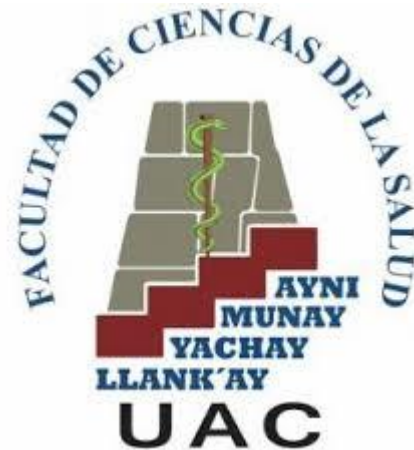
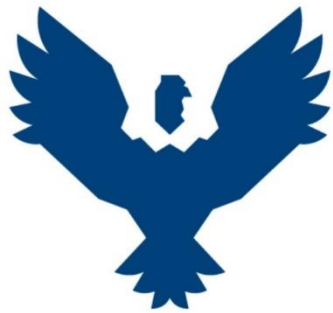




UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

FACTORES PRONÓSTICO ASOCIADOS AL ÉXITO DE
PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON ANTECEDENTE
DE CESÁREA PREVIA EN 2 HOSPITALES DEL PERÚ,
2019-2020

Presentado por los bachilleres:

- Gonzales Soto, Jorge Jesús
- Teves Yupanqui, Kevin Scott

Para optar al Título Profesional de
Médico Cirujano

Asesor:

Dra. Eliana Ojeda Lazo

CUSCO – PERÚ
2021



AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que contribuyeron y apoyaron a la culminación de este trabajo de investigación.

Gracias totales.



DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a mi familia, mis padres Alex y Nancy, a mi hermana Maricielo que me acompañaron y motivaron durante este largo camino.

El presente trabajo de investigación va dedicada a toda mi familia, especialmente a mis padres Jorge y Olimpia como también a mi hermanita Esther.

Así mismo va dedicado a todos nuestros amigos y personas que fueron importantes durante esta etapa universitaria.



JURADO DE TESIS

Dictaminantes

Med. Renan Ramirez

Med. Concha Contreras Hermógenes

Replicantes

Asesor

Dra. Eliana Ojeda Lazo



CONTENIDO

	Pág.
CONTENIDO.....	i
RESUMEN.....	iii
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Formulación de problema.....	3
1.2.1 Problema general.....	3
1.2.2 Problemas específicos.....	3
1.3 Justificación.....	4
1.4 Objetivos de investigación.....	6
1.4.1 Objetivo general.....	6
1.4.2 Objetivos específicos.....	6
1.5 Delimitación del estudio.....	6
1.5.1 Delimitación espacial.....	6
1.5.2 Delimitación temporal.....	6
1.6 Aspectos éticos.....	7
CAPITULO II MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	7
2.1 Antecedentes de la investigación.....	7
2.2 Bases teóricas.....	20
2.3 Definición de términos básicos.....	32
2.4 Hipótesis:.....	33
2.5 Variables e indicadores.....	33
CAPITULO III MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.1 Alcance del estudio.....	37
3.2 Diseño de investigación.....	37
3.3 Población.....	37
3.4 Muestra.....	38
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	38
3.6 Validez y confiabilidad de instrumentos.....	39
3.7 Plan de análisis de datos.....	39
CAPITULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	39
CAPITULO V DISCUSIÓN.....	58
C. Conclusiones y recomendaciones.....	66
D. Referencia bibliográfica.....	71
E. ANEXOS.....	75



INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Cusco

Grafico 1: Frecuencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa.....	30
Tabla 1: Antecedente de partos en parto vaginal en cesárea previa.....	31
Tabla 2: Edad gestacional en parto vaginal en cesárea previa.....	32
Tabla 3: Paridad en parto vaginal en cesárea previa.....	33
Tabla 4: Periodo intergenésico en parto vaginal en cesárea previa.....	34
Tabla 5: Índice de masa en parto vaginal en cesárea previa	35
Tabla 6: Controles prenatales en parto vaginal en cesárea previa.....	36
Tabla 7: Ponderado fetal en parto vaginal en cesárea previa.....	36
Gráfico 2: APGAR de recién nacidos de mujeres con parto vaginal	37
Tabla 8: Causas de cesárea previa en mujeres que llegaron a parto vaginal.....	38
Gráfico 3: Motivo de cesárea previa.....	38
Tabla 9: Complicaciones de parto vaginal.....	39
Tabla 10: Nivel educativo en gestantes atendidas.....	39
Tabla 11: Edad de las gestantes.....	40
Tabla 12: Procedencia de las gestantes	40
Gráfico 4: Procedencia de las gestantes.....	40

Abancay

Gráfico 1: Frecuencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa.....	41
Tabla 1: Índice de masa corporal en parto vaginal en cesárea previa.....	42
Tabla 2: Periodo intergenésico en parto vaginal en cesárea previa.....	43
Tabla 3: Controles prenatales en parto vaginal en cesárea previa.....	44
Tabla 4: Edad gestacional en parto vaginal en cesárea previa.....	45
Tabla 5: Paridad en parto vaginal en cesárea previa	45
Tabla 6: Antecedentes de partos en parto vaginal en cesárea previa.....	46
Tabla 7: Ponderado fetal en parto vaginal en cesárea previa.....	47
Gráfico 2: APGAR de recién nacidos de mujeres con parto vaginal	47
Tabla 8: Causas de cesárea previa en mujeres que llegaron a parto vaginal.....	48
Gráfico 3: Motivo de cesárea previa.....	48
Tabla 9: Complicaciones de parto vaginal.....	49
Tabla 10: Edad en gestantes atendidas.....	49
Tabla 11: Procedencia de las gestantes.....	50
Grafico 4: Procedencia de las gestantes.....	50
Tabla 12: Nivel educativo de las gestantes	51



RESUMEN

FACTORES PRONÓSTICO ASOCIADOS AL ÉXITO DE PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA EN 2 HOSPITALES DEL PERÚ, 2019-2020

Antecedentes: La cesárea es de los procedimientos quirúrgicos más realizados a nivel mundial, el número de mujeres que han completado el embarazo a través de cesárea ha aumentado en los últimos años. La cesárea solo debe realizarse cuando existan indicaciones para mejorar el bienestar de la gestante, el recién nacido y mejorar el resultado. La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) sugirió no exceder el índice de cesáreas del 15% en su reunión anual en Vancouver en 2015.

Métodos: El diseño de la investigación es de tipo observacional, transversal, analítico, siendo un estudio de caso-control retrospectivo, se contó con 2 muestras; una de “143” gestantes a término con cesárea previa en el Hospital Guillermo Diaz de la Vega, y “281” en el hospital Adolfo Guevara Velasco, cumpliendo con los criterios de inclusión observadas en el área de Obstetricia de ambos hospitales durante los años 2019-2020.

Resultados: Se obtuvo un índice de cesárea en el Hospital Guillermo Diaz de la Vega de Abancay de 42%, y de 40% en el Hospital Adolfo Guevara Velasco. Además, se obtuvo una tasa de éxito de parto vaginal de 32.9% y 33.1% en ambos hospitales respectivamente. Como factores asociados se encontraron: partos vaginales previos: (Wald: 53.2; P: 0,000, OR 0.38) en Cusco, y (Wald:20.9; P :0.000, OR 3.47) en Abancay; paridad: (Wald :52.4; p 0.000, OR: 4.22) en Cusco y en Abancay (Wald: 20.93; p 0.000, OR: 4.17); edad gestacional (Wald: 29.2; p 0.000, O.R 3.3) en Cusco, en tanto en Abancay se obtuvo un (Wald :17.68; p 0.001, OR 5.98). El ponderado fetal: (Wald: 31.26, p 0.000, OR: 1.8) en Cusco, en Abancay (Wald: 7.12, p 0,029, OR: 1.63). Por otra parte, la principal causa de cesáreas previas en ambos hospitales fue desproporción céfalo pélvica siendo un 32.2 % en Abancay y un 37% en Cusco. Como también se presentaron más complicaciones tempranas en Abancay que en Cusco, siendo el más frecuente desgarro de I grado.

Conclusiones: Se concluye que existen factores pronósticos como el antecedente de partos vaginales previos, paridad, edad gestacional, ponderado fetal que están asociados al éxito de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa. La desproporción céfalo pélvica es la principal causa de cesárea previa.

Palabras Clave: Parto vaginal, cesárea previa, trabajo de parto, embarazo.



ABSTRACT

PROGNOSIS FACTORS ASSOCIATED WITH THE SUCCESS OF VAGINAL DELIVERY IN PREGNANT WOMEN WITH A PREVIOUS CESAREAN BACKGROUND IN 2 HOSPITALS IN PERU, 2019-2020.

Background: Cesarean section is one of the most performed surgical procedures worldwide, the number of women who have completed pregnancy through caesarean section has increased in recent years. Cesarean section should only be performed when there are indications to improve the well-being of the pregnant woman, the newborn and improve the outcome. The International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO) suggested not exceeding the C-section rate of 15% at its annual meeting in Vancouver in 2015.

Methods: The research design is observational, longitudinal, analytical, being a retrospective case-control study, the sample consisted of “143” full-term pregnant women with a previous cesarean section at the Guillermo Diaz de la Vega Hospital, and “281” in the Adolfo Guevara Velasco hospital, fulfilling the inclusion criteria observed in the Obstetrics area of both hospitals during the years 2019-2020.

Expected results: A cesarean section rate was obtained at the Guillermo Diaz de la Vega Hospital in Abancay of 42%, and 40% at the Adolfo Guevara Velasco Hospital. Furthermore, a vaginal delivery success rate of 32.9% and 33.1% was obtained in both hospitals respectively. Associated factors were: previous vaginal deliveries: (Wald: 53.2; P: 0.000, OR 0.38) in Cusco, and (Wald: 20.9; P: 0.000, OR 3.47) in Abancay; parity: (Wald: 52.4; p 0.000, OR: 4.22) in Cusco and Abancay (Wald: 20.93; p 0.000, OR: 4.17); gestational age (Wald: 29.2; p 0.000, OR 3.3) in Cusco, while in Abancay there was a (Wald: 17.68; p 0.001, OR 5.98). The fetal weighted: (Wald: 31.26, p 0.000, OR: 1.8) in Cusco, in Abancay (Wald: 7.12, p 0.029, OR: 1.63). On the other hand, the main cause of previous caesarean sections in both hospitals was pelvic brain disproportion, being 32.2% in Abancay and 37% in Cusco. As there were also more early complications in Abancay than in Cusco, the most frequent being grade I tear

Conclusions: It is concluded that there are prognostic factors such as a history of previous vaginal deliveries, parity, gestational age, and fetal weight that are associated with successful vaginal delivery in pregnant women with a history of previous cesarean section. Cephalopelvic disproportion is the main cause of previous cesarean section.

