminar mi camino y guiar mis
pasos y darme la vida.

A mis padres por mostrarme su apoyo
incondicional durante todo este tiempo.

AGRADECIMIENTO

A mi querida alma mater Universidad de **Huánuco** y a la plana docente de la Facultad de Obstetricia, por acogerme en sus aulas brindándome conocimientos, valores e inculcándome sentimientos de servicio a la comunidad y contribuido en mi formación profesional.

A mí querida profesora y Asesora de Tesis, Mg, Ester, Barboza Sauñe quien supo guiarme pasó a paso en la elaboración y culminación del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
RESUMEN.....	viii
SUMMARY.....	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I.....	13
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION	13
1.1. Descripción del problema	13
1.2. Formulación del Problema	15
1.2.1. Problema General	15
1.2.2. Problemas Específicos:.....	15
1.3. Objetivo General	16
1.4. Objetivos específicos	16
1.5. Justificación de la investigación	16
1.5.1. Teórica	16
1.5.2. Práctica	16
1.5.3. Social	17
1.6. Limitaciones de la investigación	17
1.7. Viabilidad de la investigación.....	17
CAPITULO II.....	18
2. MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.1.1. Antecedentes Internacionales	18
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	21
2.1.3. Antecedentes Locales	27
2.2. Bases Teóricas	27
2.2.1. Parto con cesárea previa	28
2.2.2. Hipótesis General.....	41
2.3. Variables.....	41

2.3.1. Variable Independiente	41
2.3.2. Variable Dependiente.....	41
2.4. Operacionalización de variables	42
CAPITULO III.....	43
3. METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACION	43
3.1. Tipo de investigación	43
3.1.1. Enfoque:.....	43
3.1.2. Nivel de Investigación	43
3.1.3. Diseño de Investigación	43
3.2. Población y muestra	44
3.2.1. Población	44
3.2.2. Muestra	44
3.2.3. Tipo de Muestreo	44
3.2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	44
3.2.5. Recolección de datos	44
3.3. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	45
CAPITULO IV.....	47
4. RESULTADOS	47
4.1. Procesamiento de datos:	47
CAPITULO V.....	57
5. DISCUSION DE RESULTADOS	57
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	63
ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DE TINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.....	47
Tabla 2. ANTECEDENTES OBSTETRICOS DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DE TINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.....	49
Tabla 3. EFECTOS MATERNO PERINATALES ANTE PARTO, DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DE TINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.....	51
Tabla 4. EFECTOS MATERNO PERINATALES INTRA PARTO, DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DE TINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020..	53
Tabla 5. FECTOS MATERNO PERINATALES POSTPARTO DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DETINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.....	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICOS	48
Gráfico 2. ANTECEDENTES OBSTETRICOS DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DE TINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.....	50
Gráfico 3. EFECTOS MATERNO PERINATALES ANTE PARTO, DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DE TINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020..	52
Gráfico 4EFECTOS MATERNO PERINATALES INTRA PARTO, DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DE TINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020..	54
Gráfico 5. FECTOS MATERNO PERINATALES POSTPARTO DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DETINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.....	56

RESUMEN

El presente estudio tuvo como **Objetivo:** Determinar los efectos maternos perinatales del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior hospital Tingo María, 2020. **Materiales y métodos** Para este estudio se trabajó con una muestra de 60 gestantes, se tuvo en cuenta el tipo de estudio descriptivo – prospectivo – analítico y transversal; como herramienta de recolección de datos se utilizó una ficha de recolección de datos generales. **resultados:** El (44%) tuvieron edad más de 30 años, el (50%) tuvieron nivel secundario, y el (66%) procede de zona urbana. En relación a los antecedentes obstétricos, se pudo observar que un (68%) tuvieron un hijo, el (100%) tuvieron atención pre natal; un (68%) tuvieron una cesárea previa y el (90%) no tuvieron periodo intergenésico corto. Entre los efectos maternos ante parto se pudo observar que en un (65%) no presento cesárea electiva, un 78% no presento preeclampsia, y el (85%) no presento embarazo en vías de prolongación. En referencia a los efectos maternos intraparto el (90%) no presento sufrimiento fetal agudo, y el (72%) no presento desproporción céfalo pélvica. Entre los efectos materno post parto, un (100%) no se presentó rotura uterina, el (92%) no presento hemorragia post parta, un (85%) no presento trauma obstétrico, el (30%) fueron fetos macrosómicos y un (8%) tuvieron bajo peso al nacer.

Palabras clave: parto exitoso, cesárea, efectos maternos y perinatales

SUMMARY

The present research was done with the Objective: To determine the maternal perinatal effects of eutocic delivery in pregnant women with previous dystocic delivery, Tingo María hospital, 2020. Materials and methods For this study, a sample of 60 pregnant women was used, the type of descriptive-prospective study was taken into account. analytical and transversal; As a data collection instrument, a general data collection sheet was used. Results: The (44%) were older than 30 years, (50%) had secondary level, and (66%) came from urban areas. In relation to obstetric antecedents, it was observed that one (68%) had a child, (100%) had prenatal care; one (68%) had a previous cesarean section and (90%) did not have a short intergenetic period. Among the antepartum maternal effects, it could be observed that (65%) did not present elective cesarean section, 78% did not present pre-eclapsy, and (85%) did not present a prolonged pregnancy. Regarding intrapartum maternal effects, (90%) did not present acute fetal distress, and (72%) did not present cerebrospinal disproportion. Among the maternal postpartum effects, one (100%) did not present uterine rupture, (92%) did not present postpartum hemorrhage, one (85%) did not present obstetric trauma, (30%) were macrosomic fetuses and one (8%) had low birth weight.

Key words: successful delivery, cesarean section, maternal and perinatal effects

INTRODUCCIÓN

El parto, como cualquier trabajo fisiológico, debe realizarse sin complicaciones. Sin embargo, a medida que avanza la tecnología y mejora la calificación de los profesionales, se vuelve "obsoleta". Así, en la historia de la medicina, los primeros pasos de la cesárea actual aparecieron durante el Imperio Romano (700 a. C.). La cesárea después de la histeroscopia se realiza inicialmente y posteriormente para prevenir complicaciones maternas y perinatales. El manejo de las mujeres que se han sometido a cesárea sigue siendo controvertido, y hasta la fecha no existen estándares universales y consensuados para el mejor curso de acción en estos casos. Hay muchas variables que deben manejarse en el cuidado de hospicio, por lo que no existe una regla a la hora de ordenar una cesárea, y los criterios dependerán tanto del servicio que se realiza como de la razón visible. Ver revisión para referencia.

Esto significa una alta tasa de partos por cesárea repetidos y muchos casos que podrían evitarse intentando un parto, que en la mayoría de los casos resultó en un parto vaginal, evitando así los costos sociales y económicos al realizar una nueva cesárea. y reducción de la estancia hospitalaria y la morbilidad posparto. Un historial de una cesárea previa no es un indicador automático de una nueva cesárea ^(1,2).

En 2016, la tasa de parto vaginal posoperatorio (PVPC, por sus siglas en inglés) en los Estados Unidos fue del 31,1 % y fue la más alta de la historia, lo que convirtió a la cesárea en el procedimiento quirúrgico más común para las mujeres embarazadas. Mujeres en este país 2. El tamaño de esta tasa se debe a que la tasa de cesáreas primarias aumentó del 14,6 % al 20,3 % en 2015, lo que representa un aumento del 60 %. Con una tasa de CPV del 37,9 % (la más baja registrada), las mujeres que han tenido una cesárea tienen más del 90 % de probabilidades de tener otra C-PVC, lo que solo aumenta la tasa general de cesáreas. -secciones antes del inicio del trabajo de parto.

En general, las madres que tienen cesárea presentan un riesgo mayor de morbilidad, que incluye infección puerperal (fiebre, endometritis, septicemia

puerperal), trombosis y embolia pulmonar, pérdida excesiva de sangre, dolor abdominal y en la herida, dehiscencia de suturas y el riesgo de esterilidad a largo plazo. Los problemas de salud menores, pero debilitantes, incluyen cansancio, dolor lumbar, anemia, dificultad en la micción, problemas mamarios, estreñimiento, flatulencia, depresión y dificultad para dormir. La cesárea requiere anestesia general, raquídea o epidural, que de por sí plantea un riesgo para la mujer. En general, las madres que tienen cesárea presentan un riesgo mayor de morbilidad, que incluye infección puerperal (fiebre, endometritis, septicemia puerperal), trombosis y embolia pulmonar, pérdida excesiva de sangre, dolor abdominal y en la herida, dehiscencia de suturas y el riesgo de esterilidad a largo plazo. Los problemas de salud menores, pero debilitantes, incluyen cansancio, dolor lumbar, anemia, dificultad en la micción, problemas mamarios, estreñimiento, flatulencia, depresión y dificultad para dormir. La cesárea requiere anestesia general, raquídea o epidural, que de por sí plantea un riesgo para la mujer ^{4,5}.

La cesárea electiva implica la realización de una operación inmediata tan pronto se toma la decisión de que nazca el bebé. Sin embargo, esta decisión se puede retrasar para administrar esteroides a la madre.

La presente investigación se encuentra estructurado con los siguientes capítulos):

- I. **Fundamentación del problema**, donde deseamos sustentar técnica y teóricamente sobre Cuáles son los efectos maternos perinatales del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior y necesidad de realizar dicho estudio con este grupo vulnerable.
- II. **Marco teórico**, nos afianzamos en material de estudio científico precedente que nos puede brindar diferentes puntos de vista para elegir la mejor forma de abordaje sobre cuáles son los efectos maternos perinatales del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior hospital Tingo María.
- III. **Marco metodológico**, describimos los procedimientos escogidos para poder cumplir de forma adecuada nuestros objetivos. Para este estudio

se trabajó con una muestra de 60 gestantes, el tipo de estudio fue descriptivo – retrospectivo – analítico y transversal; y como herramienta de recolección de datos se utilizó una ficha de recolección de datos generales.

IV. Resultados, hacemos una comparación de nuestros hallazgos con otros estudios relacionados, los cuales fueron El 58% (84) presento un nivel de conocimiento bueno, y el 19% (28) conocimiento deficiente, sobre infecciones de transmisión sexual. El 53% (77) presento un nivel de conocimiento bueno, sobre medidas preventivas. El 68% (98) presento una actitud positiva hacia las infecciones de transmisión sexual, y el 32% (47) una actitud negativa. El 65% (94) presento practicas positivas, y el 35% (51) practicas negativas.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema

El parto, como cualquier trabajo fisiológico, debe realizarse sin complicaciones. Sin embargo, a medida que avanza la tecnología y mejora la calificación de los profesionales, se vuelve "obsoleta". Así, en la historia de la medicina, los primeros pasos de la cesárea actual aparecieron en la época del Imperio Romano (700 a. C.). Inicialmente se realiza una cesárea post mortem y luego se realiza para prevenir complicaciones maternas y perinatales.

Sin embargo, con el paso de los años, esta solución se ha convertido en un problema, debido a la alta incidencia de este procedimiento. Así, surgió el principio de que "toda cesárea debe continuar en otra cesárea".

El manejo de las mujeres que se han sometido a cesárea sigue siendo controvertido, y hasta la fecha no existen estándares universales y consensuados para el mejor curso de acción en estos casos. Son muchas las variables que se deben manejar en los cuidados paliativos, por lo que no existe una regla a la hora de ordenar una cesárea, y los criterios dependerán tanto del servicio que se realiza como del motivo por el que se realiza. Considere seleccionar.

Esto significa que la frecuencia de cesáreas es alta y muchas de estas operaciones pueden evitarse con un trabajo de prueba, que en la mayoría de los casos conduce a un parto vaginal exitoso, evitando así los altos costos económicos y sociales que implica el procedimiento. Cesárea de repetición, que reduce la estancia hospitalaria y la incidencia de morbilidad posparto. Un historial de una cesárea previa no es un indicador automático de una nueva cesárea ^(1,2).

En 2016, La tasa de parto vaginal después de una cesárea (PVPC, por sus siglas en inglés) en los Estados Unidos es del 31,1 %, la más alta

de la historia, lo que convierte a la cesárea en el procedimiento quirúrgico más común para las mujeres en este país. La tasa de cesáreas primarias aumentó del 14,6 % al 20,3 % en 2015, un aumento del 60 %. Con una tasa de CPV del 37,9 % (la más baja registrada), las mujeres que han tenido una cesárea tienen más del 90 % de probabilidades de tener otra C-PVC, lo que solo aumenta la tasa general de cesáreas. -secciones antes del inicio del trabajo de parto.

Todavía hay mucho debate sobre qué es mejor para las mujeres embarazadas que han tenido una cesárea: un parto vaginal u otra cesárea. Tradicionalmente, los obstetras han sido reacios a recomendar una cesárea después del parto porque el riesgo de ruptura uterina y asfixia perinatal es mayor que los riesgos asociados con una cesárea repetida planificada. Sin embargo, el riesgo absoluto de asfixia perinatal sigue siendo bajo. Por el momento, la complicación más común en los recién nacidos después de una cesárea son las enfermedades respiratorias. Por lo tanto, para evitar un parto prematuro debido a la deficiencia de hierro, la mayoría de los obstetras no realizan una cesárea programada antes de las 39 semanas de gestación sin documentar la madurez pulmonar fetal mediante amniocentesis³.

Por otra parte, existen pocos datos sobre el costo del parto por cesárea repetida electiva comparado con las otras opciones de parto. También faltan datos para estimar el costo de las complicaciones raras de cada tipo de parto ³.

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de 672 mujeres con antecedentes de un embarazo de feto único y parto por cesárea en la semana 37 de gestación. Sus datos fueron extraídos de la Base de Datos del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Colorado, en Denver, entre el 1 de octubre de 2015 y 1 de julio de 2016. Las mujeres se agruparon de acuerdo con su intención de parto por cesárea electiva o parto vaginal post cesárea, exitoso o fallido. El resultado principal fue la internación del neonato en una unidad de terapia intensiva y la implementación de medidas para la morbilidad respiratoria

En general, las madres que tienen cesárea presentan un riesgo mayor de morbilidad, que incluye infección puerperal (fiebre, endometritis, septicemia puerperal), trombosis y embolia pulmonar, pérdida excesiva de sangre, dolor abdominal y en la herida, dehiscencia de suturas y el riesgo de esterilidad a largo plazo. Los problemas de salud menores, pero debilitantes, incluyen cansancio, dolor lumbar, anemia, dificultad en la micción, problemas mamarios, estreñimiento, flatulencia, depresión y dificultad para dormir. La cesárea requiere anestesia general, raquídea o epidural, que de por sí plantea un riesgo para la mujer ^{4,5}.

La cesárea electiva implica la realización de una operación inmediata tan pronto se toma la decisión de que nazca el bebé. Sin embargo, esta decisión se puede retrasar para administrar esteroides a la madre.

Este estudio tiene como fin analizar la problemática del parto vaginal, con antecedente de cesárea en el hospital; desde la exploración de la producción científica en el tema.

1.2. Formulación del Problema

De acuerdo a este análisis realizado, enunciamos el siguiente problema

1.2.1. Problema General

¿Cuáles serán los efectos maternos perinatales del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior en el hospital Tingo María, 2020?

1.2.2. Problemas Específicos:

1. ¿Cuáles son los efectos maternos del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior?
2. ¿Cuáles son los efectos neonatales del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior?
3. ¿Cuáles son las características de la población en estudio según variables sociodemográficas?

1.3. Objetivo General

Determinar los efectos maternos perinatales del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior en el hospital Tingo María, 2020.

1.4. Objetivos específicos

- Identificar los efectos maternos del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior.
- Identificar los efectos neonatales del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior.
- Caracterizar a la población en estudio según variables sociodemográficas.

1.5. Justificación de la investigación

El estudio se justifica por las siguientes razones:

se debe realizar el estudio de investigación porque en el hospital de tingo maría, es necesario determinar; Cuales son los efectos maternos perinatales ocasionados por partos eutócico en gestantes con parto distócico anterior; ya que es muy importante conocer para tener beneficio como profesionales.

1.5.1. Teórica

La presente investigación es muy importante y relevante, ya que permitirá conocer los efectos maternos perinatales del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior en el hospital, como son factores maternos y perinatales, entre otros en beneficio de binomio madre niño. En muchos países del planeta se reportan partos eutócicos, en gestantes con cesárea como antecedente.

1.5.2. Práctica

“El beneficio de nuestra pesquisa surge en el lapso de nuestras prácticas pre profesionales como futuros obstetras, tenemos una función muy importante y es la de llevar a cabo un servicio de calidad a las

gestantes promoviendo e incentivando las atenciones prenatales, atención de parto institucional, cuidados y prevención de los posibles problemas que puedan presentarse en esta etapa, identificando efectos para un éxito o fracaso de un parto vaginal con antecedente de parto distócico

“Por ello, la tesis es de gran relevancia, dado que el conocimiento de estos efectos maternos perinatales permitirá conocer el éxito de un parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior.

1.5.3. Social

“La repercusión o éxito de un parto eutócico con antecedente de parto por cesárea, radica en el hecho, de que no todos los partos con antecedentes de cesárea terminaran en cesárea, lo cual dependerá muchas veces de múltiples factores tanto materno como perinatales, siendo estas responsables de un parto eutócico o distócico. En tal sentido, la pesquisa se justifica ya que los partos eutócicos, en gestantes con cesárea es un hecho que existe en el Perú y en todo el mundo, la Provincia de Leoncio Prado, no es ajena a este hecho y cuenta con una gran población de gestantes. Está demostrado que no todo antecedente de cesárea, terminara en el siguiente embarazo en cesárea.” (11, 12).

1.6. Limitaciones de la investigación

La limitación de los recursos económicos, el presupuesto modifíco el periodo de estudio, la recolección y procesamiento de los datos, por parte del encuestador.

1.7. Viabilidad de la investigación

Este estudio es viable, puesto que se cuenta con el apoyo del personal de salud del Hospital de Tingo María, para su respectiva ejecución.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Al realizar la revisión de antecedentes del estudio se ha encontrado algunos estudios realizados, así tenemos:

2.1.1. Antecedentes Internacionales

En México Sepúlveda-Mendoza Denisse⁶, en su estudio titulado “Factores asociados con parto eutócico de mujeres con antecedente de cesárea”, 2015, Objetivo: identificar los factores asociados del parto eutócico en pacientes con antecedente de cesárea. Material y método: estudio de casos y controles al que se incluyeron pacientes con antecedente de cesárea. Las variables se analizaron con un modelo de regresión logística para identificar los factores asociados con el parto eutócico. Resultados: se registraron 1,160 pacientes con antecedente de cesárea. Se efectuaron 668 cesáreas (grupo control) y 492 partos (grupo de estudio). Se identificaron como factores del parto eutócico en pacientes con antecedente de cesárea: edad materna (25.1 ± 5.4 vs 24.7 ± 5.5 años, RM 0.967, $p < 0.05$), peso del neonato ($3,253 \pm 389$ vs $3,383 \pm 452$ g, RM 0.99, $p < 0.05$), antecedente de parto (49 vs 18.4%, RM 2.97, $p < 0.05$) e inicio espontáneo del trabajo de parto (90.8 vs 74.1%, RM 3.68, $p < 0.05$). Conclusión: el trabajo de parto espontáneo, el antecedente de parto, el peso fetal y la edad materna son factores que se asocian con el éxito del parto en pacientes con cesárea previa.

En Ecuador, Romero Pacheco, Julia⁷, Llevaron a cabo un trabajo de investigación denominado “Determinación de los factores favorables para un parto vaginal post cesárea en primigestas juveniles de 15 a 20 años en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel. 2013”, OBJETIVO: Demostrar que las adolescentes de 15 a 20 años con antecedentes de cesárea y factores pronósticos favorables son aptas para el parto y parto vaginal, reduciendo así la incidencia de cesáreas innecesarias. Además

de los riesgos del procedimiento en estas mujeres, mejoraron el estado de salud y los hábitos. MATERIALES Y MÉTODOS: Tipo descriptivo, longitudinal, retrospectivo, diseño no experimental. Universo: Adolescentes embarazadas de 15 a 20 años que dan a luz por vía vaginal en el servicio de obstetricia. de un total de 500 pacientes. Muestra: Representada por 20 pacientes adolescentes de 15 a 20 años con antecedentes de cesárea y atendidas en el departamento de obstetricia en pleno embarazo. Métodos y herramientas: Monitorear y preparar un modelo de recolección de datos. A través de la historia clínica del Departamento de Estadística. Resultados: Según el grupo de edad, el 60% tiene entre 19 y 20 años, respectivamente, y el 40% tiene entre 17 y 18 años. Los intervalos entre genes corresponden al 60% después de más de 2 años y al 40% entre 1 y 2 años, respectivamente. El 85% de T/P y el 15% se realizaron de forma espontánea. El 100 % de las pacientes que completaron el trabajo de parto y el parto tuvieron un buen progreso. El 15% trata las complicaciones, el 90% de los niños tienen Apgar mayor a 7 y el 10% 1 entre 4 y 6, el 90% de los niños no presenta complicaciones mientras que el 10% se resuelve rápidamente. En otras palabras, el 90% de los beneficios de un parto por cesárea son beneficios para la madre y el bebé.

En Uruguay, Salarí Magdalena⁸, en su estudio titulado, Parto vaginal después de cesárea. Estudio sobre mujeres que lo planificaron y lo vivenciaron, 2017. Objetivo: conocer de qué manera transita y cuál es el significado e impacto emocional que tiene para una mujer, un parto vaginal después de haber atravesado en su primer parto una cesárea. Para ello se establecieron dos ejes teóricos, la medicalización del embarazo y nacimiento, y los aspectos psíquicos y emocionales de cesárea y parto vaginal después de cesárea. Para la indagación teórica se ha realizado una revisión bibliográfica nacional e internacional.

La metodología que se propone para la realización de este estudio es de corte cualitativa y de carácter exploratorio, permitiendo conocer de esta forma, las experiencias y sentimientos generados en las mujeres

que pasaron por un parto vaginal luego de una cesárea. Las entrevistas realizadas serán en profundidad y con característica semi estructurada.

Para este estudio se tomarán en cuenta mujeres que hayan planeado y llevado a cabo un parto vaginal en una institución (pública o privada) o en su domicilio, luego de haber tenido la experiencia en su primer parto de atravesar una cesárea, ya sea en el sector público o privado.

En Colombia, Cuero-Vidal, Olga⁹, en su estudio titulado “Parto vaginal después de una cesárea previa, hospital San Juan de Dios, 2014, OBJETIVOS: Determinar la tasa de parto vaginal tras una cesárea previa y evaluar el poder predictivo del grado de predicción del parto vaginal descrito por Flamm en 1997. **Materiales y métodos:** estudio de cohorte retrospectivo de mujeres con antecedente de cesárea y embarazo de al menos 37 semanas, que consultaron al Hospital San Juan de Dios de Cali (HSJD) entre mayo 30 de 2007 y mayo 30 de 2008. Se calculó la tasa de parto vaginal y se evaluó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) y las razones de verosimilitud positiva (RVP) y negativa (RVN) del puntaje predictor de parto vaginal después de una cesárea cuando los valores de estos son de 4 o más y de 8 o más. **Resultados:** la proporción de parto vaginal en este grupo fue del 20,3%. El 36% de las gestantes con puntajes entre 4 y 7 tuvieron parto vaginal y el 83% de las gestantes con 8 o más puntos. Con un punto de corte ≥ 4 puntos la sensibilidad fue de 85,7%, la especificidad 69,1%, VPP 41,3% y VPN 95%, RVP 2,8 y RVN 0,2. Si el punto de corte fue ≥ 8 la sensibilidad fue de 83,3%, la especificidad 82,6%, VPP 17,9% y VPN 99,1%, RVP 4,8 y RVN 0,2. **Conclusión:** la frecuencia de parto vaginal posterior a cesárea es del 20%. Las gestantes con puntajes menores de 4 tuvieron una baja probabilidad de tener un parto vaginal.

En Cuba, Rodríguez Iglesia, Guillermo¹⁰, en su estudio titulado Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior, Cuba. Objetivo: determinar resultados maternos y perinatales en mujeres con cesárea previa. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo y transversal de 129

pacientes con antecedentes de cesárea que iniciaron trabajo de parto espontáneamente entre el 1ro de enero y 31 de diciembre de 2012. Se atendieron mediante parto vaginal si la indicación de la cesárea no persistía. Se analizaron las causas de las cesáreas en aquellas gestantes en que no se logró un parto transpélvico, se estudió el período intergenésico y las complicaciones maternas y fetales. Se elaboraron tablas de frecuencia con valores absolutos y porcentajes según las diferentes variables estudiadas; así como tablas de doble entrada. Resultados: se apreció que el 72,9 % de las pacientes tuvieron un parto transpélvico y al resto se les realizó cesárea iterada, cuyas principales causas fueron trabajo de parto prolongado, desproporciones céfalo-pélvicas e inminencia de rotura uterina. Dos pacientes presentaron rotura uterina, ambas con período intergenésico menor de 24 meses. El bienestar fetal alterado se presentó en el 31,4 % de las pacientes. Conclusiones: el parto post cesáreo es recomendable en pacientes seleccionadas si se tienen en cuenta los riesgos y complicaciones que este puede conllevar.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

En Perú, Flores Hernández, José¹¹, en su estudio, titulado efectos maternos perinatales del parto vaginal en Cesareada anterior con periodo intergenésico corto; hospital regional de Loreto. OBJETIVOS: Determinar los principales efectos maternos y perinatales del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea y corta duración gestacional en el Hospital Regional de Loreto de enero de 2013 a diciembre de 2012. 2014 MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, muestra de los cuales consistió en todos los partos vaginales En mujeres con antecedente de cesárea, con un intervalo corto (<24 meses), que asistieron al Hospital Regional de Loreto de enero de 2013 a diciembre de 2014, la información fue generada por el Sistema de Información Perinatal del Servicio de Gineco-Ginecología base de datos y se recopilan en tablas de datos para la revisión posterior de las historias clínicas en el área de estadística del mismo hospital. Se realizó un

muestreo por conveniencia, ya que todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron incluidos en el período de estudio. Para el análisis univariado de los datos se utilizó estadística descriptiva mediante medidas de dispersión, frecuencia, análisis de varianza y variables correlacionadas, las cuales se realizan mediante cálculos al cuadrado. ($P < 0,05$).