Keywords: Vaginal delivery, Previous cesarean, labor, pregnant.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La OMS sugiere no sobrepasar la frecuencia de cesárea entre 10 – 15%, lo que quiere decir que las tasas que sobrepasen estas cifras son señales de un manejo obstétrico contraproducente. Asimismo el incremento a nivel universal del índice de cesáreas se está tornando en una preocupación para salud pública como consecuencia de ello, la cesárea está siendo tema de gran controversia debido al alto riesgo para la gestante y el recién nacido; por las razones de costos y la ausencia de ecuanimidad para llegar a este.(31)

El índice de cesárea hallada fue semejante a la descrita en América Latina, siendo el índice un aproximado del 29%, en efecto las más altas en México 39%, Brasil 36% y Chile 30,1%. Mientras que en Colombia fue el 27%, y en Perú un 25%. (32)

La cuantificación del índice de cesárea como debut en 1965 fue del 4.5% el cual fue aumentando progresivamente, debido a dicho hallazgo, se planteó en la conferencia de EE. UU el parto eutócico posterior a un parto abdominal como feed back para mitigar el parto por cesárea. Como resultado diez años después de ser afamado el parto vaginal en cesárea previa, contribuyó enérgicamente a mitigar la tasa de cesárea, en 1990 el parto vaginal en cesárea previa era de 19.9% y en 1996 aumento a 28.3%, De igual manera el índice de cesárea en la misma época disminuyó de 22.7% a 20.7%.(33)

Según ENDES 2018, La frecuencia de partos por cesárea fue un 34,5%. Por otro lado la zona urbana (41,0%) presentó mayor índice que la zona rural, no obstante en confrontación con el año 1996, la zona rural incrementó de 2,5% a 15,7%.(6)

En otros estudios recientes hacen hincapié el antecedente de parto eutócico en parto abdominal previo como un indicador predictor de parto eutócico más relevante(36,37),



El índice de éxito del parto eutócico en gestantes con antecedentes de parto abdominal previo fluctúa entre el 72 - 76%, Asimismo esta aumenta al 87 - 90% si tiene como antecedente un parto eutócico anterior,

Es por estos resultados que se plantean diversas estrategias desde hace décadas para adaptarse al parto eutócico, en gestantes con cesárea anterior con el propósito de reducir la culminación por parto abdominal iterativo en gestantes que tienen indicaciones de parto eutócico.

1.1 Planteamiento del problema

La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados en el mundo, y por otro lado la finalización espontánea de la segunda etapa de labor del parto es culminar por vía vaginal, que es el menos dañino para la madre.(1) El número de mujeres que han completado el embarazo a través de La cesárea ha aumentado en los últimos años, transformándose en un tema de preocupación internacional. La cesárea de rutina para mujeres embarazadas que tienen una segunda cesárea, además de incrementar el costo del sistema de salud, también aumenta la morbilidad y mortalidad materna (2). Además, la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) cree que los procedimientos quirúrgicos sin evidencia médica están más allá del alcance de la mejor práctica profesional. La cesárea solo debe realizarse cuando existan indicaciones para mejorar el bienestar de la gestante, el recién nacido y mejorar el resultado. La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) sugirió no exceder el índice de cesáreas del 15% en su reunión anual en Vancouver en 2015 (3). El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) también recomienda ensayos de parto para pacientes que han tenido una cesárea porque la probabilidad para lograr un parto eutócico exitoso fluctúa entre el 60% y el 80%. Algunos autores han intentado determinar las causas relacionados con el parto exitoso después de un parto abdominal anterior, entre ellos:



antecedentes de parto vaginal, raza, edad materna, parto espontáneo y peso fetal (4). Asimismo, en 2015, 4 de cada 10 partos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Latinoamérica fueron cesáreas, lo que representó el 38,9% de todos los partos (5). En Perú, entre 2014 y 2019, la tasa de natalidad por cesárea aumentó de 28,6% a 34,7%; (6) El valor es muy superior a la recomendación de la organización (10-15%); un trabajo de investigación realizado en el nosocomio Guillermo Díaz de la Vega muestra que la tasa de cesáreas en 2018 fue del 45%. (7) La tasa de cesáreas en Hospital del Cusco Adolfo Guevara Velasco es del 43%. El objetivo es el aumento excesivo de partos abdominales en los centros de salud, por lo que queremos comprender las causas que predisponen y el índice de éxito del parto eutócico en mujeres con antecedentes de parto abdominal. La investigación buscada contribuirá al proceso de parto seguro durante la cesárea anterior, asegurando así una atención de alta calidad de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, el MINSA y la Academia Estadounidense de Obstetricia y Ginecología.

1.2 Formulación de problema

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son los factores pronósticos asociados al éxito de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Abancay y en el Hospital Adolfo Guevara Velasco del Cusco en los años 2019-2020?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuál es la frecuencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020?
2. ¿Cuáles son los factores obstétricos que llevan a un parto vaginal en pacientes con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020?
3. ¿Cuánto es el ponderado fetal que lleva a un parto vaginal en pacientes con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020?



4. ¿Cuáles fueron las causas de las cesáreas previas de las pacientes con parto vaginal en el Hospital Guillermo Diaz de la Vega de Abancay y en el Hospital Adolfo Guevara Velasco Cusco en los años 2019-2020?
5. ¿Qué complicaciones presentaron las pacientes de parto vaginal con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019- 2020?
6. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes que tuvieron parto vaginal con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020?

1.3 Justificación.

Tanto en países con alto desarrollo como en procesos de desarrollo, las cesáreas son cada vez más frecuentes. Si bien, es un método quirúrgico eficiente para evitar la morbilidad perinatal y la muerte de madres e infantes; no está exento de riesgos, especialmente cuando su uso no tiene nada que ver con estándares e indicaciones estrictos y razonables, pues el parto abdominal programado iterativo para el segundo parto de una gestante con un parto abdominal previo conlleva un aumento de morbimortalidad materna, adicionalmente de un alto valor económico para los sistemas de salud.(2)

Según la Organización Mundial de la Salud (2015) acerca de los partos en América Latina, 4 de cada 10 casos fueron cesáreas, lo cual representa el 38,9% de todos los partos (5). En Perú, el porcentaje de partos por cesárea aumentó de 28,6% a 34,7% entre 2014 y 2019; (6) el valor es mucho más alto que el valor recomendado por la Organización Mundial de la Salud (10-15%). Igualmente la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en su congreso anual del 2015 de Vancouver recomendó una tasa por debajo del 15% de cesáreas(3). Asimismo el Colegio Americano de Gineco – Obstetricia (ACOG), sugiere la prueba de parto en mujeres con un parto abdominal previo, debido a que la probabilidad de lograr un parto eutócico exitoso fluctúa entre 60 y 80 %.(4) También se tienen antecedentes en el Nosocomio Guillermo Diaz de la Vega para el año



2018 una tasa de cesárea del 45%.⁽⁷⁾ Y para el Hospital Adolfo Guevara Velasco una tasa de 43%.

Sin embargo, la alta incidencia de cesáreas se considera un problema de salud pública porque se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad materna debido a los riesgos de la cirugía y la anestesia (29). Al mismo tiempo existe un temor de parte de muchos Gineco-obstetras a someter a las pacientes con cesárea anterior a una prueba de trabajo de parto, en tanto que no se cuenta con una práctica obstétrica que esté orientada a reducir la tasa global de cesáreas.⁽³⁰⁾ Por ello es importante investigar los cambios en el comportamiento de las características clínicas y demográficas que influyen aumentando o disminuyendo la probabilidad de parto vaginal en cesárea previa.

No se cuentan con datos actualizados en ambos hospitales con estadísticas sobre el índice de éxito de prueba de labor de parto posterior a un parto abdominal, como práctica obstétrica adecuado que encamine a una disminución de la incidencia de este método quirúrgico en relación a sus afecciones y factores asociados, lo que motiva a la ejecución del análisis de los datos encontrados en el periodo comprendido entre enero a diciembre de los años 2019-2020.

El presente trabajo tiene trascendencia por la escasa literatura nacional y de trabajos similares en ambos hospitales. El aporte del presente trabajo será documentar el porcentaje de partos vaginales exitosos, sus complicaciones y determinar cuáles son las variables que influyen en la probabilidad de éxito del parto eutócico. Su enfoque práctico planea contribuir a establecer estrategias que permitan disminuir el número de cesáreas en gestantes con cesárea anterior.



1.4 Objetivos de investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar los factores pronósticos asociados al éxito de parto vaginal en mujeres con cesárea previa en 2 hospitales del Perú (Hospital Guillermo Diaz de la Vega – Abancay y en el Hospital Adolfo Guevara Velasco – Cusco) durante los años 2019-2020.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020.
2. Precisar los factores obstétricos que llevan a un parto vaginal en pacientes con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020.
3. Indicar el ponderado fetal que lleva a un parto vaginal en pacientes con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020.
4. Establecer las causas de las cesáreas previas de las pacientes con parto vaginal en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020.
5. Contrastar las complicaciones que presentaron las pacientes de parto vaginal con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020.
6. Evaluar las características sociodemográficas de las gestantes que tuvieron parto vaginal con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020.

1.5 Delimitación del estudio

1.5.1 Delimitación espacial

Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco ESSALUD–Cusco; y Hospital Guillermo Diaz de la Vega de Abancay MINSA.

1.5.2 Delimitación temporal

De enero 2019 a diciembre del año 2020.



1.6 Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue presentado a los Comités Institucionales de Ética de ambos hospitales (CIE) para su revisión, y fueron ejecutados posterior a su visto bueno. Los documentos y resultados están almacenados y guardados tanto en material físico y digital (USB) bajo responsabilidad de los investigadores.