RESULTADOS: De los 3.829 partos vaginales ocurridos durante los 2 años de estudio en el Hospital Regional de Loreto, 89 tuvieron cesárea única o múltiple, de los cuales 33 fueron madres con antecedente de cesárea. período de análisis genético. La tasa de parto vaginal es de 8,6 x 1000, ningún caso en menores de edad, solo 2 (6,1 %), de 36 a 40 años, y la mayoría de 12 pacientes (36,4 %) de 26 a 30 años. La edad media es de 27,5 años y la gran mayoría es de 28 años (84,8%). 3 madres (9,1%) que tienen títulos universitarios y no se han graduado de la universidad; La mayoría de 20 (60,6%), Fueron a la escuela secundaria y no

Hubo ningún profesional universitario. Según su ocupación, la mayoría, 30 (90,9%) son amas de casa, y solo 2 (6,1%) son trabajadores por cuenta propia; La mayoría de 24 (72,7) procedían de zonas urbanas de Iquitos. La mayoría de los 26 (78,8) hijos son hijos múltiples, y hay 05 (15,2%) casos de hijos múltiples; Según el número de antecedentes de cesárea, la mayoría, 29 (87,9%) tenían solo un antecedente de cesárea. En cuanto a los efectos en las madres, solo 2 (6,1%) experimentaron hemorragia posparto y 11 (33,3%) experimentaron algún tipo de trauma obstétrico, es decir, un desgarro perineal leve. Tampoco pudimos observar ningún caso de ruptura uterina, infección posparto o muerte materna.

En cuanto a los efectos perinatales, solo 2 (6,1%) se observaron con APGAR bajo y asfixia neonatal, al igual que el número de muertes infantiles; 6 (18,2%) bebés son de bajo peso al nacer, 4 (12,2%) tienen muy bajo peso al nacer y la mayoría 26 (78,8%) tienen un peso adecuado para la edad. En cuanto a la asociación entre asfixia neonatal y

mortalidad neonatal, hubo dos casos de asfixia neonatal, uno de los cuales fue fatal, y también se encontró que la asfixia neonatal se asoció significativamente con la mortalidad neonatal; En cuanto a la relación entre el bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal en 6 casos de bajo peso al nacer, y 2 defunciones, es decir, el 33,3% de los casos de bajo peso al nacer, el bajo peso al nacer se asoció de forma estadísticamente significativa con la mortalidad. 0,002). En cuanto a la relación entre el parto y el trauma del nacimiento, se observó que, de 11 casos de trauma obstétrico, 4 fueron mono y 6 embarazos múltiples; La tasa de parto se asoció de forma estadísticamente significativa con la presencia de shock obstétrico en mujeres que dieron a luz por vía vaginal a pesar de tener antecedentes de cesárea y parto de corta duración ($\text{Chi}^2 = 6,4$ y $P = 0,04$).

En Perú, Castillo Oliva, Luis¹², en su estudio titulado factores predictores de parto vaginal en cesárea previa, Perú. Objetivos: Determinar los factores asociados que favorecen el parto vaginal en gestantes a término con cesárea previa, comparar complicaciones maternas y resultados perinatales. **Material y Métodos:** El diseño de la investigación es de tipo observacional, analítico, longitudinal, de cohorte retrospectivo o no concurrente, la muestra fue de 835 gestantes a término con cesárea previa que cumplían con los criterios de inclusión atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Marino Molina Scippa – ESSALUD en el periodo julio 2014 – junio 2016, se recolectó datos clínicos y demográficos que fueron sometidos al análisis bivariado y multivariado (Regresión logística múltiple). **Resultados:** El antecedente de 1 parto vaginal incrementó el parto vaginal en 5.35 (IC95%, 1.15-24.80), antecedente de 2 partos vaginales 5.99 (IC95%, 1.12-32.04), antecedente de 3 partos vaginales o más 10.96 (95%, 1.69-70.88), membranas integra 2.50 (IC95%, 1.21-5.17), edad gestacional de 41 semanas al momento del parto 3.02 (IC95%, 1.46-6.23), peso fetal al momento del parto menor de 4000 gramos 3.21 (IC95%, 1.79-5.75), y psicoprofilaxis 2.79 (IC95%, 1.85-4.21). **Conclusión:** El antecedente de 3 o más partos vaginales es el factor más importante de parto vaginal en

cesárea previa, seguido de antecedente de 2 partos vaginales, antecedente de 1 parto vaginal, peso fetal menor 4000gr al momento del parto, edad gestacional menor de 41 semanas, psicoprofilaxis y membranas integras al inicio del trabajo de parto. Recomendación: Utilizar los factores predictores identificados para seleccionar de forma adecuada gestantes a término con cesárea previa, con mayores posibilidades de chance vaginal.

En Perú, Liberato Ramón, Ciro¹³, en su estudio titulado Parto vaginal después de una cesárea previa. Hospital “San Bartolomé” Lima 2013. Objetivo: Identificar los factores pronóstico y tasa de parto vaginal en gestantes con cesárea previa y comparar los factores asociados en relación al parto actual en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño “San Bartolomé” en el periodo 2013. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en gestantes con antecedente de cesárea, quienes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se evaluaron 188 pacientes con cesárea previa. Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial. La comparación entre los factores se realizó mediante la prueba de t de Student. **Resultados:** La tasa de éxito que terminaron en parto vaginal fue 68,6 % y 31,4 % en cesárea. Se identificaron los siguientes factores pronóstico; trabajo de parto espontaneo terminaron en parto vaginal 72.6 % y 27,4 % en cesárea $P=0.002$, $OR=3.7$ (1.53-8.94), contracciones uterinas normales 74.7 % y 55.3 % contracciones ausentes o esporádicas terminando en cesárea $P<0.001$, $OR=0.275$ (0.13-0.57), membranas rotas al ingreso 78,6 % en parto vaginal y 33,1 % en cesárea $P=0.219$, gestaciones mayor a 3,37 IC 95% $P=0.001$ en parto vaginal, Bishop >6 terminaron en parto vaginal 84,4% y 60,0% con Bishop <5 en cesárea $P<0.001$, edad materna con una media de 30,38 años terminaron en parto vaginal, y peso del recién nacido una media de 3414,65gr terminaron en parto vaginal. **Conclusión:** La tasa de parto vaginal fue 68,6 %. Los factores de pronóstico identificados para el parto vaginal fueron: a) contracciones uterinas normales, b) membranas rotas al ingreso, c) trabajo de parto espontaneo, d) Bishop > 6 , e) gestaciones > 3 , f) peso del

recién nacido, g) edad materna. No encontramos complicaciones maternas como ruptura uterina. En el recién nacido se encontró Apgar > 7 al 1' y 5'. Los periodos intergenésicos > 7 años terminaron en cesárea.

En Perú, Melissa Pérez Olazo¹⁴ factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia. hospital PNP Luis N Sáenz.

objetivos: Determinar la asociación entre el tipo de parto y las complicaciones perinatales y obstétricas del parto vaginal en gestantes con cesárea previa en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima – Perú, durante el período comprendido entre 01 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2014. **materiales y métodos:** Es un estudio observacional, analítico y retrospectivo. Se incluye a todas las gestantes con antecedente de cesárea que culminaron su embarazo en parto vaginal o cesárea iterativa en el Instituto Nacional Materno Perinatal desde el 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre de 2014. Se clasificó a las gestantes en dos grupos: gestantes que culminaron en parto vaginal, y gestantes que terminaron en cesárea electiva. Luego de aplicar los criterios de exclusión se determinó una muestra de 132 controles y 191 casos, siendo la población total 323. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS v 21.0, se usó la prueba Chi cuadrado y un riesgo relativo para evaluar la asociación entre la variable independiente tipo de parto y la variable dependiente complicaciones maternas y perinatales.

Resultados: Se encontró que de las 191 pacientes que tuvieron parto vaginal, el 2,6% (n=5) tuvo complicaciones; por su parte, de 133 pacientes que culminaron su parto por cesárea, el 0,8% (n=1) registró complicaciones. De las pacientes que sí tuvieron 6 complicaciones maternas y perinatales, el 83,3% (n=5) tuvo parto vaginal y el 16,7 % (n=1) restante fue por cesárea. Respecto a las complicaciones maternas, se encontró que solo un 0,5% (n=1) registró complicaciones maternas en el parto vaginal y que apenas un 0,8% (n=1) las tuvo en el parto por cesárea. Respecto a las complicaciones perinatales, se halló que en el

parto vaginal sólo un 2,1% (n=4) si tuvo complicaciones perinatales, en tanto que en el parto por cesárea solo las tuvo un 0,8% (n=1) de los sujetos estudiados. Del total de pacientes que sí tuvieron complicaciones perinatales, el 80% (n=4) corresponde a parto vaginal mientras el 20% restante (n=1) a parto por cesárea. conclusión: No se halló asociación significativa entre el tipo de parto y las complicaciones maternas y perinatales.

En Perú. espino Felipa, Elda Johanna¹⁵. complicaciones materno – neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el hospital maría Auxiliadora. Lima Perú 2017

Objetivo: Determinar las complicaciones materno-neonatales y características sociodemográficas en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016. **Material y Método:** El estudio fue de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal. Se revisó las historias clínicas de 91 pacientes que culminaron su gestación por vía vaginal teniendo como antecedente cesáreo previa en alguno de sus partos anteriores. **Resultados:** En relación a los factores sociodemográficos, predominó el grupo etario de pacientes con edades de 25-29 años con 31%, 75% que tenían secundaria, 94% eran ama de casa, 75% conviven con su pareja, 98% tenía cesárea previa como antecedente y 36% de estas pacientes fueron primíparas. En relación a las complicaciones maternas: 59% no había tenido ninguna complicación materna, sin embargo 31% han tenido desgarro perineal siendo la complicación con más alto porcentaje, en las complicaciones neonatales un 92% no tuvo complicaciones. **Conclusiones:** Las complicaciones maternas-neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora fueron desgarro perineal, hemorragia post parto, retención de restos placentarios, estas dos últimas en menor grado; bajo peso al nacer, APGAR bajo, muerte neonatal y sufrimiento fetal agudo, 92% no presentó complicaciones neonatales

2.1.3. Antecedentes Locales

No existen antecedentes sobre el tema a nivel local.

2.2. Bases Teóricas

El parto vaginal es la vía de parto de elección, incentivar esta práctica después de una cesárea previa evita tasas elevadas de cesárea iterativa. La OMS recomienda mantener un porcentaje de cesárea de 10 – 15% y refiere que tasas por encima de esta cifra son señales de un inadecuado manejo obstétrico. El aumento mundial de la tasa de cesárea se está convirtiendo en un problema de salud pública y es motivo de amplio debate debido al potencial riesgo materno perinatal, por las cuestiones de costos y la falta de equidad en el acceso. El aumento de las tasas de cesárea se observa en muchos países desarrollados, así como en los países de ingresos medios y que contrasta bruscamente con tasas muy bajas en diversos lugares de bajos recursos con falta de acceso a atención obstétrica de emergencia. Según los últimos datos tenemos que en África central solo el 1.8% de todos los partos de nacidos vivos se producen por cesárea comparado al 24.3% en América del Norte y el 31% en América Central.

Teoría de Dorothea Orem:

Para Orem¹⁴ el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido; el cual tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás. La salud es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados. El autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Refiere además que son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.

El Modelo de Nola Pender

Pender¹⁵ publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la salud. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables. Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

2.2.1. Parto con cesárea previa

Definición:

El parto vaginal para pacientes que se han sometido a una cesárea es más seguro que una cesárea para la madre y el feto cuando la cesárea

lateral es baja. Sin embargo, este comportamiento no se observa en todos los hospitales e incluso entre médicos de diferentes países. El trabajo de parto para pacientes que han tenido una cesárea anterior puede reducir significativamente la tasa total de cesáreas, hasta un 10 % en algunas circunstancias. La duración del trabajo de parto en pacientes con antecedente de cesárea es similar a la de la población infértil, por lo que es posible seguir la misma tendencia a lo largo de las curvas propuestas por Friedman, para el manejo del trabajo de parto en fase activa.

Tasas de parto vaginal en pacientes con cesárea previa ⁽⁷⁾

El éxito del parto vaginal en pacientes que han tenido una cesárea previa puede variar según la indicación de la cesárea inicial, con tasas de éxito en sufrimiento fetal severo que van del 71% al 92% y partos por cesárea en el 72%. El parto en el 84% al 91%, el parto fallido en el 33% al 78%, la causa posterior a una cesárea previa se considera recurrente, y tendría tasas más bajas en otros casos considerados infrecuentes. Pero en comparación con pacientes con antecedentes de cesárea debido a trabajo de parto obstruido, la tasa de parto vaginal exitoso fue del 68 %, en comparación con pacientes que nunca habían tenido una cesárea debido a trabajo de parto obstruido en un 68 %. Sin embargo, no es razonable excluir a las pacientes que hayan tenido una cesárea previa por enfermedades recurrentes, ya que excluir a este grupo excluiría a una gran proporción de pacientes candidatas a parto vaginal, dado que el feto no está embarazada. La dificultad es una de las principales indicaciones para una cesárea y más de la mitad de ellas nacieron por vía vaginal. Otras variables pueden influir en gran medida en el resultado, ya sea que haya tenido éxito o no (parto natural) o no (parto por cesárea), según un estudio de 1992 de Piccardo de 312 pacientes, en el que se encontró que el peso fetal era estadísticamente significativo. Variante de ultrasonido, edad gestacional, indicaciones de cesárea previa, número de partos vaginales previos, número de partos por cesárea previos, y en los casos en que se realizó inducción del parto, cambios cervicales existentes como

dilatación y distensión cervical, así como la época de expresión fetal (puntuación del obispo). Estas variables como predictoras del resultado final del embarazo tienen un excelente valor pronóstico positivo en términos de éxito (94,5%), sin embargo, el valor pronóstico negativo fue solo del 33,3% y de las pacientes con índice pronóstico desfavorable de parto vaginal, el 66,6% tuvo parto vaginal. entrega. Otras variables analizadas como la raza, la edad, la altura y el peso materno, el estado de gestación, la paridad y la rotura prematura de membranas no resultaron estadísticamente significativas. Se ha propuesto crear un sistema basado en puntajes en el que se incluyan las diferentes variables descritas, dando como resultado un pronóstico favorable o un parto vaginal fallido para las pacientes que se sometieron a una cesárea. Demjanczuk, que atendió a 92 pacientes, encontró una tasa de parto vaginal del 54,3 % y que la razón principal de un parto por cesárea anterior debido a un parto por cesárea anterior fue un parto estable en 30 pacientes. Además, se observaron mayores tasas de parto con fórceps o instrumentado, 54% para el grupo que había tenido una cesárea previa y para pacientes que no habían tenido una cesárea previa 30%. No se observó un aumento en la mortalidad materna o fetal en pacientes que se sometieron a una cesárea durante el trabajo de parto.

condiciones para parto vaginal con cesárea previa ⁷

Las pacientes deben ser hospitalizadas solo durante el trabajo de parto, a menos que la patología obstétrica especifique lo contrario. Hay una serie de requisitos que se deben tener en cuenta a la hora de realizar un parto vaginal en pacientes que han tenido una cesárea previa y son:

- 1- Exámenes de laboratorio clínico: como hemograma, he clasificado (grupo sanguíneo y factor Rh), coagulograma y reserva de 2 unidades de sangre.
- 2- El trabajo de parto y el parto deben estar monitoreados clínicamente de cerca para, de la frecuencia cardiaca fetal.
- 3- Sonda de Foley para detección precoz de presencia de orina hematúrica.

- 4- Disponibilidad de sala de operaciones para una cesárea de emergencia si es necesario.
- 5- Una vena permeable con un catéter adecuado para administrar grandes volúmenes de líquidos o soluciones.

Por lo tanto, si se decide ofrecer parto vaginal a las pacientes con cesárea previa la institución debe contar con los elementos necesarios para realizar una cesárea de urgencia. La partograma donde demuestra el progreso del trabajo de parto siempre se debe diligenciar y actuar acorde a los resultados del mismo, puesto que la incidencia de ruptura uterina es mayor cuando se ha pasado en tiempo la línea de acción según la curva de Friedman, esto puede llevar a un aceptable pero poco incremento de las tasas de cesárea, pero con beneficios notorios como la disminución de la incidencia de ruptura uterina y la morbilidad materno-fetal. Toda paciente debe tener pleno conocimiento de los procedimientos a realizar al igual que aceptar los riesgos y los beneficios. Es de anotar que además con una correcta explicación del procedimiento a las pacientes la mayoría (81%) acepta el trabajo de parto. El uso de la pelvimetría radiológica no es necesario para la evaluación de la paciente antes de dar inicio a la prueba de trabajo de parto, siendo un mal predictor e incrementando la tasa de cesáreas en general, práctica que se considera debe ser abandonada. El monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal es de las medidas más importantes debido a que los cambios de la misma puede ser el signo más precoz de inminencia de ruptura uterina. Se ha planteado que el uso de catéteres intrauterinos durante el trabajo de parto pudiese ayudar a diagnosticar precozmente una ruptura uterina debido a la pérdida de la presión intrauterina y así tomar una conducta rápida de evacuación, sin embargo, Rodríguez y col. en una revisión de 76 casos de ruptura uterina con 39 monitorizados mediante catéter de presión intrauterina, demostró que en la mayoría de los casos no se observa el patrón clásico de disminución de la presión dentro del útero y algunas pacientes (10%) presentan incluso incremento de la línea de base, sin observar diferencias en la morbi-mortalidad materno fetal de ambos grupos, por lo tanto no lo aconseja como método de vigilancia

subrayando una vez más que el distrés fetal es el hallazgo más común (78%) en caso de ruptura uterina. La revisión digital del segmento uterino a nivel de la cicatriz previa es recomendada por algunos con miras a detectar alguna solución de continuidad y revelar la integridad de la misma posterior al parto o realizarla en caso de indicaciones específicas como dolor abdominal, sangrado vaginal excesivo o atonía uterina. Otros autores no encuentran utilidad a este tipo de procedimiento destacando poca sensibilidad en la detección de ruptura uterina. El uso de la ultrasonografía, evaluando el grosor del segmento uterino inferior ha mostrado cierta utilidad en estudios prospectivos recientes, encontrando que la incidencia de ruptura uterina es inversamente proporcional al grosor del segmento uterino mediante examen ecográfico, con un punto de corte de 3.5 mm, dando así valores predictivos positivos de 11.8% y valores predictivos negativos de 99.3%, sin embargo, se considera que faltan más estudios al respecto.

Ventajas para la madre: ⁷

- Mejor presión arterial.
- Mejorar el aporte de oxígeno a la placenta y al bebe y antiene estables los niveles de azúcar en la sangre.
- Facilitar la integración de la madre consigo misma.
- El trabajo de parto va adelgazando el segmento abajo del útero para que si hay necesidad de una cesárea el corte es menos riesgoso (el músculo es menos grueso) y la recuperación es más rápida.

Ventajas para el neonato: ⁷

- Arroja todo el líquido del pulmón.
- Mejorar la oxigenación general y cerebral.
- Él bebe está más alerta.
- El apego favorece la producción de leche.

- Él bebe permanece en la habitación con sus padres inmediatamente (apego precoz).

Contraindicaciones para parto vaginal con cesárea previa 7

Solamente 15.6% de las pacientes con cesárea previa tienen contraindicaciones relativas o absolutas para realizar trabajo de parto y parto por vía vaginal. Son absolutos aquellos casos de cesárea corporal clásica o cesárea en "T" invertida, así mismo como una dehiscencia de una cicatriz uterina previa que requirió reparo de la misma, esto se hace incluso para las "ventanas" de cualquier tipo. Contraindicaciones relativas como dos o más cesáreas previas, cicatriz uterina de tipo desconocido, embarazos gemelares o macrosomía fetal diagnosticada previamente por exámenes ultrasonográficos. Dos o más cesáreas previas se presenta solo en el 2.3% de la población obstétrica, debido tal vez a que en un procedimiento quirúrgico inicial es probable que la paciente acepte la ligadura tubárica como método definitivo de planificación. El tener dos cesáreas previas puede no considerarse como una contraindicación y puede ser una alternativa razonable para determinado grupo de pacientes, con tasas de éxito similares a las pacientes con una sola cesárea previa (75.3%), otros no la recomiendan encontrando 3 veces más frecuencia de ruptura uterina. En estudios realizados con fetos macrosómicos son controvertidos y la presencia de un feto con un peso ecográfico estimado mayor de 4.000 gramos no aumenta la morbi-mortalidad perinatal, en pacientes con cesárea previa se observa en ciertos trabajos una disminución en la tasa de partos vaginales en fetos macrosómicos (43% vs. 58%) aunque otros autores no reportan diferencias en el resultado del embarazo con pesos estimados fetales de más de 4.000 g (73%) vs. menos de 4.000 g (76%). (60) La sobre distensión uterina ocasionada por un embarazo gemelar o un polihidramnios puede no estar asociada a un mayor índice de rupturas uterinas. Presentaciones en podálica y embarazos gemelares puede no ser considerada como contraindicación absoluta y puede ofrecerse parto vaginal sin riesgo, sin embargo, otros argumentan que, al realizar la

manipulación para lograr extraer el feto en podálica, puede llegar a convertir un pequeño defecto uterino o una ventana en una ruptura uterina completa, pero faltan más datos al respecto. La localización de la placenta no se sabe si pueda influenciar en el desarrollo de ruptura uterina cuando se encuentra implantada sobre la cicatriz uterina, trabajos pertinentes consideran que tal caso se pueda asociar a ruptura del útero y a pérdidas hemáticas mayores, pero no hay datos concluyentes actualmente. No se encontraron estudios donde el antecedente de una infección intra-amniótica o el desarrollo de una endometritis post cesárea puedan influir de manera adversa la tasa de complicaciones maternas al ofrecer trabajo de parto en los embarazos siguientes. Cuando se trata de una cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja el permitir un trabajo de parto es una alternativa más segura que una cesárea automática subsiguiente y toda paciente con este tipo de incisiones uterinas previas deben considerarse aptas para un parto por vía vaginal, pues el riesgo de ruptura uterina es muy bajo y no está asociado con serias complicaciones.

Complicaciones maternas del parto vaginal con cesárea previa

Desde mucho tiempo la complicación más temida por los obstetras al ofrecer parto vaginal con cesárea previa es la ruptura uterina. Las definiciones de los diferentes tipos de ruptura uterina a saber son:

Dehiscencia: separación de los planos anatómicos previamente suturados que; Corresponde a una "ventana", la solución de continuidad uterina no compromete el peritoneo y no hay vaciamiento de su contenido.

Ruptura incompleta: Abertura de la cicatriz con expulsión del contenido uterino sin compromiso del peritoneo.

Ruptura completa: Hay expulsión del producto y ruptura del peritoneo.

Hay que diferenciar entre los diferentes tipos de ruptura uterina pues en los casos de dehiscencias o "ventanas" por lo general tienen poca

significancia clínica y no presenta resultados adversos fetales-neonatales, mientras que la ruptura completa se puede acompañar de alta morbi-mortalidad materno-fetal. Hay numerosos signos clínicos descritos en la literatura que puedan indicar ruptura uterina, algunos de manera precoz, como es el caso de cambios en la frecuencia cardiaca fetal principalmente desaceleraciones variables que se profundizan y se convierten en tardías, pudiéndose constituir en el único signo de inminencia de ruptura uterina ; el segundo signo más precoz es el dolor entre las contracciones de manera persistente y progresivo en cuanto a severidad, no existe entonces periodo de dolor ausente durante los periodos de reposo uterino sobre todo a nivel de la parte inferior del abdomen, sin embargo este hallazgo puede generar confusión pues su interpretación es de carácter subjetivo y otros lo consideran como un pobre indicador ; otros signos son la hemorragia vaginal abundante, pero hay que tener en cuenta que este sangrado puede hacerse hacia los ligamentos anchos o la cavidad abdominal haciéndose escaso externamente y presentar un cuadro progresivo de choque hipovolémico sin sangrado externo; el dolor que persiste a pesar de la analgesia epidural, hematuria macroscópica, pérdida de las contracciones, retroceso de la presentación, anillos de contracción a nivel segmentario y muerte fetal son otros hallazgos que pueden encontrarse en casos de ruptura del útero. La incidencia de ruptura uterina en pacientes con cesárea previa oscila en 2.6%, incluyendo casos de dehiscencia. En un estudio multicéntrico realizado en EE.UU. (66) se reportaron 8 casos de ruptura uterina con una incidencia muy baja del 0.7% con ninguna muerte materna atribuible y 3 complicaciones dadas por dos casos de sufrimiento fetal agudo y una histerectomía. Golán hace una extensa revisión de rupturas uterinas encontrando 93 rupturas de 126.713 partos analizados con una incidencia de uno por cada 1.362 (0.73%), dentro de las cuales se incluyen pacientes con y sin cesárea previa, encontrando factores asociados como el uso inadecuado de oxitócicos (42%), desproporción céfalo-pélvica (40%), gran multiparidad (31%) y abrupto de placenta (18%) La ruptura más frecuentemente encontrada fue la transversa segmentaria. La mortalidad materna fue de 9.7% con una mortalidad fetal

de 22%. El manejo inicial abordado en todas las pacientes fue la resucitación y restauración de la volemia, posteriormente individualización de cada caso en la sala de operaciones de acuerdo al tipo de lesión, localización y extensión, así como el deseo reproductivo de la paciente. En el estudio 75% de las pacientes requirió histerectomía de las cuales 36% fueron subtotaletes; el resto se realizó reparo del desgarro uterino.