La hoja de recolección de datos no presentará ningún ítem que contenga información personal que pueda referir directa o indirectamente a la población de estudio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Internacional

1. Attanasio LB, Kozhimannil KB, Kjerulff KH. (Estados Unidos-2019) "El parto vaginal es la primera opción para las mujeres después de la primera cesárea". Se observó que había 3006 mujeres en la cohorte, y sus primeros nacimientos fueron en Pensilvania en 2009-2011. Incluyeron mujeres que tuvieron su primera cesárea (n = 616). 12 meses posterior al parto, el 45% de las gestantes que han completado su primera cesárea esperan tener su próximo parto a través de la vagina. Los predictores independientes de primera elección para el parto eutócico posterior a un parto abdominal son: raza negra / etnia, indicaciones no recurrentes para la primera cesárea, planificación de tener tres o más hijos y dificultad para recuperarse de la primera cesárea. La razón más común por la que se prefiere el parto vaginal es experimentar un parto vaginal. La razón más común para elegir una cesárea es la primera cesárea. En total, la mitad de los encuestados prefiere el parto eutócico posterior a un parto abdominal, pero las evaluaciones nacionales muestran que solo alrededor del 12% de las mujeres que han tenido una cesárea tienen PVDC. Esto



muestra que es necesario asegurar que las mujeres que estén dispuestas a usar más VBAC.(8)

2. Kiwan R, Al Qahtani N. (Arabia Saudí – 2018) “Resultado de parto eutócico en gestantes con antecedente de parto abdominal”. Dicho estudio engloba mujeres, que tuvieron una cesárea de segmento inferior; de tipo retrospectivo, ingresadas para labor de parto desde abril de 2010 a noviembre de 2016. En tal sentido 567 mujeres eligieron someterse a labor de parto posterior a un parto abdominal. La tasa de parto eutócico posterior a un parto abdominal fue de 50.0% en la agrupación de gestantes con inducción (grupo de estudio) y 66.6% en mujeres con trabajo de parto espontáneo (grupo control). No hubo casos de ruptura uterina en el grupo de control; pero si hubo un caso en el grupo de estudio. Las gestantes con labor de parto natural y al menos un parto eutócico anterior a un parto abdominal, tienen una mayor probabilidad de éxito de tener alumbramiento vaginal. También cabe resaltar que la probabilidad de parto eutócico exitoso es más baja en aquellas que se expusieron a inducción, que en un alumbramiento espontaneo. El parto eutócico que antecede a la cesárea aumenta la probabilidad de culminar en un alumbramiento natural en mujeres con antecedente de parto abdominal.(9)

3. Fox NS, Namath AG, Ali M, Naqvi M, Gupta S, Rebarber A. (EE. UU-2018) “alumbramiento eutócico posterior a parto abdominal debido a detención en el descenso”. Desarrollaron una investigación de tipo cohorte retrospectiva de 2005 a 2017 con una gestación única y un parto por cesárea (CD) que lo antecede. Estimaron el índice y las causas relacionadas para un parto eutócico posterior a un parto abdominal (VBAC). Lo comprendieron 208 mujeres con parto abdominal anterior, 100 (48.1%) de las cuales tuvieron parto eutócico posterior a un parto abdominal (TOLAC) llegando a tener una tasa de éxito de 84/100 (84%, IC 95% 76- 90%). Mientras en el otro grupo las gestantes con antecedente de parto eutócico presentaron un índice de éxito mayor para un parto



eutócico (91.8% versus 71.8%, $p = 0.01$). Por último factores como edad de la madre, la relación peso-talla, el ponderado fetal, la inducción de parto eutócico y la dilatación del cuello uterino no tuvieron mayor significancia con un parto eutócico exitoso posterior a un parto abdominal (VBAC).(10)

4. Tsai H-T, Wu C-H. (Taiwán-2017) “Alumbramiento natural después de parto abdominal previo”. Es una investigación de carácter retrospectivo de las gestantes que se acogieron a cesárea iterativa programada o trabajo de parto posterior a parto abdominal (TOLAC) entre 2006 y 2015. Descartaron los casos de parto pretérmino, más de 2 partos que hayan sido por cesárea y las principales comorbilidades maternas. Fueron comparadas las características y los resultados de estos grupos. Así mismo fueron incluidas 400 pacientes con parto abdominal previo que fueron sometidas a cesárea iterativa electiva o TOLAC durante el período de estudio. Entre la población de estudio, se excluyeron 112 mujeres de las cuales 11 se sometieron a alumbramiento natural después de parto abdominal previo (VBAC). Hecha la observación anterior, 204 (73,65%) casos terminaron en cesárea electiva repetida y 73 (26,35%) se acogieron a TOLAC. La tasa de VBAC exitosa entre las mujeres que eligieron TOLAC fue del 84.93%. Con respecto al bienestar de la gestante y el recién nacido, las tasas de éxito y los efectos indeseables de VBAC, los resultados de este estudio son prometedores y compatibles con los datos globales. Muestra que se puede ofrecer una prueba de VBAC a mujeres embarazadas sin contraindicaciones con altas tasas de éxito.(11)

5. Németh G, Molnár A. (Hungría -2017) “Alumbramiento natural posterior a parto abdominal según opiniones internacionales”. Recopilaron las recomendaciones generales de las directrices internacionales y los resultados de las publicaciones se refieren al parto eutócico posterior a un parto abdominal en las bases de datos "PubMed", "MEDLINE", "Cochrane" desde 1996 a 2016. Al revisar los resultados de las recomendaciones y



publicaciones, podemos decir que las declaraciones son inconsistentes, sin embargo, la opción de parto eutócico posterior a un parto abdominal es apropiada para reducir las complicaciones y la tendencia a aumentar la tasa de cesáreas. Finalmente recomiendan uniformizar los criterios sobre el alumbramiento eutócico posterior a un parto abdominal, con evidencia de apoyo en la práctica obstétrica y ginecológica.(12)

6. San Martín M. (España 2016) “Parto eutócico posterior a parto abdominal” [TESIS], hizo una investigación observacional de tipo descriptivo de los alumbramientos acontecidos en el Hospital Clínico Universitario Valladolid - España desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2015. En el grupo de investigación se incluyeron 160 partos con precedente de parto abdominal y como grupo control 1121 sin precedente de parto abdominal. En el lapso de la investigación, hubo 1293 alumbramientos, de estos, 160 (12,5%) fueron gestantes con antecedente de un parto abdominal. El tiempo de vida promedio de las gestantes fue 34.6 años, algo superior al grupo control que fue 32.6 años. Reportaron una tasa exitosa del 46,9% de mujeres con parto eutócico con antecedente de parto abdominal; estando en este porcentaje el total de los partos vaginales ya sean inducidos o espontáneos. La cesárea iterativa no está libre de riesgos. Respecto a ello, las complicaciones reportadas fueron un solo caso de rotura uterina y otro de dehiscencia de la cicatriz anterior, haciendo el 0,6%.(13)

7. He L, Chen M, He GL, Liu XX. (China – 2016). “Análisis del resultado del embarazo: alumbramiento eutócico después de un parto abdominal”. Evaluaron la influencia y el parto eutócico en gestantes con precedente de parto abdominal (VBAC). Del 2005 al 2015, se estudiaron de forma retrospectiva datos clínicos de 507 casos con VBAC en el segundo Hospital del Oeste de China. Se presentaron 370 casos de VBAC de enero de 2013 a diciembre de 2015 como grupo estudio (grupo VBAC), En comparación, 740 pacientes con cesárea repetida electiva y 740 gestantes de primer parto vaginal como



grupos control. La incidencia de VBAC aumentó de 1% - 3.7% en el periodo de 2005-2012 y en el periodo 2013-2015 de 6.03% -7.66%. El VBAC exitoso ocurrió en el 72.1% (370/513) de los pacientes. Es importante evaluar las indicaciones y contraindicaciones de los pacientes para el VBAC exitoso, y monitorear las condiciones maternas y fetales durante el proceso de parto.(14)

8. Ayachi A, Derouich S, Morjene I, Mkaouer L, Mnaser D, Mourali M. (Argelia -2016) “Factores que predicen el resultado del parto vaginal en útero unicicatricial”. El tipo de estudio fue retrospectivo, de carácter longitudinal y analítico. Se realizó en un lapso de tiempo de 2 años y 3 meses, donde se recopiló información de 423 historias clínicas de mujeres que querían parto eutócico posterior a un parto abdominal. El índice de lograr un parto eutócico posterior a un parto abdominal fue del 47% (15). Además, los índices de logros y fallos de estas pruebas fueron del 82,7% y del 17,3%, respectivamente. Entre las causas de mala predicción en las gestantes que buscaron el alumbramiento eutócico posterior a una cesárea se encontraron: no tener antecedente de un alumbramiento eutócico ($p = 0,005$), cesárea anterior por detención de la fase activa de trabajo de parto, edad gestacional al parto de 40 semanas, trabajo de parto que se prolongue y sufrimiento fetal agudo durante el parto. En cambio, no se aconteció incidentes de muerte materna. La morbilidad materna tuvo una tasa total de 9,5%. Las complicaciones maternas en estos conjuntos (falla y éxito de alumbramiento eutócico posterior a un parto abdominal) no tuvieron una diferencia de tasas concluyente de significancia estadística. (15)

9. Krispin E, Hirsch L, Wilk Goldsher Y, Wiznitzer A, Yogev Y, Ashwal E. (EE.UU-2017) “La relación entre el alumbramiento eutócico posterior a un parto abdominal y el efecto subsiguiente al trabajo de parto”. Presentaron una investigación de cohorte retrospectivo de gestantes que trataron realizar labor de parto posterior a un parto abdominal (2007-2014). Incluyeron mujeres con al menos un antecedente de parto



eutócico previo a un parto abdominal. El grupo control tuvo gestantes que buscaban el primer parto eutócico posterior a un parto abdominal. En tanto al resultado primario fue definido como la tasa de ruptura uterina. Los resultados secundarios fueron el parto y los resultados maternos. 1211 gestantes con antecedente de parto vaginal presentaron parto eutócico posterior a una cesárea (VBAC) y 2045 se expusieron a su primer parto eutócico posterior a un parto abdominal. Las gestantes en el grupo de investigación presentaron un margen más bajo de ruptura uterina 9 (0.7%) con respecto al control 33 (1.6%), $p = .036$, además de un índice más elevado de partos vaginales exitosos (96 vs. 84.9%, $p < .001$). En el estudio multivariado, el VBAC presentó menor riesgo de ruptura del útero (OR = 0,46; IC del 95%: 0,21-0,97, $p = 0,04$). Al parecer el VBAC se asocia con una tasa más baja de ruptura uterina y una tasa más alta de parto vaginal exitoso.(16)

10. Senturk MB, Cakmak Y, Atac H, Budak MS. (Turquía-2015) “Factores relacionados con alumbramiento eutócico exitoso después de un parto abdominal”. Realizaron una evaluación retrospectiva a 127 gestantes con el precedente de parto abdominal anterior. De los cuales 57 se sometieron a cesárea electiva; y 70 intentaron parto vaginal. Se investigaron las causas relacionadas con el parto eutócico exitoso posterior a un parto abdominal. El alumbramiento eutócico posterior a un parto abdominal tuvo éxito del 55% de los casos. Siendo la apertura cervical avanzada, el borramiento, la gravidez, la paridad y el parto vaginal previo, factores asociados con el parto eutócico exitoso. El grupo de parto eutócico tuvo más complicaciones ($P < 0.01$), pero estos fueron de menor consideración. La tasa de transfusión de sangre y la prevalencia de cambios en el nivel de hemoglobina fueron similares en ambos grupos ($P > 0.05$). Concluye que la apertura cervical, el borramiento, la gravidez, la paridad y el parto vaginal previo fueron factores importantes para un alumbramiento eutócico exitoso después de un parto abdominal.(17)