En caso de presentarse una ruptura uterina esta puede corresponder a una dehiscencia que se encuentre asintomática por lo que no ameritaría manejos posteriores que cicatrizaría por segunda intención. En caso de presentarse una ruptura uterina de dimensiones mayores estaría abocada la histerectomía y o el reparo de la misma mediante laparotomía. Otro autor en una revisión de 162 casos de ruptura uterina encontró una mortalidad materna de 13.5% con una mortalidad fetal muy elevada de 76.1%, encontrando además que en las pacientes sin cesárea previa cuando presentan ruptura uterina por lo general son multíparas. La ruptura uterina en pacientes con cesárea previa es un evento raro y los datos que se han registrado en la literatura corresponden a millares de partos ofrecidos por lo que en la mayoría de los artículos de revisión no se encontró algún tipo de muerte materna atribuible al parto vaginal con cesárea previa. Como tampoco incrementos en la morbilidad materna fetal. No hay aumento en la incidencia de complicaciones maternas de las pacientes con cesárea previa que fueron sometidas a trabajo de parto en cuanto a pérdida sanguínea o hemorragia post parto. Es necesario entonces colocarnos en la balanza del riesgo-beneficio para la paciente llegando a la conclusión que una cesárea electiva presenta mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal que un parto vaginal, siendo la ruptura uterina en el último de los casos un evento raro que en suma no sobrepasa los riesgos de realizar un procedimiento quirúrgico mayor como es la cesárea. Por lo tanto, podría constituirse un nuevo axioma: "Después de una cesárea puede ocurrir un partovaginal".²¹

Complicaciones fetales del parto vaginal con cesárea previa

No hay diferencias entre ambos grupos de pacientes, aquellas con parto vaginal o cesárea en los resultados perinatales en cuanto a puntajes de APGAR al minuto y a los cinco minutos y al pH del cordón umbilical. El APGAR al minuto fue mayor de 8 en el 97% de las pacientes con parto y cesárea previa. Miller en un estudio a 10 años en el que incluye 17.322 pacientes con cesárea previa de las que el 73% se les ofreció prueba de trabajo de parto con una tasa de éxito de 82% solo observó una incidencia de 0.7% en rupturas uterinas y solo 3 casos de muerte fetal atribuible a la ruptura uterina (0.24%).²²

Inducción y conducción del parto con cesárea previa

El uso de oxitócicos en pacientes con cesárea previa no se encuentra contraindicado y no se asocia a incrementos en el riesgo de ruptura uterina. El colegio americano de ginecología y obstetricia afirma que se puede utilizar de una manera segura sin aumentar el riesgo materno-fetal. Tampoco se encontró variaciones en las puntuaciones de Apgar en el grupo de pacientes con uso de oxitócicos. Flamm demuestra que el uso de oxitócicos en este tipo de pacientes oscila entre el 27%. Mackenzie en un estudio de 143 pacientes con el uso de prostaglandinas a nivel cervical en forma de gel no encontró ningún tipo de complicación materna o fetal considerándolo un método seguro y eficaz sobre todo cuando existe un cérvix inmaduro para realizar inducción oxitócica, con una tasa de éxito en parto por vía vaginal de 68%, si el cérvix presenta un índice de Bishop favorable la tasa de éxito es del 76%. Estas conclusiones son corroboradas por otros autores, sin incrementar la morbilidad neonatal o el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, así mismo el uso de este medicamento no se asoció a un incremento mayor de rupturas uterinas. En estudios comparativos con primigravidas y pacientes con cesárea previa el uso de prostaglandinas a nivel cervical no demostró diferencia alguna demostrando así seguridad en la inducción del trabajo de parto. En grandes multíparas se ha intentado estimulación del pezón como método de inducción del trabajo

de parto vaginal variables, encontrando tasas de éxito en parto por vía vaginal del 84% y recomendándolo también como método seguro y eficaz para este tipo de pacientes.²⁰

Analgesia obstétrica en pacientes con cesárea previa

La principal preocupación del uso de la anestesia regional es el riesgo de enmascarar el dolor durante una ruptura uterina.

Otras preocupaciones son la parálisis simpática que puede atenuar la respuesta a la hemorragia en caso de producirse la ruptura y la hipotensión causada por la anestesia epidural que puede confundirse con ruptura uterina, pero existen signos clínicos más seguros de una posible ruptura uterina como son los cambios en la frecuencia cardiaca fetal que no se ven alterados con el uso de este procedimiento. Por lo tanto, el uso de analgesia peridural obstétrica durante el trabajo de parto en pacientes con cesárea previa no se encuentra contraindicado y puede ser aceptado.¹⁹

Otros beneficios del parto vaginal con cesárea previa

El tiempo de estadía hospitalaria es substancialmente menor en pacientes que tienen parto por vía vaginal (Promedio de 2.1 días) que las intervenidas por cesárea (Promedio de 5.3 días). Los costos institucionales son mucho menores cuando se adopta la política de ofrecer parto vaginal con cesárea previa; para 1.985 en EE.UU. los costos por realizar cesáreas electivas en pacientes con cesárea previa sobrepasaban los 500 millones de dólares. Comparando el grupo de pacientes con cesárea previa que tuvieron parto vaginal con aquellas pacientes llevadas a cesárea electiva se observó menor morbilidad en el primer grupo lo que disminuye costos y estancia hospitalaria. En un estudio multicéntrico se tomaron 7.229 pacientes de los cuales al 70% se les ofreció trabajo de parto y al 30% restante se realizó cesárea electiva; la tasa de rupturas uterinas fue menor al 1% en el primer grupo sin asociarse a muertes maternas relacionadas a la ruptura, mientras que la estadía post parta en el hospital, la incidencia de transfusiones

sanguíneas y de fiebre post parto fue significativamente menor en las pacientes llevadas a trabajo de parto vaginal del 75%.¹⁸

Epidemiología:

En 2006, la tasa de parto vaginal post cesárea (PVPC) en Estados Unidos era 31,1% y fue la más elevada de todos los tiempos, convirtiendo a la cesárea en el procedimiento quirúrgico más realizado en las mujeres de ese país. La magnitud de esta tasa fue atribuida al aumento de las tasas de cesáreas primarias de 14,6% a 20,3% en 2005, lo que equivalía a un aumento del 60%. Con una tasa de PVPC de 37,9% (la más baja de todos los tiempos), las mujeres sometidas a cesárea primaria tienen más del 90% de probabilidades de tener otro PVPC, lo que solo sirve para aumentar la tasa general de cesáreas. Casi la mitad de las cesáreas son electivas antes de comenzar el trabajo de parto.¹⁴ En América Latina del 29% en promedio, observándose los índices más elevados en México, Brasil, República Dominicana y Chile, los cuales oscilan entre 30% y 39%. En Colombia la tasa

de cesárea reportada es de 27% pero llega hasta un 67% en instituciones privadas.¹⁵ En nuestro país se realizaron múltiples estudios respecto al tema, sobre todo en la ciudad de Lima, pero en su totalidad de tipo descriptivo, determinándose un porcentaje de 50 – 70% de gestantes con cesárea previa pudieron tener un parto vaginal con escasas complicaciones.¹⁶

Otro estudio realizado por Ramírez y Gatica, de tipo observacional, retrospectivo de corte transversal realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé con los objetivos de conocer la frecuencia de la vía de culminación del parto en pacientes con antecedente de cesárea, identificar el tipo de parto vaginal en gestante Cesareada anterior e identificar las patologías más comunes de la indicación de cesárea previa, encontraron que el 63,1% culminó por cesárea, y el 36,8% por vía vaginal, siendo la forma de inicio de trabajo de parto más frecuente la espontánea. El 11,2% del grupo de término vía vaginal fue inducido con oxitocina. La principal indicación de cesárea fue el antecedente de cesárea anterior (67,9%). El tipo de parto más

frecuente fue el eutócico (81,7%), seguido por fórceps (13,1%); y por último por vacum (5,2%). Concluyeron que la cesárea es la vía de culminación más frecuente en pacientes con antecedente de cesárea y el parto vaginal es la vía de culminación más frecuente en gestantes con antecedente de cesárea una vez.¹⁷

Definiciones conceptuales

Cesárea o parto por cesárea: se define como la terminación quirúrgica de la gestación por medio de incisiones en la pared abdominal y en la cara anterior del útero, a través de las cuales es extraído el feto, se lleva a cabo cuando la madre o el feto se encuentran en situación de peligro de muerte.

Parto vaginal en Cesareada anterior y periodo intergenésico corto:

Paciente con parto eutócico y antecedentes de cesárea anterior, y periodo intergenésico menor a 24 meses o 2 años.

Efecto materno: Un efecto materno es cualquier rasgo, característica o exposición de la gestante durante el embarazo

Efecto perinatal: Un efecto perinatal es cualquier rasgo, característica o exposición de la gestante durante el parto o alumbramiento.

Puerperio: El puerperio es el periodo que comprende desde el final del parto hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo.

Parto vaginal: comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.

Factor de riesgo: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Puérpera: Mujer en etapa de posparto, que experimenta modificaciones anatómicas, funcionales, emocionales y familiares, ante las cuales debe adaptarse para responder satisfactoriamente a las necesidades de cuidado de sí y de su nuevo hijo. En este proceso deberá contar con las diferentes fuentes de apoyo familiares y de su entorno para lograr una adecuada recuperación y adaptación.

Cesareada anterior: se define como gestante con historia de cesárea previa una o más veces. Se define la cesárea como la extracción de un feto mayor de 20 semanas, vivo o muerto, a través de incisiones abdominal y uterina.

Perinatal: Se define como el período que comprende desde las 22 semanas de gestación (154 días) hasta el término de las primeras 4 semanas de vida neonatal (28 días).

2.2.2. Hipótesis General

Hi: los efectos maternos y perinatales influyen en el parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior en el hospital Tingo María, 2020.

Ho: los efectos maternos y perinatales no influyen en el parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior en el hospital Tingo María, 2020.

2.3. Variables

2.3.1. Variable Independiente

Efectos maternos y perinatales.

2.3.2. Variable Dependiente

Parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior.

2.4. Operacionalización de variables

Operacionalización de variables según Doctor Supo

VARIABLES INTERVINIENTES		TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICION
EDAD		numérica	Se considera el número de años cumplidos	De 12 a 17 18 a 29 30 a mas	Numérica Continua
Paridad		categoría	Número de hijos	Primípara Multípara Gran multípara	Nominal Politómica
Procedencia		Categorico	Lugar de donde viene	Urbano Rural	Nominal Dicotómica
Grado de instrucción		ordinal	Grado o nivel alcanzado de estudios al momento del parto	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Nominal Politómica
Atención pre natal		Categorico	Atención pre natal realizada	¿Se realizó su atención pre natal? Si no	Nominal Dicotómica
Número de cesáreas previas		Categorico	Antecedentes de cesáreas previas	Uno Dos Más de 2	Nominal Politómica
Parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior.	Tipo de parto	categoría	Vaginal Cesárea	Si () No () Si () No ()	Nominal Dicotómica

CAPITULO III

3. METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación

Según la intervención del investigador el estudio fue **observacional**, ya que solo se observó y se describió en forma precisa los fenómenos. De acuerdo a la planificación de la medición de la variable de estudio fue **retrospectivo**, porque se registraron información de una fuente primaria.

Por el número de mediciones de la variable de estudio fue **transversal**, porque los instrumentos se aplicaron en un solo momento y las variables se midieron una sola vez. y, según el número de variables analíticas el estudio será **analítico**.

3.1.1. Enfoque:

El enfoque del presente proyecto fue cuantitativo, puesto que se comprobaron las hipótesis mediante el análisis estadístico, asimismo de acuerdo a las características del problema de investigación solo describiremos la variable en estudio.

3.1.2. Nivel de Investigación

El nivel de investigación fue descriptivo, ya que se describieron las variables principales y secundarias.

3.1.3. Diseño de Investigación

El presente trabajo de investigación tuvo un diseño no experimental de tipo descriptivo.

Se esquematiza de la siguiente manera:

M ← O

Dónde:

M: Representa a la muestra en estudio

O: Representa a la observación o toma de datos.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población del presente estuvo representada por las puérperas con atención de parto eutócico con antecedente de parto por cesárea, que fueron atendidas en el Hospital Tingo María, que son un total de 60.

Criterios de inclusión: puérperas atendidas en el Hospital de Tingo María, con parto eutócico, y antecedente de cesárea previa, y las que acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión: puérperas atendidas en el Hospital de Tingo María, con parto eutócico, y antecedente de cesárea previa, con parto domiciliario. Se excluyó a las que estuvieran atravesando algún tipo de crisis emocional y a las no concluyeron con el llenado de los instrumentos de recopilación de datos y a las que no aceptaron rubricar el consentimiento informado.

3.2.2. Muestra

Por ser una muestra pequeña se hizo uso del muestreo no probabilístico por conveniencia, para lo cual se consideró un total de 60 puérperas.

3.2.3. Tipo de Muestreo

Para la selección de la muestra se tomó en cuenta la técnica del muestreo no probabilístico por conveniencia teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.2.5. Recolección de datos

La técnica empleada fue el estudio de las historias clínicas y las herramientas de recolección de datos fue una guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio.

Instrumento: Se utilizó Historias clínicas para recolección de datos, para obtener información sobre el problema que se está investigando a base de un conjunto de ítems para recoger información concerniente a los efectos maternos y perinatales de las puérperas con parto eutócico y antecedente de cesárea atendidas en el hospital de Tingo María.

Asimismo, el instrumento estuvo dividido en datos generales y sobre los efectos maternos y perinatales de las puérperas con parto eutócico y antecedente de cesárea atendidas en el Hospital de Tingo María (Anexo - 1).

3.3. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

El proceso de Investigación se realizó de la siguiente manera:

1. Se solicitó la autorización al director del hospital para la ejecución del proyecto.
2. Se ubicó el marco muestral en el programa en estudio.
3. Visita al hospital en estudio.
4. De acuerdo al Cronograma de actividades, se procedió a la recolección de datos a la salida del programa en estudio.
5. Control de calidad de los datos
6. Análisis descriptivo e inferencial de los datos.

Se consideraron también las siguientes fases:

- **Revisión de los datos.** “En el cual se examinó cada uno de las encuestas entrevistadas. Se procesó la información recolectada, inmediatamente de haber terminado la encuesta.
- **Codificación de los datos.** “Se realizó la clasificación en el momento de recopilación de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas obtenidas en los formularios respectivos, según las variables de exposición. Se utilizó la estadística descriptiva

a través de las tablas de menudeo, proporciones, gráficos para determinar algunas variables. Asimismo, se utilizaron estadísticos como medidas de predisposición central y dispersión para examinar las variables de estudio en el software SPSS Statistics presentación 23.00". (1)

- **Clasificación de los datos.** Se consideró a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos.** "Se presentaron los datos en cuadros estadísticos y en gráficos de las variables. Para elaborar los cuadros y gráficos estadísticos se utilizaron el software Microsoft Excel ya que cuenta con más aplicaciones en las figuras estadísticas, así mismo los gráficos tienen más y mejor comprensión".