11. Rietveld AL, Kok N, Kazemier BM, de Groot CJM, Teunissen PW. (Países Bajos-2015) “Parto vaginal posterior a parto abdominal: parto asistido versus parto abdominal repetida de emergencia”. Hicieron un análisis prospectivo de cohorte de 8 años utilizando el Registro Perinatal de los Países Bajos, La cohorte (n = 12 860) consistió en 5246 mujeres en el grupo de intento de parto vaginal instrumentado y 7614 mujeres en el grupo de cesárea repetida de emergencia. Por su parte el parto vaginal instrumentado fue exitoso en 95.8% (n = 5027). También calcularon Odds Ratios (OR) y Odds Ratios ajustados (aOR). El intento de parto vaginal instrumentado aumenta el riesgo de traumatismo en el neonato(aOR 15.0 (5.94 a 38.0)) y hemorragia posparto (aOR 2.59 (2.17 a 3.09)); pero el parto vaginal reduce el riesgo de síndrome de pulmón húmedo (aOR 0.53 (0.35 a 0.80)) y convulsiones neonatales (aOR 0.47 (0.24 a 0.91)).(18)

12. Sepúlveda D., cols (Mexico-2015) “Causas relacionadas a parto eutócico exitoso en gestantes con antecedente de parto abdominal”. Es una investigación de casos y controles comprendida por gestantes con antecedente de parto abdominal. De enero a diciembre del 2013. Evaluaron 1,160 pacientes con cesárea previa como antecedente. De estos, 668 fueron parto abdominal (grupo control) y 492 alumbramientos (grupo de estudio); en este último grupo se observaron 277 partos vaginales y 215 instrumentados (24 y 18%, respectivamente). Las causas de parto eutócico exitoso que se encontraron en gestantes con parto abdominal previo: años de vida de la madre (25.1 años vs 24.7, RM 0.967, $p < 0.05$), masa corporal del bebé (3,253 vs 3,383g, RM 0.99, $p < 0.05$), parto vaginal previo (49 vs 18.4%, RM 2.97, $p > 0.05$) y trabajo de parto espontáneo (90.8 vs 74.1%, RM 3.68, $p > 0.05$). Hubo 26 gestantes con afecciones perinatales posterior al parto abdominal: 7 por sangrado posparto, 14 por infección de sitio operatorio, 2 por estados hipertensivos y 2 por problemas farmacológicos; En las mujeres que terminaron en parto vaginal solo se identificaron 6 incidentes: 3 sucesos de sangrado posparto, 2 de infección perinatal y 1



asociado a la anestesia. Concluyen que los siguiente factores: alumbramiento espontaneo, antecedente de parto vaginal previo, ponderado fetal, y tiempo de vida de la madre aumentan la probabilidad de parto eutócico exitoso posterior a una cesárea.(19)

2.1.2 Nacional

13. Silva M. (Lima-2019) “Gestantes con parto abdominal previo relacionado a incidentes maternos y del recién nacido”. [TESIS] Investigación de tipo observacional, analítico, retrospectivo y de casos y controles. Contó con un grupo de 84 casos(mujeres con alteraciones neonatales y maternos) y 168 controles (mujeres sin alteraciones neonatales ni maternos). La obtención de información se dio por medio de una hoja de recolección de referencias para así tener información de historias clínicas de las pacientes acudidas en el Nosocomio de Vitarte de Julio a diciembre del 2018. La Rotura Prematura de Membrana fue la principal complicación materna (7.5%) en tanto la sepsis fue la principal complicación del recién nacido (15.1%). El factor tiempo de vida de la madre (OR=3.110, p=0.000) y causas obstétricas como tiempo de gestación (OR=2.101, p=0.026), controles prenatales (OR=2.627, p=0.000), número de hijos (OR=2.614, p=0.005) y déficit de hierro (OR=4.868, p=0.000) son factores relacionados a las afecciones neonatales y maternas. El parto abdominal anterior tuvo implicancia en las afecciones del recién nacido como maternas y están relacionadas a las maternas como ruptura prematura de membranas (OR=3.833), infección del tracto urinario (OR=4.920) y sangrado posterior al parto (OR=4.231); y con afecciones del recién nacido como infección del recién nacido (OR=2.292), puntuación APGAR <7 (OR=2.782) y recién nacido con una masa corporal baja (OR=3.188, p=0.001).(20)

14. Marca D. (Tacna-2019) “Causas relacionadas a labor de parto eutócico exitoso en gestantes con parto abdominal previo” [TESIS]. El método del estudio es observacional, descriptivo y transversal. Con una muestra de 825 mujeres con precedente parto



abdominal y sin impedimento de trabajo de parto. De las cuales 628 concluyeron en parto vaginal, mientras que 197 pacientes acabaron en cesárea iterativa. Con un índice de logro de 76.1 % de alumbramiento eutócico posterior a un parto abdominal. Destacaron como causas relacionadas a parto eutócico la relación peso-talla debajo de 30 Kg/m² (Con una tasa de éxito del 83,9%), parto eutócico previo posterior a parto abdominal, intervalo intergenésico comprendido de 2-4 años (con 1,79 veces más posibilidad de éxito), controles prenatales adecuados (>6) (con una tasa de éxito que alcanza el 78,1%), trabajo de parto en fase activa (4 veces más posibilidad exitosa para el alumbramiento eutócico (OR; 4.24; IC 95%)), y la no inducción de trabajo de parto.(21)

15. Gomez D. (Perú - 2018) “Afecciones neonatales y maternos en parto eutócico con antecedente de parto abdominal”. En su proyecto de investigación buscó determinar las afecciones tanto de la madre como perinatales en el parto eutócico posterior a una cesárea en el Nosocomio Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el lapso de enero del 2016 a diciembre del 2017. El parto abdominal iterativo, presenta mayor prevalencia debido a una incorrecta asesoría a la gestante. Es por ello que la cesárea que aparte del costo alto, ocasiona dispendio redundante, Asimismo este procedimiento no está libre de accidente. Actualmente, existen escasas investigaciones que pretendan buscar opciones que atenúen los gastos y las complicaciones que originen. Como consecuencia de esto, el parto eutócico es una opción que se debe realizar sin contraindicaciones médicas.(22)

16. Castillo L. (Lima-2017) “Variables pronósticos de parto eutócico en parto abdominal previo”. [TESIS]. El estudio es de carácter observacional, analítico, de cohorte retrospectivo; Se incluyó 835 gestantes, de estos 223 (26.71%) presentaron alumbramiento eutócico y 612 (73.29%) finalizaron en parto abdominal; del Nosocomio Marino Molina Scippa – ESSALUD entre julio 2014 – junio 2016. La media de edad de las pacientes que terminaron en alumbramiento eutócico y parto abdominal fue de 30.85



años y 30.42 años respectivamente ($p = 0.279$), se tuvo una media de gestación de 38.88 semanas y 39.14 semanas correspondientemente ($p = 0.0009$), respecto a la cantidad de embarazos las gestantes que terminaron en alumbramiento eutócico presentaron una media de 2.97 embarazos y en las que culminaron en parto abdominal 2.67 embarazos ($p = 0.0002$), encontrándose una media de 6.37 controles prenatales en los que culminaron por vía vaginal y de 6.58 en las cesáreas ($p = 0.1950$). Se obtuvo una masa corporal del recién nacido al momento del alumbramiento, promedio de 3449.44 gramos en los partos eutócicos y de 3586.06 gramos en los partos abdominales ($p < 0.0001$), Por otro lado, el puntaje de APGAR al minuto 1' quienes terminaron en parto eutócico fue 8.44 y parto abdominal 8.73 ($p = 0.0001$) y con respecto al puntaje a los 5 minutos se obtuvo 9.01 y 9.05 correspondientemente. El factor preponderante con un $RR = 10.96$ con mayor asociación fue haber tenido 3 o más partos vaginales, seguidamente el precedente de 2 partos eutócicos, precedente de 1 parto eutócico, ponderado fetal inferior a los 4 kilos al momento del alumbramiento, tiempo de gestación inferior a 41 semanas, psicoprofilaxis e integridad de membranas en la primera etapa del parto.(23)

17. Arrunategui G. (Trujillo-2015) “Variables pronosticas para parto eutócico exitoso en gestantes con parto abdominal previo” [TESIS]. Presentaron un diseño de tipo, analítico, observacional, de casos y controles. El grupo de estudio conformada por 90 mujeres con parto abdominal previo, se agruparon en dos: éxito en el trabajo de parto (30 casos) o fracaso (60 controles). El estudio estadístico respecto a los factores estudiados como causas relacionadas fueron: 1) 22 de las 30 pruebas de parto exitoso presentaban parto eutócico previo (OR: 6.41; $p < 0.05$), 2) 16 de las 30 pruebas de parto exitosa tenían el antecedente de múltiples gestaciones (OR: 2.66; $p < 0.05$), 3) 23 de las 30 pruebas de parto exitosa presentaron un intervalo intergenésico entre 2 a 5 años (OR: 2.69; $p < 0.05$), 4) un 90% de las pruebas de parto exitosas eran gestantes con tiempo de vida optima (OR: 3;



$p < 0.05$). La media del tiempo de gestación para los casos (éxito en el trabajo de parto) fue de 38.1 semanas y para los controles (fracaso de trabajo de parto) fue de 39 semanas. El antecedente de parto, la edad materna óptima, multiparidad y periodo intergenésico adecuado son factores que predicen un alumbramiento exitoso en mujeres con parto abdominal anterior en el Nosocomio de Especialidades Básicas La Noria.(24)

18. Liberato C., cols. (Huancayo-2015) “Parto eutócico posterior a parto abdominal”. Estudio de tipo observacional, retrospectivo y transversal en mujeres con parto abdominal previo, las cuales presentaban las pautas incluyentes y excluyentes. Fueron evaluadas 188 gestantes con parto abdominal previo. El índice de parto vaginal fue 68,6 %, en tanto que el 31,4 % culminó en cesárea repetitiva. Los factores pronósticos identificados fueron: primera etapa de parto espontaneo que culminó en parto eutócico 72.6 %, contra el 27,4 % que culminó en parto abdominal $P=0.002$, $OR=3.7$ (1.53-8.94), rotura de membranas al inicio del trabajo de parto 78,6 % culminó en parto eutócico y 33,1 % en parto abdominal ($P=0.219$), un puntaje de Bishop >6 llevó al parto vaginal en un 84,4%, en contraparte el 60,0% con Bishop inferior a 5 culminó en parto abdominal $P < 0.001$. La media de los años de vida de la madre fue 30,38 para parto eutócico, y masa corporal promedio del producto fue 3414 gr para parto eutócico. Las gestantes que culminaron en parto eutócico tuvieron como factores pronóstico: a) trabajo de parto adecuado, b) rotura de bolsa amniótica al inicio de parto, c) alumbramiento espontaneo, d) Puntaje Bishop superior a 6, e) multigestas, f) masa corporal del producto, g) tiempo de la madre. No se evidenciaron compromiso materno como rotura de matriz. Destacar que los periodos intergenésicos largos (> 7 años) terminaron en cesárea.(25)

19. Juscamaita T. y col. (Lima-2013) “Parto eutócico posterior a parto abdominal previo, empleando un sistema de puntaje al ingreso del paciente”. Es una investigación retrospectiva comparativa en el Área de Obstetricia, Nosocomio Nacional Cayetano



Heredia, Lima, Perú. Se incluyeron embarazos a término con antecedente de parto abdominal. Se verificó los documentos médicos legales de las mujeres con gestación a término, con parto abdominal previo que presentaron trabajo de parto espontaneo en el área de Gineco-obstetricia emergencia durante enero 2010 a diciembre 2011. Se recopiló información demográfica y obstétrica al ingreso al servicio, se usó el sistema de puntaje de Flamm y Grobman. Durante el periodo de investigación, 398 mujeres en trabajo de parto espontaneo con precedente de parto abdominal previo accedieron al área de Gineco-obstetricia-emergencia. 178 de ellas (46,5%) tuvieron un parto eutócico exitoso durante el periodo de estudio. Se comparó el riesgo relativo atribuible, la cual fue 0,79 (IC95% 0,74 a 0,82) para el sistema de puntaje de Flamm y 0,74 (IC95% 0,70 a 0,79) para el sistema de puntaje de Grobman, con relevancia clínica de ($p=0,03$). El sistema de puntaje de Flamm fue de mayor pronostico. El indicador de parto abdominal más común en las gestantes que no culminaron en parto eutócico fue la variación tanto en la primera y segunda fase del mecanismo del parto, 86,3%, en efecto la fase activa estacionaria (primera fase de trabajo parto) fue la más frecuente, 45,6%. El sistema de puntaje de Flamm fueron el mejor predictor debido a su mayor probabilidad de predicción el parto eutócico exitoso en gestantes con parto abdominal previo.(26)

2.1.3 Local

20. Chihuantito L. (Cusco-2019) en el trabajo titulado: “Factores asociados a parto eutócico en gestantes con parto abdominal previo”. [TESIS]. Se trata de una investigación de casos y controles de mujeres embarazadas con precedente de parto abdominal anterior que acudieron al área Obstetricia del Nosocomio de Cusco, Antonio Lorena, en el lapso englobado desde el año 2016 hasta el 2019. Se examinaron 202 documentos médicos legales de embarazadas con edades maternas entre 19 - 42 años, se tuvo una tasa de cesáreas del hospital de 32.9%. Las variables predictores relacionados al parto eutócico



exitoso fueron: Una edad materna comprendida entre 24-34 años con una RM de 1.64 (IC 95% $p < 0.05$), partos eutócicos previos RM de 3.74 (IC 95% $p < 0.05$), multigestas RM de 2.43 (IC 95% $p < 0.05$), intervalo intergenésico entre 2-5 años con RM de 1.79 (IC 95% $p < 0.05$), ampliación del cuello uterino superior a 4 cm. con una RM de 2.29 (IC 95% $p < 0.05$), alumbramiento natural con una RM de 1.65 (IC 95% $p < 0.05$) y el recién nacido con buen peso, con una RM de 2.98 (IC 95% $p < 0.05$). La conclusión es que factores como los siguientes: tiempo de vida de la madre apropiada, antecedente de parto eutócico, múltiples partos, espaciamiento apropiado entre partos, y vigilancia prenatal adecuada, asimismo la expansión de cuello uterino mayor a 4 cm, el alumbramiento natural, y factores del feto como ponderado fetal entre 2500-4000 gramos se relacionaron con un parto eutócico exitoso en gestantes con parto abdominal previo.(27)

21. Barrientos F. (Cusco-2017) “Afecciones maternas del parto eutócico en gestantes con antecedente de parto abdominal versus primiparas”. Se desarrolló un trabajo descriptivo, relacional y comparativo en el Nosocomio del Cusco Antonio Lorena de enero a junio del 2017. El grupo de estudio fue compuesto de 81 pacientes con parto abdominal previo y 421 grávidas por primera vez que culminaron en parto eutócico. Se revisaron documentos medico legales donde se obtuvo información por medio instrumento de recolección. Respecto a las alteraciones halladas y analizadas se llegó a las siguientes conclusiones: Las primigestas y las cesáreas previas no presentan diferencia o relevancia clínica (Chi Cuadrado: 0.29; $p= 0.59$) cuando presentaron prolongación del trabajo de parto. El sangrado posparto se asoció a mujeres con parto abdominal previo (Chi Cuadrado: 5.53; $p= 0.0187$) quienes presentaron 1.4 veces (OR= 2.4472; IC 95%) en comparación con las gestantes por primera vez. (28). No ocurrieron incidente de ruptura de matriz en primíparas ni en mujeres con antecedente de parto abdominal. No se encontraron diferencias ni asociación relevante (Chi Cuadrado: 0.29; $p= 0.59$) entre primíparas y



gestantes con parto abdominal anterior cuando pudieron complicarse con atonía uterina. Los desgarros de periné tuvieron 1.4 más riesgo de presentarse en mujeres con parto abdominal previo (Chi Cuadrado: 5.53; $p= 0.0187$) (OR= 2.4472; IC 95%:) que las primíparas. No se evidencio diferencias ni grado significativo de relación (Chi Cuadrado: 0.28; $p= 0.59$) entre primíparas y gestantes con antecedente de parto abdominal cuando presentaron desgarro de cérvix. No se evidencio infección en las púerperas que tuvieron como antecedente parto abdominal, y solamente hubo 1 suceso en primíparas. No hubo diferencias ni grado de correlación significativa en la retención de restos placentarios (Chi Cuadrado: 0.18; $p= 0.67$) entre primíparas y gestantes con antecedente de parto abdominal. Tanto primíparas como gestantes con parto abdominal previo no presentaron mortalidad materna. Las pacientes con parto abdominal previo presentaron mayor complicaciones de parto vaginal (34.6%) que las primíparas (16.6%).(28)

2.2 Bases teóricas

La OMS sugiere no sobrepasar la frecuencia de cesárea entre 10 – 15%, lo que quiere decir que las tasas que sobrepasen estas cifras son señales de un manejo obstétrico contraproducente. Asimismo el incremento a nivel universal del índice de cesáreas se está tornando en una preocupación para salud pública como consecuencia de ello, la cesárea está siendo tema de gran controversia debido al alto riesgo para la gestante y el recién nacido; por las razones de costos y la ausencia de ecuanimidad para llegar a este.(31)

El índice de cesárea hallada fue semejante a la descrita en América Latina, siendo el índice un aproximado del 29%, en efecto las más altas en México 39%, Brasil 36% y Chile 30,1%. Mientras que en Colombia fue el 27%, y en Perú un 25%. (32)

Por consiguiente, en Estados Unidos el Instituto Nacional de Salud (NIH) hace treinta años fue llevado a cabo la Conferencia de Consenso en relación a la problemática del parto por cesárea debido a distintas preocupaciones en ese entonces se dio una elevación



en 3 veces del número de partos abdominales; del 5 al 12.5 por ciento. La cuantificación del índice de cesárea como debut en 1965 fue del 4.5%, debido a dicho hallazgo por la conferencia se planteó el parto eutócico posterior a parto abdominal como feed back para mitigar el parto por cesárea. En consecuencia diez años después de ser afamado el parto vaginal en cesárea previa, contribuyó enérgicamente a mitigar la tasa de cesárea, en 1990 el parto vaginal en cesárea previa era de 19.9% y en 1996 aumento a 28.3%, por el contrario el índice de cesárea en la misma época disminuyó de 22.7% a 20.7%.⁽³³⁾

El procedimiento quirúrgico y las consecuencias contraproducentes de la anestesia pueden ocasionar problemas tanto maternos como al recién nacido.

En una revisión sistemática del 2016 se evaluó la mortalidad materna como consecuencia del uso de anestesia durante la cesárea, como consecuencia de esto se halló que 3,5% de los decesos fueron por complicaciones obstétricas y 13,8% del total de cirugías, se imputó a consecuencias de la anestesia. Con respecto a la cesárea es conocido que incremento el riesgo de muerte seis veces al relacionarse con el parto eutócico.⁽³⁴⁾

Según ENDES 2018, La frecuencia de partos por cesárea fue un 34,5%. Por otro lado la zona urbana (41,0%) presentó mayor índice que la zona rural, no obstante en confrontación con el año 1996, la zona rural incrementó de 2,5% a 15,7%.⁽⁶⁾

El Estudio de América Latina de cesáreas (ELAC) en el cual intervinieron múltiples gestantes Latinoamericanas determinaron que las causas más comunes de parto abdominal en la región fueron cesareada previa como falta de progresión de parto y descenso, tal modo ambos engloban más del 50 % de las causas de reiterar el acto quirúrgico; con respecto a estos datos es importante a tenerlo en cuenta para estudiar y discurrir en la investigación y desarrollo de tácticas para reducir el índice de parto por cesárea.



Es por estos resultados que se plantean diversas estrategias desde hace décadas para adaptarse al parto eutócico, en gestantes con cesárea anterior con el propósito de reducir la culminación por parto abdominal iterativo en gestantes que tienen indicaciones de parto eutócico, en efecto las pacientes con feto a término, único, cefálico, con periodo entre gestaciones apropiado (2 años o más), con precedente de cicatriz uterina segmentaria y transversa, pelvis ginecoide y sin limitaciones médicas que imposibiliten un parto eutócico.