Análisis descriptivo. "Según la particularidad de las variables se utilizaron las siguientes: en el tema de variables categóricas como: situación civil, etc., se utilizaron las medidas de repetición y sus respectivos porcentajes, asimismo se elaboraron figuras de sectores y barras, dependiendo de las respuestas que serán dicotómicas o politómica o ya sea variable nominal u ordinal. En asunto de variables numéricas se usarán las medidas de predisposición central (mediana, moda y media), conjuntamente se hallaron las medidas de dispersión (desviación, varianza y error). Igualmente se aplican las medidas de perspectiva y forma (percentil, cuartil y decil), las cuales tendrán su respectiva imagen ya sea histograma o caja y bigote".

Análisis inferencial. Se realizó un análisis bivariado a través de una prueba no paramétrica de CHICUADRADO para evaluar la relación entre las variables en estudio, tabulado en el SPSS V23.0. Para la significancia estadística de esta prueba se tendrá en cuenta un valor $p < 0,05$.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos:

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DE TINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Frecuencia	Porcentaje
Total	60	100
EDAD		
12 A 17	11	19
18 A 29	22	37
30 A MAS	27	44
NIVEL DE ESTUDIO		
PRIMARIA	7	11
SECUNDARIA	30	50
SUPERIOR	21	35
SIN ESTUDIO	2	4
PROCEDENCIA		
RURAL	20	34
URBANA	40	66

Fuente: (Cuestionario estructurado)

INTERPRETACION

En referencia a los factores demográficos, se pudo observar que un (44%) tuvieron edad más de 30 años, en relación al nivel de estudio un (50%) tuvieron nivel secundario, y el (66%) procede de zona urbana.

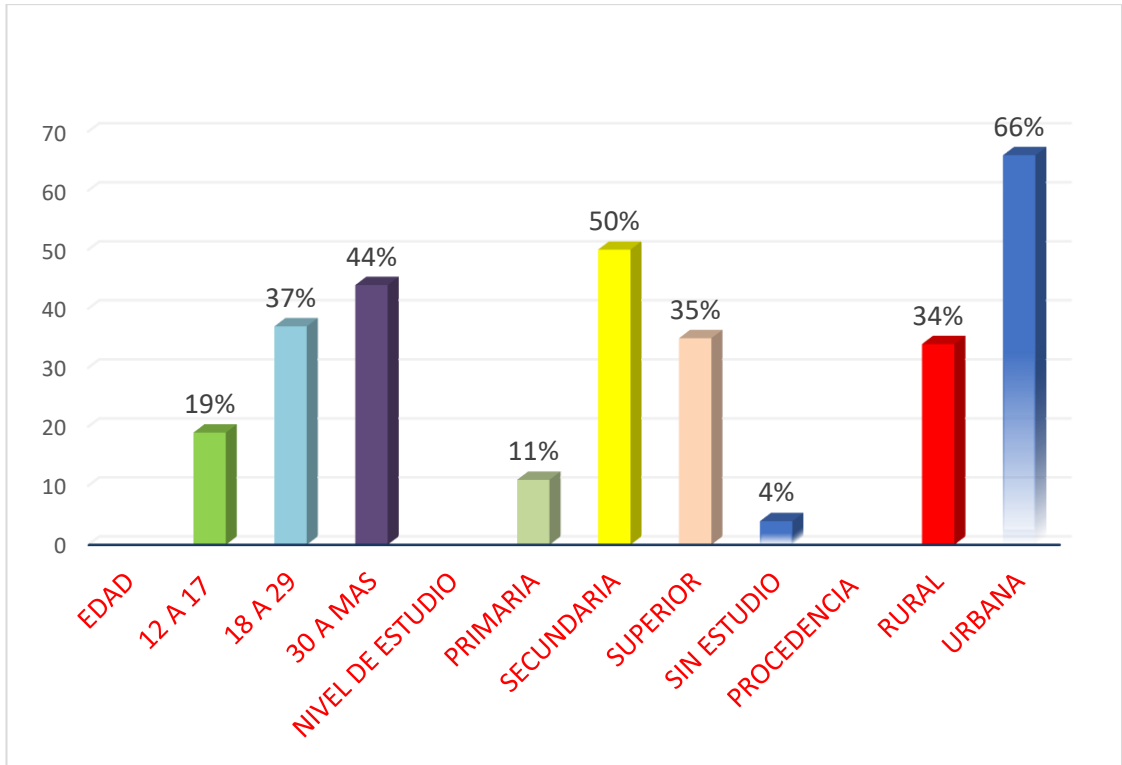


Gráfico 1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICOS

Tabla 2. ANTECEDENTES OBSTETRICOS DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DE TINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	Frecuencia	Porcentaje
Total	60	100
NUMERO DE HIJOS		
UNO	41	68
DOS	12	20
MAS DE DOS	7	12
ATENCION PRE NATAL		
SI	60	100
NO	0	0
NUMERO DE CESAREAS PREVIAS		
UNO	41	68
DOS	19	32
MAS DE DOS	0	0
PERIODO INTERGENESICO CORTO		
SI	6	10
NO	54	90

Fuente: (Cuestionario estructurado)

INTERPRETACION

En referencia a los antecedentes obstétricos, se pudo observar que un (68%) tuvieron un hijo, en relación a la atención prenatal el (100%) tuvieron atención pre natal; y en relación al número de cesáreas previas, un (68%) tuvieron una cesárea previa y el (90%) no tuvieron periodo intergenésico corto.

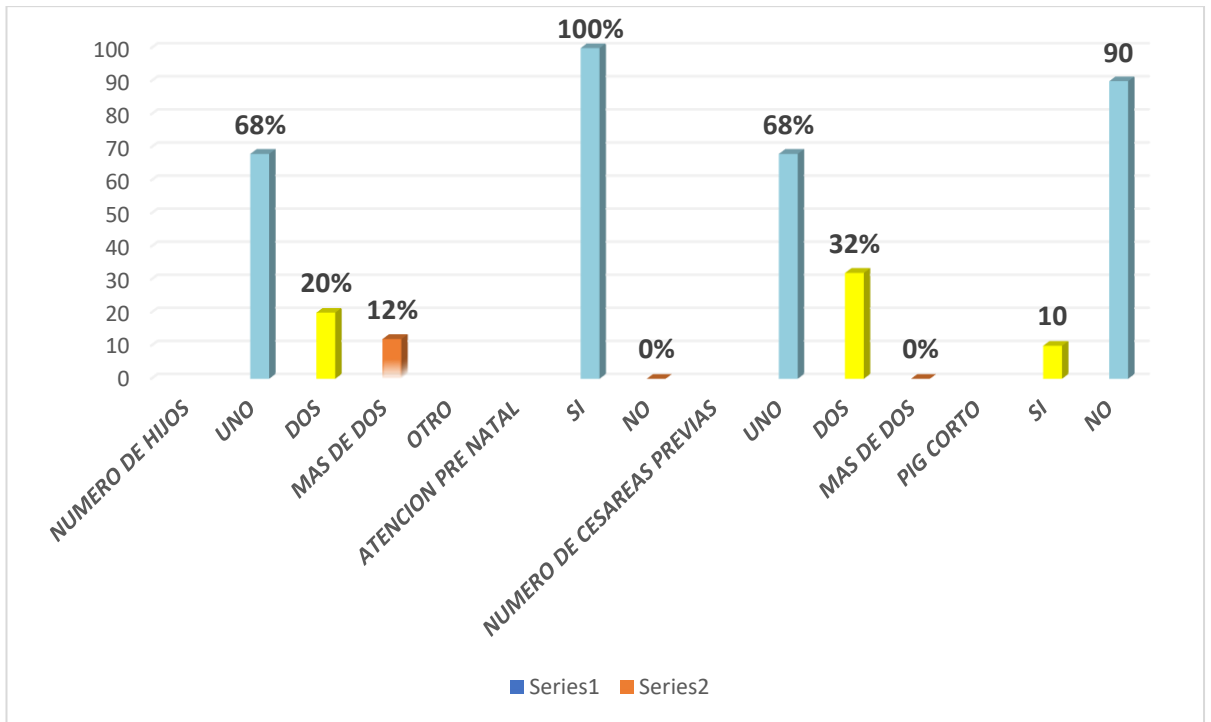


Gráfico 2. ANTECEDENTES OBSTETRICOS DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DE TINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.

Tabla 3. EFECTOS MATERNO PERINATALES ANTE PARTO, DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DE TINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.

EFECTOS MATERNO PERINATALES		
ANTEPARTO	Frecuencia	Porcentaje
Total	60	100
CESAREA ELECTIVA		
SI	21	35
NO	39	65
PREECLAPSIA		
SI	13	22
NO	47	78
EMBARAZO EN VIAS DE PROLONGACION		
SI	9	15
NO	51	85

Fuente: (Cuestionario estructurado)

INTERPRETACION

En referencia a los efectos maternos ante parto se pudo observar que en un (65%) no presento cesárea electiva, en relación a la preeclampsia un (78%) no la presento, el (85%) no presento embarazo en vías de prolongación.

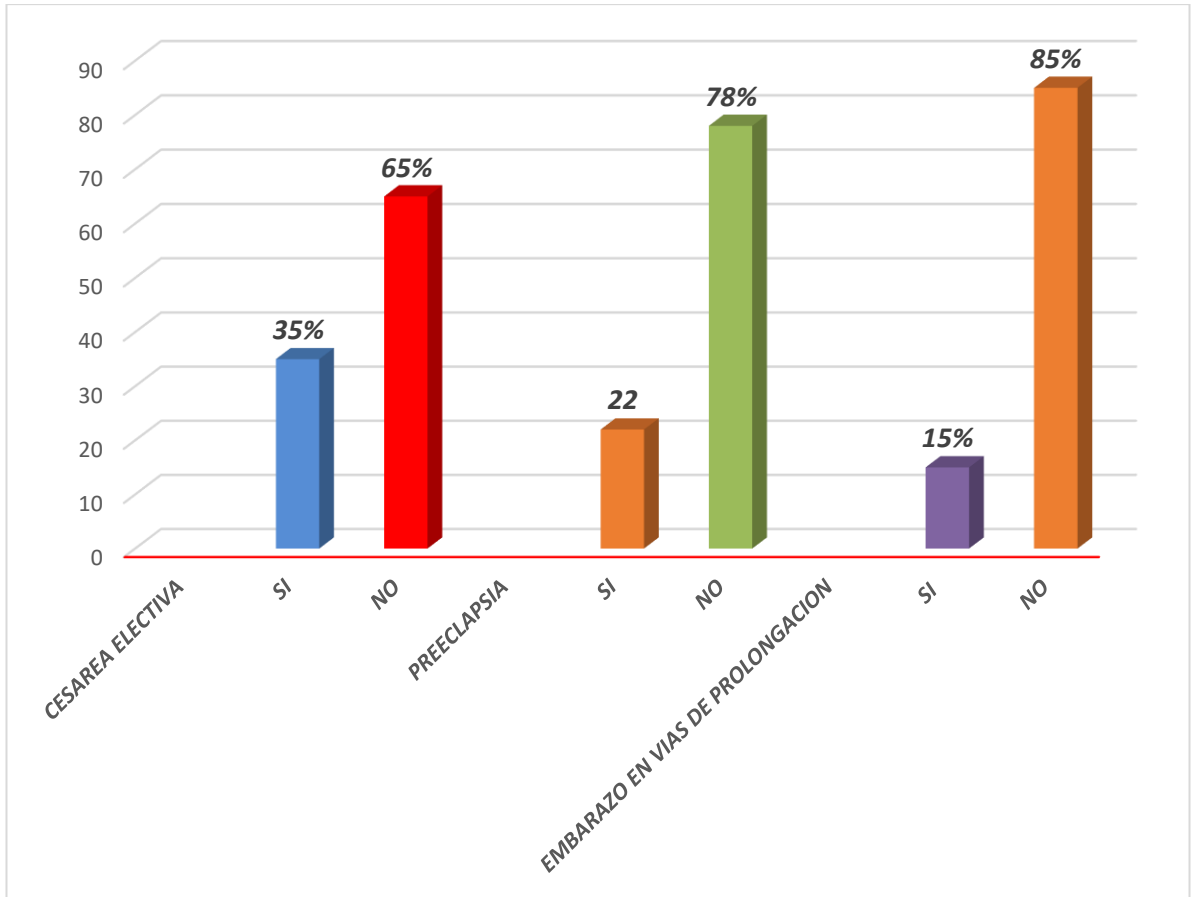


Gráfico 3. EFECTOS MATERNO PERINATALES ANTE PARTO, DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DE TINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.

Tabla 4. EFECTOS MATERNO PERINATALES INTRA PARTO, DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DE TINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.

EFFECTOS MATERNO PERINATALES	Frecuencia	Porcentaje
INTRAPARTO		
Total	60	100
SUFRIMIENTO FETAL		
SI	6	10
NO	54	90
DESPROPORCION CEFALO PELVICA		
SI	17	28
NO	43	72

Fuente: (Cuestionario estructurado)

INTERPRETACION

En referencia a los efectos maternos intra parto se pudo observar que en un (90%) no presento sufrimiento fetal agudo, en relación a la desproporción céfalo pélvica un (72%) no la presento, DCP.