En un metaanálisis de un estudio de cohortes de EE.UU entre 1982 y 1989, incluyeron 31 estudios y 11.417 pacientes, se demostró que el índice actual de éxito de parto eutócico diversifica respecto a la causa o motivo del parto abdominal previo. Un 85% tuvo antecedente de parto abdominal por presentación podálica, un 84% presento parto eutócico previo antes del parto abdominal, por otro lado, un 67% no presento progresión de parto, desproporción céfalo pélvica, distocias. Por el contrario no se tomó en cuenta la estatura de las gestantes; pero sí fue considerado en otras investigaciones quienes recomiendan una mayor índice de parto abdominal en tallas por debajo de 1.60 cm. (35)

En otros estudios recientes hacen hincapié el antecedente de parto eutócico en parto abdominal previo como un indicador predictor de parto eutócico más relevantes(36,37), De igual manera hallaron relación con otras variables mencionadas a continuación: índice de Bishop > 6 al momento del ingreso, progresión de dilatación cervical dinámica y bajo ponderado fetal estimado.(37) Asimismo se han planteado puntajes como indicadores de probabilidad de alumbramiento eutócico en gestantes con parto abdominal previo teniendo en cuenta los factores analizados, son 2 los más afamados Flamm y Grobman, en la investigación de Juscamaita y col, siendo el puntaje de Flamm el predictor más certero.(26) Existen investigaciones que implementan en un solo puntaje estas variantes adicionando la edad gestacional con similares resultados.



El índice de éxito del parto eutócico en gestantes con antecedentes de parto abdominal previo fluctúa entre el 72 - 76%, Asimismo esta aumenta al 87 - 90% si tiene como antecedente un parto eutócico anterior, no obstante, está relacionado con un mayor riesgo de rotura uterina (O - 3.7%). En un metaanálisis de más de 400.000 sucesos publicados en junio de 2010, demostraron un riesgo solución de continuidad del útero entre 0.32 - 0.47 % vs 0.03 % para la cesárea programada.(36)

Embarazo

El embarazo es un proceso que comienza con la implantación del blastocito al útero, lo cual ocurre entre el 5to a 6to día posterior a la fecundación. El primer signo probable del embarazo es la nulidad del periodo menstrual(amenorrea) en una mujer en edad reproductiva, con ciclos regulares y sexualmente activa sin uso de algún método anticonceptivo.(38) Durante el embarazo se presentan varios cambios fisiológicos adaptativos maternos, consecuentes a eventos orgánicos y hormonales (estrógeno, progesterona y la subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica (beta-hCG) dichas hormonas posibilitan un medio adecuado para el feto, asimismo, son responsables de los síntomas frecuentes y propios de la gestación.(39)

Parto

Es la expulsión de un feto con un peso mayor o igual a 500g (mayor o igual a 22 semanas de gestación). (39)

Tipos de parto: Se clasifica en:

- Parto vaginal espontáneo.
- Parto vaginal instrumentado.
- Parto abdominal o cesárea.



Cesárea

La cesárea se define como la salida del feto, placenta y membranas mediante un corte que atraviese la pared abdominal (laparotomía) y útero (histerotomía).(39)

Actualmente es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes a nivel mundial, la mayor parte son realizadas sin indicaciones absolutas. La Organización Mundial de la Salud indica que el índice de parto no debe exceder el quince por ciento del total de partos. Asimismo, este es un indicador para evaluar aptitudes en gestión hospitalaria. No obstante, hoy en día la prevalencia del parto abdominal o cesárea se encuentra por encima de ese rango en la mayor parte del mundo.(31)

Causas del incremento en la tasa de cesáreas

Sistema de salud: La cesárea electiva. Se infiere que esta es la causa número uno del aumento de partos abdominales en Perú. (39)

Cesárea anterior: Teniendo en cuenta que el índice de parto abdominal es mayor, Es evidente entonces que cada vez aumentaran las gestantes con antecedente de parto abdominal anterior. Por consecuente el tener una o dos partos abdominales anteriores es motivo de un nuevo parto abdominal. (39)

Gestaciones múltiples: Se observa claramente que la cantidad de relaciones con dificultades en fertilidad que necesitan métodos de fertilización asistida estuvo en aumento. En consecuencia, la reproducción asistida eleva la probabilidad de gestación múltiple. (39)

Uso de Monitoreo fetal intraparto (MEFI): El monitoreo fetal se relaciona a mayor riesgo de parto abdominal, debido a la evaluación del estado fetal no tranquilizador.(39)

Problemas médicos legales: Actualmente los Gineco-obstetras son el personal médico con más denuncias. Según se ha visto el gran porcentaje de las denuncias se asocian con el parto.(39)



Indicaciones de cesárea

El parto abdominal está indicado en aquellas situaciones en que el parto eutócico no es probable, o de ser probable el parto eutócico, esta sea un alto trance para el feto o la gestante.

El motivo más común de parto abdominal en el Perú actualmente lo constituye el antecedente de parto abdominal anterior, seguidamente la distocia de presentación. (39)

Indicaciones frecuentes de operación cesárea
• Desproporción céfalo pélvica (prueba de trabajo de parto fracasada)
• Estado fetal no tranquilizador
• Distocia de presentación: podálica o transversa. En el 4% de los embarazos de término el feto está en presentación podálica. Un estudio mostró que la cesárea en electiva mejora el resultado perinatal.
• Peso fetal mayor a 4500 g o mayor a 4000 g si la mujer es diabética.
• Antecedente de cesárea previa, aunque en mujeres con una cesárea previa es posible el parto vaginal como se explicará más adelante
• Alto riesgo de rotura uterina durante el trabajo de parto: considerar las siguientes: <ul style="list-style-type: none">○ Antecedente de dos o más cesáreas.○ Antecedente de cesárea corporal: la histerotomía en la cesárea se hace en el segmento inferior (istmo uterino distendido en el embarazo), el cual se forma después de las 32 semanas. Si la cesárea se efectúa en un sitio diferente al segmento inferior, se llama cesárea corporal, también se considerara cesárea corporal aquella que se efectúa antes de las 32 semanas.○ Antecedente de miomectomía (extracción de un mioma) en que la incisión efectuada en el útero se extiende hasta la cavidad endometrial, lo que ocurre en caso de miomas intramurales grandes. Por el contrario, la miomectomía de un mioma subseroso o de uno submucoso (por vía endoscópica) no se asocia a mayor riesgo de rotura uterina.○ Antecedente de endometritis puerperal con compromiso miometrial (endometriometritis) en el puerperio de su cesárea previa.
• Otras condiciones maternas fetales u ovulares que hacen imposible o riesgoso el parto vaginal, ejemplo <ul style="list-style-type: none">○ Maternas: preeclampsia severa y baja expectativa de parto vaginal pronto○ Fetales: malformaciones como hidrocefalia con macrocefalia○ Ovulares: placenta previa

Indicaciones absolutas de Cesárea:

- Casos de placenta previa oclusiva total
- Distocias de presentación.
- Embarazo con siameses viables
- Embarazo gemelar monocorial monoamniótico
- Cesárea repetitiva o iterativa
- Cesárea con incisión corporal previa(39)



Indicaciones relativas: Estas son las situaciones en la práctica clínica por las cuales dado algunos pormenores el parto culminará por vía abdominal, en este caso, el juicio clínico médico es la condición preponderante. Las indicaciones relativas se dan generalmente en situaciones maternas. (39)

- Enfermedad hipertensiva del embarazo sin respuesta al tratamiento
- Alteración del bienestar fetal.
- Oligoamnios.
- RCIU
- Herpes genital
- Macrosomía fetal

Complicaciones de la cesárea

El riesgo de morbilidad, tanto materno como fetal, aumenta en el parto abdominal que en el parto eutócico. Se tienen las siguientes complicaciones más frecuentes. (39)

- Complicaciones quirúrgicas: Lesiones de tipo vascular, del sistema urinario o tracto intestinal.
- Complicaciones infecciosas: Infecciones de sitio operatorio (3-5%), aumento de infección endometrial puerperal (en comparación al parto eutócico)
- Complicaciones hemorrágicas: Aumento del riesgo de hemorragia uterina, atonía uterina.
- Complicaciones tromboembólicas: Se ha descrito aumento de enfermedad tromboembólica
- Complicaciones fetales: Riesgo de daño quirúrgico fetal, aumento de casos de taquipnea transitoria del recién nacido.
- Complicaciones obstétricas: Aumenta tasa de incidencia de rotura uterina, aumenta el peligro de placenta previa y acretismo placentario.(39)



Parto Vaginal Después de una Cesárea (PVDC)

Concepto:

El parto eutócico después de un parto abdominal previo muestra que el feto nace por trayecto vaginal, y hay antecedentes de una sola cesárea durante embarazos anteriores. (33)

Condiciones Generales

Conocemos y sabemos que la culminación de una gestación por vía vaginal es la de elección, se debe promover esta ejecución posterior a una cesárea previa, para evitar tasas incrementadas de cesárea repetitiva. La Academia Americana de Ginecología y Obstetricia (ACOG) sugiere realizar un test de trabajo de parto en gestantes que cuenten con una cesárea anterior (CA), puesto que la probabilidad de éxito en culminar en un parto eutócico asciende a 60 y 80 %. (33)

Muchos autores intentan establecer los elementos que se asocian a un parto eutócico exitoso después de un parto abdominal previo, entre los que se encuentran:

- El antecedente de parto vaginal, propiamente dicho
- Etnia.
- Edad de la madre
- Labor de parto espontaneo
- Ponderado fetal

Otros autores expresan causas relacionadas a un trabajo de parto fallido como vienen a ser principalmente el periodo entre gestaciones de corta duración y las enfermedades concomitantes maternas. El éxito del PVDC depende de características demográficas y obstétricas. En un estudio comparativo de varias Guías de Práctica Clínica sobre PVDC, se recomienda la implementación de un asesoramiento por parte de un profesional experto respecto de los pasos a seguir. Además, promueve una decisión compartida médico-



paciente, haciendo constar claramente los beneficios y riesgos tanto del PVDC como de una nueva cesárea electiva (CE). (33)

La mayoría de las Guías recomienda la planificación del PVDC para un gran porcentaje de gestantes que tengan: un embarazo único con un feto en presentación cefálica, de 37 o más semanas de gestación, con una cesárea anterior segmentaria, con o sin historia de un parto vaginal previo. (33)

El desarrollo de scores que combinen estos elementos logra seleccionar a las pacientes con alta probabilidad de obtener un PVDC.

Eden y colabs, publicaron una revisión de 11 estudios y concluyeron que el puntaje validado de Flamm, tiene una predicción de éxito de:

49 % con puntajes de 0 – 2

88 % con puntajes de 6 – 7

95 % con puntajes de 8 – 10

Bruce Flamm, publicó en 1997 una investigación donde realizó un formato de puntuación para predecir la probabilidad de PV en pacientes sometidas a una prueba de parto después de una cesárea (PPDC) utilizando factores conocidos al momento del ingreso al hospital. (33)

Tabla 1

2.1. Puntaje de FLAMM	
Características	Puntaje
• Edad materna <40 años	2
• Antecedente de parto vaginal	
▪ Antes y después de la cesárea	4
▪ Después de la cesárea	2
▪ Antes de la cesárea	1
▪ Sin parto vaginal previo	0
• Cesárea previa NO motivada por falta de progresión	1
• Borramiento cervical al ingreso	
▪ >75%	2
▪ 25-75%	1
▪ <25%	0
• Dilatación cervical al ingreso ≥ 4 cm	1



Factores asociados al parto vaginal.

Factores Obstétricos:

- **Edad materna:** Los partos abdominales aumentan su incidencia en el periodo de la adolescencia, y esto debido a la edad, y presentar un desarrollo incompleto para la culminación de un parto eutócico. Desde la perspectiva de la obstetricia se puede dividir en: adolescentes, aquellas menores de 19 años. El otro rango de edad obstétrico es entre 20 y 34 años de edad, la edad apropiada para una gestación, en tanto que presentan menores complicaciones en este grupo.(40) A mayor edad de la madre se considera un factor de riesgo independiente para la muerte intrauterina, recomendándose la culminación del embarazo entre las 39 y 40 semanas.(33)
- **Partos vaginales previos:** El precedente de parto vaginal (previo y posterior de la cesárea) se sopesa un factor de pronóstico, que puede aumentar la posibilidad de un parto exitoso y reducir significativamente el peligro de ruptura uterina. En algunos estudios, la tasa informada de rotura uterina es solo del 0,2% (40).
- **Edad gestacional:** Se define vagamente como el número de semanas entre el primer día del último período menstrual normal de la madre y el día del parto. La edad del embarazo no es la edad embrionaria real del feto, sino un valor estándar común utilizado por obstetras y neonatólogos para evaluar la madurez del feto.(40)
- **Paridad:** incluye nuevos partos, nacimientos múltiples y gran múltiparas, depende de si se trata del primer nacimiento, de dos nacimientos al cuarto nacimiento y, en consecuencia, más de cinco nacimientos. La frecuencia de la elasticidad perineal durante el parto es diferente a la del primer parto, y será



diferente después de más de dos partos, por lo que puede incluirse en la cesárea previa como predictor de parto vaginal(40)

- **Periodo intergenésico:** Se define como el tiempo entre dos sucesos obstétricos, que afecta directamente la morbilidad materna e infantil. Un ciclo reproductivo más corto puede provocar una insuficiencia de vasos sanguíneos en el útero y la placenta. Se considera un factor de riesgo de rotura uterina. Para The Royal College of Obstetricians & Gynecologists es de 12 meses y para la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia es de 18 meses. Un periodo menor de 6 meses es el de mayor riesgo. Este consenso aconseja que el intervalo intergenésico no sea inferior a 24 meses.(33)
- **Índice de masa corporal:** El IMC elevado es inversamente proporcional a la posibilidad de lograr un parto eutócico posterior a parto abdominal previo. Sin embargo, no se considera una contraindicación.(33)

Factores fetales

- **Ponderado fetal:** Peso fetal aproximado, que se realiza por ultrasonografía. Se realizan mediciones del diámetro biparietal, longitud de fémur y circunferencia abdominal. El margen de error puede llegar a ser de más menos del 15 al 20 por ciento.(41)

Probabilidad de éxito de parto eutócico

El parto eutócico exitoso posterior a parto abdominal está en el rango de 72-76%, y si ha habido un parto vaginal previo llega a 87-90%. Entre los elementos que pueden reducir la tasa de partos eutócicos y específicamente tras una cesárea previa son: partos de tipo distócico, el no usarse anestesia epidural, antecedentes de parto pretérmino previo por cesárea y un periodo intergenésico desde el parto abdominal previo inferior a 18 meses. Se menciona que se debe brindar una chance de parto eutócico a todas las mujeres con



cesárea previa, al momento de descartar las contraindicaciones; y se comunique a la paciente de los pros y contras del parto vaginal.(42)

Beneficios del parto vaginal después de una cesárea

Las pacientes deben ser informadas sobre los beneficios que presenta el parto vaginal después de una cesárea, pues se asocia a una menor tasa de complicaciones que la cesárea electiva, por lo que cada centro debería determinar su propia tasa para poder brindar a la paciente una adecuada información acerca de las probabilidades de éxito de dicha conducta. Según el NICE dicha tasa de éxito de parto vaginal es del 72-75%, y sube al 85-90% si tuvo previamente un parto vaginal. (33)

Beneficios maternos

El parto vaginal reduce la hospitalización materna, permite una mejor recuperación posparto y se asocia a un mayor nivel de satisfacción. Por otro lado, para el Sistema de Salud permite reducir los costos.(33)

Beneficios perinatales del PVDC

El riesgo de Muerte Perinatal asociado al parto es extremadamente bajo (4/10.000) y comparable con dicho riesgo en mujeres nulíparas con trabajo de parto de inicio espontáneo. Si bien la Mortalidad Perinatal es mayor en el parto eutócico después de una cesárea que en la cesárea electiva, el valor absoluto sigue siendo muy bajo (0.13% vs 0.05%) (33)

El riesgo de Morbilidad Respiratoria Neonatal (taquipnea transitoria, síndrome de distress respiratorio) e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es menor en el parto vaginal después de una cesárea. Este riesgo disminuye con la edad gestacional siendo, a partir de las 39 semanas, la mitad que en la CE.

El vínculo precoz madre-hijo en el parto vaginal después de cesárea es inmediato, lo que beneficia además la lactancia materna.(33)



Factores Que Influyen Negativamente en el éxito de un PVDC

- Edad Materna avanzada
- IMC mayor a 30
- No tener Partos vaginales previos a la cesárea electiva
- Peso fetal excesivo o macrosomía fetal
- Indicación de cesárea previa por compromiso de la segunda fase del Trabajo de Parto.(33)

Contraindicaciones de parto eutócico en cesárea previa

- Presentar antecedentes de ruptura uterina
- Antecedente de cesárea de tipo no segmentaria (incisión uterina corporal o clásica, ampliación en “T” invertida)
- Cirugía uterina previa con entrada en cavidad endometrial (miomectomía) o exéresis de mioma >5 cm.
- Otras contraindicaciones absolutas para PV (placenta previa, presentación no cefálica, etc.).(33)

2.3 Definición de términos básicos

- Cesárea. - Es una intervención quirúrgica obstétrica que se realiza con el fin de extraer al feto, y la placenta a través de un corte realizado a través de la pared abdominal y uterina. (31)
- Embarazo. - El embarazo es un proceso que comienza con la implantación del blastocito al útero, lo cual ocurre entre el 5to a 6to día posterior a la fecundación(39)
- Trabajo de Parto. - Consiste en un agregado de contracciones uterinas de características rítmicas, automáticas y graduales que generan el borramiento (afinamiento y acortamiento) y el ensanchamiento del cuello uterino. (39)



- Parto Vaginal. - Es la forma tradicional de parto en la que el bebé sale del útero hacia el exterior a través de la vagina. (40).

2.4 Hipótesis:

2.4.1 Hipótesis del investigador (Hi):

Si existen factores pronósticos para el éxito de parto vaginal en gestantes con cesárea previa, en el Hospital Adolfo Guevara Velasco y el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en los años 2019-2020

2.4.2 Hipótesis nula (Ho):

No existen factores pronósticos para el éxito de parto vaginal en gestantes con cesárea previa, en el Hospital Adolfo Guevara Velasco y el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en los años 2019-2020

2.5 Variables e indicadores

2.5.1 Identificación de variables

Variable independiente:

Factores de la madre

Edad materna

Partos vaginales previos.

Edad gestacional

Paridad

PIG: >2 años

IMC

Control prenatal

Factores fetales

Ponderado fetal



F. sociodemográficos

Distrito (Urbano/Rural)

Nivel de instrucción

Variable dependiente:

Parto vaginal en cesárea previa



2.5.2 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Indicador	Escala de medición	Instrumento y proceso de medición	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional de la variable
Partos vaginales previos	Expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500g (igual o mayor a las 22 semanas de gestación)	Ningun parto vaginal previo 1 parto vaginal 2 partos vaginales 3 o más partos vaginales	Cualitativa	Indirecta	Parto vaginal previo	Nominal	Encuesta	0 no parto vaginal previo 1 parto vaginal 2 partos vaginales 3 o más partos vaginales	6	Cantidad de partos vaginales previos. 0 parto vaginal = 0 1 parto vaginal = 1 2 partos vaginales = 2 3 o más partos vaginales = 3
Edad Gestacional	Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Evalúa cuan avanzado esta un embarazo.	37-<38 semanas 38-<39 semanas 39-<40 semanas 40-<41 semanas 41-<42 semanas	Cualitativa	Indirecta	Edad gestacional	Nominal	Encuesta	37-<38 semanas 38-<39 semanas 39-<40 semanas 40-<41 semanas 41-<42 semanas	8	Semanas desde el último ciclo menstrual de la mujer: 37-<38 semanas 0 38-<39 semanas 1 39-<40 semanas 2 40-<41 semanas 3 41-<42 semanas 4
Paridad	Cantidad total de gestaciones que ha presentado una mujer, se incluyen pérdidas.	Secundípara Multípara Gran Multípara	Cualitativa	Indirecta	Hijos	Nominal	Encuesta	Secundípara Multípara Gran Multípara	9	Número de embarazos previos. Secundípara 0 Multípara 1 Gran multípara 2
Edad materna	Tiempo transcurrido desde el natalicio de un individuo a la actualidad.	Edad materna	Cuantitativa	Indirecta	Fecha de nacimiento	Nominal	Ficha de recolección de datos	Edad materna	1	Tiempo en años que ha vivido la persona Valor numeral.
Sexo	Conjunto de los individuos que comparten esta misma condición orgánica.	Femenino	Cualitativa	Directa	Identidad sexual	Nominal	Ficha de recolección de datos	Femenino	1	Femenino = 1
Periodo Intergenésico. (PIG)	Tiempo dado entre la 2 sucesos obstétricos o ciclos reproductivos. El evento obstétrico puede ser un aborto o parto (vaginal o por cesárea).	PIG 2-5 años PIG >5años	Cualitativa	Indirecta	Periodo intergenésico	de razón	Ficha de recolección de datos	PIG 2-5 años PIG >5años	5	PIG 2-5 años 0 PIG > 5años 1
Ponderado Fetal	Peso fetal aproximado, que se realiza por ultrasonografía. Se realizan mediciones del diámetro biparietal, longitud de fémur y circunferencia abdominal.	Menor a 2500 gr 2501 – 3999 gr >de 4000 gr	Cualitativa	Directa	Peso fetal	Nominal	Ficha de recolección de datos	Menor a 2500 gr 2501 – 3999 gr >de 4000 gr	10	Peso fetal aproximado. Menor a 2500 g. 1 2501 – 3999 g. 2 >de 4000 g. 3