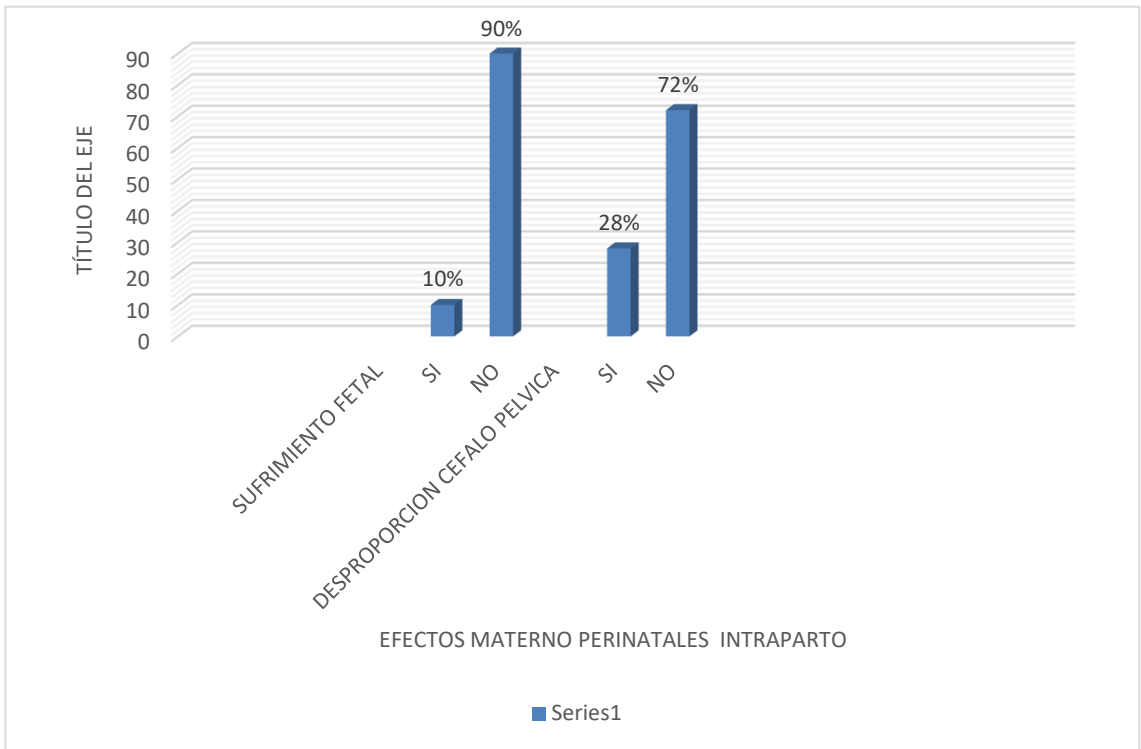


Gráfico 4. EFECTOS MATERNO PERINATALES INTRA PARTO, DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DE TINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.

Tabla 5. EFECTOS MATERNO PERINATALES POSTPARTO DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DETINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.

EFFECTOS MATERNO PERINATALES POSTPARTO	Frecuencia	Porcentaje
Total	60	100
ROTURA UTERINA		
SI	0	0
NO	60	100
HEMORRAGIA TERCER TRIMESTRE		
SI	5	8
NO	55	92
TRAUMA OBSTETRICO		
SI	9	15
NO	51	85
MACROSOMIA FETAL		
SI	18	30
NO	42	70
BAJO PESO AL NACER		
SI	5	8
NO	55	92

Fuente: (Cuestionario estructurado)

INTERPRETACION

En referencia a los efectos materno post parto, se pudo observar que un (100%) no se presentó rotura uterina, un (92%) no presento hemorragia post parto, un 85% no presento trauma obstétrico, un 30% fueron fetos macrosómicos y un 8% tuvieron bajo peso al nacer.

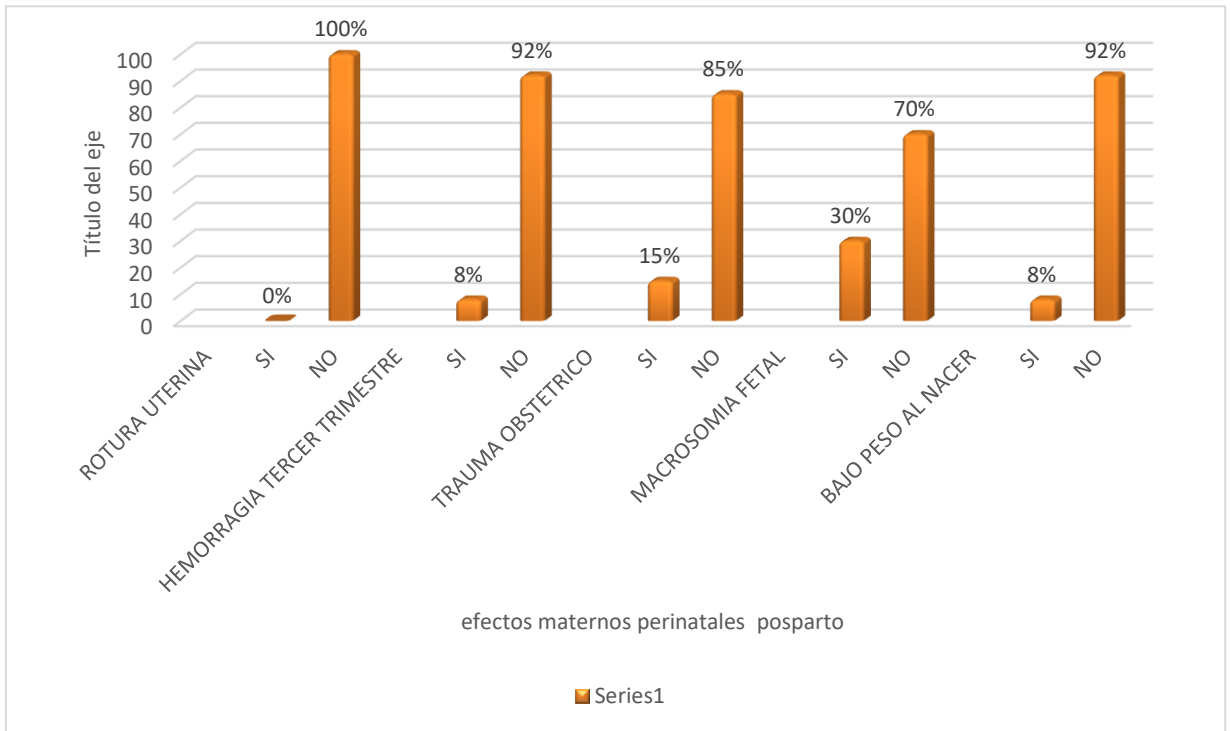


Gráfico 5. FECTOS MATERNO PERINATALES POSTPARTO DEL GRUPO DE ESTUDIO HOSPITAL DETINGO MARÍA; HUÁNUCO, 2020.

CAPITULO V

5. DISCUSION DE RESULTADOS

El procedimiento, quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de permitir un parto vaginal a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones. Ni la cesárea electiva ni la prueba de parto están libres de riesgo. La morbilidad materna es siempre mayor cuando fracasa el intento de parto vaginal que en la cesárea electiva, pero siempre es menor en el parto vaginal que en la cesárea. En Perú, la conducta obstétrica en pacientes con antecedente de cesárea es aún controversial. Diferentes investigadores han identificado los factores de riesgo y las posibles complicaciones en una u otra opción se individualizan en cada caso para la adecuada toma de decisiones en función de mejorar el pronóstico materno y fetal.

Según guías técnicas de prácticas clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del instituto materno perinatal existen indicaciones absolutas e indicaciones relativas para una cesárea previa

La prevención en el ámbito de la salud es una tarea fundamentalmente educativa y formativa, la cual permite proponer y obtener cambios de conductas en las personas anticipando e identificando las situaciones y acciones de riesgo, así como, reconocer los ambientes peligrosos que perjudican al ser humano

En el presente estudio se presentó los efectos maternos perinatales del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior en el hospital de Tingo María.

Los resultados a que llega el estudio muestran en referencia a los factores sociodemográficos que un (44%) tuvieron edad más de 30 años, en relación

al nivel de estudio un (50%) tuvieron nivel secundario, y el (66%) procede de zona urbana.

En referencia a los antecedentes obstétricos, se pudo observar que un (68%) tuvieron un hijo, en relación a la atención pre natal el (100%) tuvieron atención pre natal; y en relación al número de cesáreas previas, un (68%) tuvieron una cesárea previa y el (90%) no tuvieron periodo intergenésico corto.

Al respecto **Flores Hernández, José (11)**. Concluye que la mayoría 12 (36.4%) de pacientes tenían edades de entre 26 a 30 años, la media de edad fue de 27.5 años, la gran mayoría era conviviente 28 (84.8%); 3 (9.1%) madres tenían grado de estudio de superior no universitario; la mayoría 20 (60.6%), estudiaron secundaria y no hubo ningún profesional universitario; según su ocupación la mayoría, 30 (90.9%) eran amas de casa, solo 2 (6.1%) trabajaban como profesionales; la mayoría 24 (72.7) procedían de zonas urbanas de Iquitos. La mayoría 26 (78.8) eran multíparas, hubo 05 (15.2%) casos de primíparas; según el número de cesáreas previas, la mayoría, 29 (87.9%) presentaban solo una cesárea previa. Del mismo modo **Romero (7)**, determinó que el grupo etario el 60% corresponde entre los 19 a 20 años, el 40% entre los 17 a 18 años. El periodo intergenésico corresponde en un 60% más de 2 años y en un 40% entre 1 a 2 años. El 85% de los T/P fueron conducidos y el 15% fueron espontáneos.

En referencia a los efectos maternos ante parto se pudo observar que en un (65%) no presento cesárea electiva, un 78% no presento preeclampsia, y el (85%) no presento embarazo en vías de prolongación.

En referencia a los efectos maternos intraparto se pudo observar que en un (90%) no presento sufrimiento fetal agudo, y el (72%) no presento desproporción céfalo pélvica.

En referencia a los efectos materno post parto, se pudo observar que un (100%) no se presentó rotura uterina, un (92%) no presento hemorragia post parto, un 85% no presento trauma obstétrico, un 30% fueron fetos macrosómicos y un 8% tuvieron bajo peso al nacer.

Al respecto Romero (7), determinó que El 100% de las pacientes terminaron con una buena evolución del trabajo de parto vaginal. El 15 % presento complicaciones el cual fueron resueltas, el 90% de los neonatos presentaron un Apgar mayor a 7 y el 10% entre 4 a 6, el 90% de los recién nacido no presentaron ninguna complicación mientras que el 10% si presentaron siendo resueltas rápidamente. Es decir que en un 90 % el beneficio de un parto post cesárea constituye en beneficios tanto maternos como neonatales. Del mismo modo Rodríguez (10), se apreció que el 72,9 % de las pacientes tuvieron un parto transpelviano y al resto se les realizó cesárea iterada, cuyas principales causas fueron trabajo de parto prolongado, desproporciones céfalo-pélvicas e inminencia de rotura uterina. Dos pacientes presentaron rotura uterina, ambas con período intergenésico menor de 24 meses. El bienestar fetal alterado se presentó en el 31,4 % de las pacientes.

Flores (11) Concluye que los efectos maternos solo 2 (6.1%) presentaron hemorragia postparto, 11 (33.3%) presentaron algún tipo de trauma obstétrico, sobre todo desgarros perineales de bajo grado; también podemos observar que no se presentó ningún caso de rotura uterina, ni infección puerperal ni muerte materna. En cuanto a los efectos perinatales se observó que solo 2 (6.1%) presentaron APGAR bajo y Asfixia neonatal, y el mismo número de muertes neonatales; 6 (18.2%), presentaron bajo peso al nacer, 4 (12.2%) presentaron muy bajo peso al nacer, la mayoría 26 (78.8%) presentaban peso adecuado para la edad. En cuanto a la asociación entre la asfixia neonatal y muerte neonatal, hubo dos casos de asfixia neonatal uno de ellos murió, además se pudo observar que la asfixia neonatal está asociada estadísticamente significativa a la muerte neonatal; En cuanto a la asociación de bajo peso al nacer y muerte neonatal de los 6 casos de bajo peso al nacer, 2 de ellos murieron, haciendo el 33.3% de los casos de bajo peso, el bajo peso al nacer está asociada estadísticamente significativa a la muerte neonatal (Chi 2= 9.58 y p= 0.002). En cuanto a la asociación entre paridad y trauma obstétrico, se pudo observar que, de los 11 casos de trauma obstétrico, 4 eran primíparas, 6 multíparas; la paridad está asociada estadísticamente significativa a la presencia de trauma obstétrico en mujeres con parto vaginal

a pesar del antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto (Chi2= 6.4 y p= 0.04)

Al respecto **Liberato (13)**, obtuvo que el trabajo de parto espontaneo terminaron en parto vaginal 72.6 % y 27,4 % en cesárea P=002, OR=3.7 (1.53-8.94), contracciones uterinas normales 74.7 % y 55.3 % contracciones ausentes o esporádicas terminando en cesárea P<0.001, OR=0.275 (0.13-0.57), membranas rotas al ingreso 78,6 % en parto vaginal y 33,1 % en cesárea P=0.219, gestaciones mayor a 3,37 IC 95% P=0.001 en parto vaginal, Bishop>6 terminaron en parto vaginal 84,4% y 60,0% con Bishop<5 en cesárea P<0.001, edad materna con una media de 30-38 años terminaron en parto vaginal, y peso del recién nacido una media de 3414-65gr terminaron en parto vaginal.

CONCLUSIONES

- En referencia a los factores demográficos, se pudo observar que un (44%) tuvieron edad más de 30 años, el (50%) tuvieron nivel secundario, y el (66%) procede de zona urbana.
- En relación a los antecedentes obstétricos, se pudo observar que un (68%) tuvieron un hijo, el (100%) tuvieron atención pre natal; un (68%) tuvieron una cesárea previa y el (90%) no tuvieron periodo intergenésico corto.
- Entre los efectos maternos ante parto se pudo observar que en un (65%) no presento cesárea electiva, un 78% no presento preeclampsia, y el (85%) no presento embarazo en vías de prolongación.
- En referencia a los efectos maternos intraparto el (90%) no presento sufrimiento fetal agudo, y el (72%) no presento desproporción céfalo pélvica.
- Entre los efectos materno post parto, un (100%) no se presentó rotura uterina, el (92%) no presento hemorragia post parto, un (85%) no presento trauma obstétrico, el (30%) fueron fetos macrosómicos y un (8%) tuvieron bajo peso al nacer.

Según las conclusiones obtenidas se establecen las recomendaciones siguientes.

RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de la salud deben realizar estudios en líneas de investigación analíticas sobre temas relacionados al presente estudio ya que hay antecedentes gineco-obstétricos que se tienen que reevaluar para proponer otras alternativas de solución al momento de decidir si el parto será por vía vaginal o cesárea, como en el caso de nuestro estudio.
2. La Dirección Regional Salud y Autoridades locales, como una alianza estratégica, deben crear un programa de proyección a la comunidad, mediante el cual el personal de obstetricia brinde talleres informativos con respecto a los diferentes temas de Salud Sexual y reproductiva en las instituciones educativas universitarias tanto para alumnos, docentes y padres de Familia; complementando con campañas preventivo-promocionales a la población.
3. Los estudiantes del pregrado deben planear y ejecutar estudios de investigación similares en otros establecimientos de salud de la provincia de Leoncio Prado, a fin de verificar y comparar los resultados para iniciar otras líneas de investigación sobre partos eutócicos con antecedente de cesárea.
4. Es necesario realizar estudios prospectivos donde se evalúen otros factores que permitan desarrollar un score predictor de parto vaginal, se comparen con las ya existentes y dar un mayor poder de recomendación.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ibarra H. Manual de Obstetricia y Perinatología. Cap. 5. Ed. EFACIM 2015
2. Mac Dorman MF, Menacker F, Declercq E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. Clin Perinatol 2016; 35:293–307.
3. National Institutes of Health. NIH Consensus Development Program. NIH State-of-the-Science Conference: cesarean delivery on maternal request. NIH ConsensStateSciStatements. 2016 Mar 27-29; 23(1):1-29.
4. Núñez M, Orquiola Prevalencia de Parto Vaginal en Pacientes con Cesárea Previa Paraguay: 2015.
5. Cardozo S, Bernal MC. Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. Av. enferm. 2009 No. 27 (2): 82-91.
6. Sepúlveda-Mendoza Denisse, Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea, México 2015.
7. Romero Pacheco, Julia, Determinación de los factores favorables para un parto vaginal post cesárea en primigestas juveniles de 15 a 20 años en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel. Ecuador 2013.
8. Salarí Magdalena, Parto vaginal después de cesárea. Estudio sobre mujeres que lo planificaron y lo vivenciaron, Uruguay, 2017
9. Cuero-Vidal, Olga, Parto vaginal después de una cesárea previa, hospital San Juan de Dios, Cali Colombia, 2014.
10. Rodríguez Iglesia, Guillermo, Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior, Cuba 2013.
11. Flores Hernández, José, efectos maternos perinatales del parto vaginal en Cesareada anterior con periodo intergenésico corto; hospital regional de Loreto. 2014.

12. Castillo Oliva, Luis, factores predictores de parto vaginal en cesárea previos, Perú 2017.
13. Liberato Ramón, Ciro, Parto vaginal después de una cesárea previa. Hospital “San Bartolomé” Lima Perú 2013.
14. melissa, perez olazo, factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia. hospital “pnp. luis n. saenz”. lima peru 2015
15. espino felipa, elda johanna complicaciones materno – neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el hospital “maría auxiliadora “ lima – peru 2017
16. Laurente Yalli, Elisa, Autocuidado en el postparto en mujeres atendidas en el centro de salud de San Cristóbal, Huancavelica, 2014.
17. CICAT. Teorías y modelos de enfermería. 2015. Disponible desde: <http://cicatnet.com/web/2015/06/15/teorias-y-modelos-de-enfermeria/>.
18. Echeverría González CL. Op. cit., pág. 15.
19. Ramírez J, Gatica H. Vía de culminación de la gestación de la paciente con el de parto vaginal en pacientes Cesareada anterior en HNDMNSHB. Enero – diciembre 2001. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Julio – 2002, Lima – Perú.
20. Huertas-Tacchino, E; Pocco-Hinostroza, DJ. Prueba De Trabajo De Parto En Cesareada Anterior. Rev. Per Ginecol Obstet. 2010; 56: 284-288. [online] http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_56n4/pdf/a07v56n4.pdf
21. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas Mundiales Sanitarias; Ginebra: OMS; 2008.
22. GAITÁN LÓPEZ, HL; TORRES HENRÍQUEZ, JL; VENTURA MILIAN, AJ; GONZÁLEZ BRAN, JR; MALDONADO BERDUCIDO, OH; ET AL.

Factores De Riesgo Asociados Al Período Intergenésico Corto En Mujeres En Edad De Riesgo Asociados Al Período Intergenésico Corto En Mujeres En Edad Fértil. Tesis Para Optar El Título De Médico Cirujano. Universidad De San Carlos De Guatemala. [online] http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8720.pdf

23. SMITH GC, PELL JP, CAMERON AD, DOBBIE R. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. JAMA 2002; 287: 2684–90.
24. Parto vaginal posterior a una cesárea previa. En: Guías de Procedimientos Asistenciales del Servicio de Obstetricia. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2014. p. 92–106.
25. RODRIGO SÁNCHEZ G; HANTZ I ORTIZ O; ALBERTO CHÁVEZ M. Parto Vaginal En Pacientes Con Antecedente De Una Cesárea Previa. Rev. FacMed UNAM Vol.46 No.1 enero-febrero, 2003. [online] <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-1/RFM46107.pdf>
26. ACOG Practice Bulletin N° 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstetrics & Gynecology 2010; 116 (2): 450-463.
27. SEGO. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Actualizado en junio de 2010.
28. Siddiqui SA. Obstetric factors for unsuccessful trial of labor in second-order birth following previous cesarean. Ann Saudi Med. Agosto de 2013.
29. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Green-top Guideline No. 45, February 2007.
30. Health Canada. Perinatal Health Indicators for Canada: A Resource Manual. Ottawa: Minister of Public Works and Governments Services Canada, 2000. En: <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/phic-isp-pdf/indperie.pdf> visitado en febrero del 2009.

31. SOGC Clinical Practice Guidelines No 155 (Replaces guideline No 147), February 2005. J Obstet Gynaecol Can 2005; 27(2): 164-174.
32. National Institutes of Health. NIH. Consensus Development Conference: vaginal birth after cesarean: new insights. Bethesda (MD): NIH; 2010.
33. Huertas E, Pocco D. Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior. Rev Per Ginecol Obstet. 2010; 56: 284-288
34. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985 Aug 24; 2(8452): 436-7
35. [/A01.03-Hernandez-Sampieri-2014-Cap-6-Formulacion-de-Hipotesis.pdf](#)
<http://tecnicasavanzadas.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/156/2020/08>
36. 827/Factores_Castillo Oliva_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
<https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866>
37. SUBSISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PERINATAL Y NEONATAL. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2009.
38. Salinas P H, Albornoz V J, Reyes P Á, Carmona G S. FACTORES PREDICTORES DE CESÁREA. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004;69(5):357–60
39. Juscamaita V, Tatiana A, Castro L, Antonio J, Porras L, Ángeles M de los. Parto vaginal después de una cesárea: aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital. Rev Peru Ginecol Obstet. octubre de 2013;59(4):261–6.
40. Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa Dirección de Salud Sexual y Reproductiva 2019.
41. Resolución directorial N°1844-2018-GR-HCO/DRS-DR-DESP.

ANEXOS



TÍTULO

“EFECTOS MATERNOS PERINATALES DEL PARTO EUTOCICO EN GESTANTES CON PARTO DISTOCICO
ANTERIOR HOSPITAL TINGO MARIA, 2020”

CUESTIONARIO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Se recolectará los datos mediante Historias Clínicas para obtener información sobre el problema que se está investigando a base de un conjunto de ítems para recoger información concerniente a los efectos maternos y perinatales de las puérperas con parto eutócico y antecedente de cesárea atendidas en el hospital de Tingo María.

EDAD: _____ años

1.-PROCEDENCIA:

a.-Urbano ()

b.- Rural ()

2.- ¿CUÁL ES SU NIVEL DE ESTUDIO?

a.- Primaria ()

b.- Secundaria ()

c.- Superior ()

c.- No estudio ()

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

3.- ¿CUÁNTOS HIJOS TIENE?

a.- UNO ()

b.- DOS ()

c.- MAS DE 2 ()

4.-.-PERIODO INETERGENESICO CORTO

a.-SI ()

b.-NO ()

5.- ¿REALIZO SU ATENCION PRE NATAL?

a.- SI ()

b.- NO ()

6.- NÚMERO DE CESÁREAS PREVIAS

a.- UNO ()

b.- DOS ()

c.- MÁS DE DOS ()

EFFECTOS MATERNOS Y PERINATALES

7.- CESÁREA ELECTIVA

SI ()

NO ()

8.- PREECLAMPSIA

SI ()

NO ()

9.- EMBARAZO EN VIAS DE PROLONGACION

SI ()

NO ()

INTRAPARTO

10.- SUFRIMIENTO FETAL

SI ()

NO ()

11.- DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA

SI ()

NO ()

POST PARTO

12.- ROTURA UTERINA

SI ()

NO ()

13.- HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE

SI ()

NO ()

14.- TRAUMA OBSTÉTRICO

SI ()

NO ()

15.- MACROSOMIA FETAL

SI ()

NO ()

16.- BAJO PESO AL NACER

SI ()

NO ()

PARTO EUTOCICO EN GESTANTE CON PARTO DISTOCICO ANTERIOR

VAGINAL

SI ()

NO ()

CESAREA

SI ()

NO ()

ANEXO 02

HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA EL ESTUDIO DE:

“EFECTOS MATERNOS PERINATALES DEL PARTO EUTOCICO EN GESTANTES CON PARTO DISTOCICO ANTERIOR HOSPITAL TINGO MARIA, 2020.”

Lea la siguiente información para estar segura que comprende perfectamente el objetivo de este estudio que se realizará, y firme en caso de que esté de acuerdo para la recolección de datos de las puérperas con parto institucional eutócico y antecedente de cesáreas atendidas en el Hospital de Tingo María 2020.

El presente proyecto pretende identificar a través de este instrumento los efectos maternos y perinatales para un parto exitoso, en gestantes con antecedentes de cesárea, sus resultados orientarán al Centro a elaborar estrategias efectivas en el mejoramiento de la salud de la población.

Se garantiza la confidencialidad, eso quiere decir que siempre se guardará el anonimato de los datos. Por eso los resultados del estudio se almacenarán en archivos específicos creados especialmente para este fin y estarán protegidos con las medidas de seguridad.

Después de haber leído y comprendido el objetivo del estudio, y haber resuelto las dudas que tenía, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se realice la recolección de datos.

Firma de jefe

Firma investigador

Lugar y fecha.....de.....del 20....

ANEXO 03 TABLA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

ESCALA DE CALIFICACION

Estimado

(a).....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre este instrumento de recolección de datos que se adjunta. Marque con una (X) en SI o NO en cada criterio, según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio			
3. La estructura del instrumento es adecuada			
4. Los Ítems del instrumento responden a la Operacionalización de variables			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
6. Los ítems son claros y entendibles			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación			

SUGERENCIAS:.....

.....

.....

.....

.....

.....
FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO 04

MATRIZ DE CONSISTENCIA

EFECTOS MATERNOS PERINATALES DEL PARTO EUTOCICO EN GESTANTES CON PARTO DISTOCICO ANTERIOR HOSPITAL TINGO MARIA, 2020.”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	INDICADORES
<p>PROBLEMA GENERAL:</p> <p>¿Cuáles serán los efectos maternos perinatales del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior hospital Tingo María, 2020?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS:</p> <p>¿Cuáles serán los efectos maternos del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior?</p> <p>¿Cuáles serán los efectos neonatales del parto eutócico</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar los efectos maternos perinatales del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior hospital Tingo María, 2020.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los efectos maternos del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior. • Identificar los efectos 	<p>4.1. HIPOTESIS GENERAL:</p> <p>Hi: los efectos maternos y perinatales influyen en el parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior hospital Tingo María, 2020.</p> <p>Ho: los efectos maternos y perinatales no influyen en el parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior hospital Tingo María, 2020.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>- Puérperas con parto eutócico, con antecedente de cesárea</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>- efectos maternos y perinatales</p> <p>VARIABLES INTERVINIENTES</p> <p>- Edad.</p> <p>-Paridad</p> <p>-Grado de instrucción.</p> <p>-atención pre natal.</p> <p>-Número de cesáreas previas.</p>	<p>TIPO DE ESTUDIO</p> <p>El tipo y nivel de investigación del presente proyecto es observacional, descriptivo, Retrospectivo y Transversal, porque se, captara la información en un solo momento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rotura uterina • Hemorragia del tercer trimestre • Trauma obstétrico • Sospecha de Macrostomia fetal • sospecha de alteración del bienestar fetal • Periodo intergenésico corto • Cesárea electiva • Desproporción céfalo pélvica • Preeclampsia • Embarazo en vías de prolongación • Bajo peso al nacer

<p>en gestantes con parto distócico anterior? ¿Cuáles serán las características sociodemográficas de la población en estudio?</p>	<p>neonatales del parto eutócico en gestantes con parto distócico anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar a la población en estudio según variables sociodemográficas 				
--	--	--	--	--	--