IMC	Cociente obtenido entre el peso y la talla al cuadrado.	<18.5 18.5-24.9 25.0-29.9 30.0-34.5 35.0-39.9 >40	Cuantitativa	Directa	Indice de masa corporal	Intervalo	Ficha de recolección de datos	<18.5 18.5-24.9 25.0-29.9 30.0-34.5 35.0-39.9 >40	2	-menor a 30 1 -mayor igual a 30 2
Complicaciones de parto	Complicaciones que la gestante puede presentar después del parto	Tempranas Tardías	Cualitativa	Indirecta	Complicaciones de parto	Nominal	Ficha de recolección de datos	Tempranas Tardías	14	Tempranas 1 Tardías 2
Distrito	Localización geográfica de ubicación de una persona	Distritos de Cusco y Abancay Urbano Rural	Cualitativa	Directa	Distrito	Nominal	Ficha de recolección de datos	Distrito de Cusco y Abancay	3	Distritos de Cusco y Abancay Urbano=1 Rural=2
Controles Prenatales.	Acciones y procedimientos, periódicos, con la finalidad de prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que pueden condicionar la morbimortalidad materna y perinatal.	Ninguno Menor a 6 Mayor a 6	Cuantitativa	Directa	Controles prenatales	Nominal	Ficha de recolección de datos	Ninguno Menor a 6 Mayor a 6	11	Menor a 6 = 1 Mayor igual a 6=2
Parto vaginal en Cesárea previa	Se considerará a aquella gestante que haya culminado un parto por vía vaginal posterior a una cesárea.	SI NO	Cualitativa	Directa	Relativo al parto vaginal	Nominal	Ficha de recolección de datos	SI NO		SI 1 NO 2
Nivel educativo	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	-Primaria -Secundaria -Tecnico Superior -Universitario	Cualitativa	Directa	Grado de instrucción	Nominal	Ficha de recolección de datos	-Primaria -Secundaria -Tecnico Superior -Universitario	4	-Primaria 1 -Secundaria 2 -Tecnico Superior 3 -Universitario 4



CAPITULO III

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Alcance del estudio

Gestantes con antecedente de cesárea previa de los hospitales Adolfo Guevara Velasco de la ciudad de Cusco y Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de la ciudad de Abancay durante los años 2019 a 2020.

3.2 Diseño de investigación

La presente investigación, es de tipo casos y controles en 2 establecimientos de salud, correlativo porque buscamos encontrar la relación entre las variables a investigar, según la relación entre las variables es analítica, según el tiempo de recolección de datos es transversal y según su direccionalidad es un trabajo retrospectivo desde enero 2019 a diciembre de 2020.

3.3 Población

Son mujeres atendidas en los servicios de Obstetricia de los hospitales Adolfo Guevara Velasco y Hospital Guillermo Díaz de la Vega en el lapso de enero 2019 a diciembre de 2020, en el hospital Guillermo Diaz de la Vega una población de 226 pacientes y en el Hospital Adolfo Guevara Velasco una población de 1037 pacientes, respetando los criterios de selección planteadas en el proyecto de investigación tanto para los casos como para los controles.

Criterios de inclusión:

Nuestros criterios de inclusión son los siguientes:

Caso:

- Gestantes a término con un parto abdominal previo
- Feto único
- Pelvis ginecoide



- Periodo entre ciclos reproductivos mayor de 2 años, con indicación de parto eutócico y que lleguen a culminar la gestación por vía abdominal (Criterios tomados del protocolo de parto vaginal posterior a una cesárea previa del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza).

Control:

- Gestantes a término con un parto abdominal previo, feto único, pelvis ginecoide y periodo entre gestaciones igual o mayor de 2 años, con indicación de parto eutócico que culminen la gestación por vía abdominal.

Criterios de exclusión

- Precedente de cirugía uterina
- Histerotomía por causa diferente a cesárea
- Causas medicas que impidan el parto vaginal
- Cesárea iterativa.

3.4 Muestra

Se realizó el cálculo mediante el paquete estadístico SPSS versión 24 .La relación casos y controles será 1:2; se obtuvo una muestra de 143 pacientes en el Hospital Guillermo Diaz de la Vega. (47 casos, 96 controles) y de 281 pacientes en el Hospital Adolfo Guevara Velasco (93 casos, 188 controles)

Casos: Antecedente de parto vaginal en cesárea previa que culmine gestación actual por vía vaginal

Controles: Culminación de gestación actual por cesárea

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para recopilar los datos se hizo uso de una ficha validada. Dicha ficha contiene preguntas acerca de características Gineco - obstétricas, poblacionales, de afecciones maternas y resultados perinatales, la información se obtuvo del libro de sala de partos e historias



clínicas de los hospitales Adolfo Guevara Velasco - Cusco y Hospital Guillermo Diaz de la Vega - Abancay.

3.6 Validez y confiabilidad de instrumentos

Validación de ficha de recolección de datos por expertos. Fue validada por 7 expertos y luego contrastada mediante el método de distancia de punto medio (DPP) con un valor de 2.47 ubicándose en la zona B, que significa adecuación en gran medida. Los resultados alcanzados muestran que el cuestionario validado tiene un valor Alfa de Cronbach de 0.87. Esto suscribe puntualizar que el instrumento es confiable.

3.7 Plan de análisis de datos

SPSS versión 24.0 para Windows, para el análisis univariado se utilizó estadística descriptiva, frecuencias simples y agrupadas, medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas. El análisis bivariado incluyó, la prueba de homogeneidad X^2 , así como la prueba exacta de Fisher y para el análisis multivariado, determinación de Odds Ratio, Wald, regresión logística no condicional, con intervalos de confianza del 95%.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

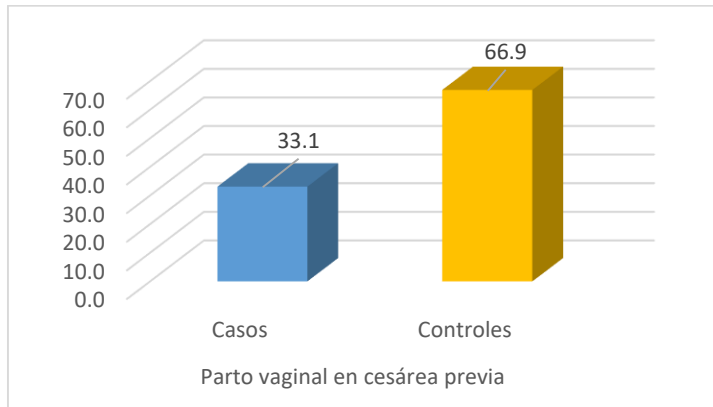
El siguiente estudio es de tipo casos y controles, realizado en 2 hospitales del Perú: Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega de la ciudad de Abancay y Hospital Adolfo Guevara Velasco de la ciudad de Cusco. Donde se contó con 2 muestras; una conformada por 143 gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega de la ciudad de Abancay, y la otra conformada por 288 gestantes atendidas en Hospital Adolfo Guevara Velasco de la ciudad de Cusco. Estos estuvieron divididos en casos y controles en relación 1 a 2 respectivamente. Se realizaron análisis univariados, bivariados y multivariados.



Resultados Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco - Cusco

1.Frecuencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en HNAGV-Cusco 2019-2020

Grafico 1



Se muestra que la frecuencia de parto vaginal en cesárea previa es de 33.1% en comparación del grupo control quienes fueron las que terminaron en cesárea llegando a abarcar mayor porcentaje de 66.9%.

2.Factores obstétricos que llevan a un parto vaginal en pacientes con cesárea previa en HNAGV-Cusco 2019-2020

2.1 Antecedente de partos en parto vaginal en cesárea previa del HNAGV-Cusco

Tabla 1

	Wald	Sig.	Exp(B)	<u>95% C.I. para EXP(B)</u>	
				Inferior	Superior
Parto vaginal previo	53,216	,000			
0 no parto vaginal previo	48,923	,000	,246 (4.06)	,166	,364
1 parto vaginal	,997	,318	,818(1.22)	,552	1,213
2 partos vaginales	3,297	,069	2,60(0.38)	,927	7,293



Se observa que el estadístico de Wald es 53.2, con un P de 0.000 que es menor a 0.05, esto quiere decir que existe asociación entre las variables parto vaginal previo y el parto vaginal en cesárea previa. En cuanto al número de partos se observa que al no presentar ningún parto vaginal previo con un P de 0.000 se comporta como un factor de riesgo para la culminación de parto vaginal. Por otro lado, al presentar 2 partos vaginales con un OR (0.38), esto quiere decir que se comporta como un factor protector para culminar en parto eutócico exitoso con un intervalo de confianza del 95%.

2.2 Edad gestacional en parto vaginal en cesárea previa del HNAGV-Cusco

Tabla 2

	Wald	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Edad gestacional	29,212	,000			
37-<38 semanas	14,918	,000	,295(3.3)	,159	,549
38-<39 semanas	7,887	,005	,489(2.0)	,297	,806
39-<40 semanas	4,175	,041	,635(1.57)	,410	,982
40-<41 semanas	2,233	,135	,630(1.58)	,343	1,155

Se observa que el estadístico de Wald es 29.2, con un P de 0.000 que es menor a 0.05, esto quiere decir que existe asociación entre las variables edad gestacional y el parto vaginal en cesárea previa. Respecto a la edad gestacional se observa que una edad gestacional comprendida entre 37 y 39 semanas 6/7 días son altamente significativo ($P < 0.05$) para la culminación en parto vaginal con un intervalo de confianza del 95%; con un O.R (3.3) por lo cual se interpreta como un factor protector para el parto vaginal en cesárea previa. Por otro lado las gestantes con una edad gestacional de 40 semanas no presentaron significancia clínica, el cual se interpreta como un factor de riesgo para la culminación en parto vaginal en cesárea previa.



2.3 Paridad en parto vaginal en cesárea previa del HNAGV-Cusco

Tabla 3

	Wald	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Paridad	52,395	,000			
Secundípara	52,068	,000	,237(4.22)	,160(2.86)	,350(6.25)
Múltipara	,327	,567	1,115(0.89)	,767	1,622

Se observa que el estadístico de Wald es 52.4, con un P de 0.000 que es menor a 0.05, esto quiere decir que existe asociación entre las variables paridad y el parto vaginal en cesárea previa. Con respecto a las múltiparas se considera un factor protector con un valor de OR = 0.89. Esto quiere decir que la probabilidad de que tenga parto vaginal en cesárea previa es 4.22 veces más, con relación a las secundíparas con un intervalo de confianza del 95%.

2.4 Periodo intergenésico en parto vaginal en cesárea previa del HNAGV-Cusco

Tabla 4

		Parto vaginal en cesárea previa					
		Casos		Controles		Total	
		f	%	f	%	f	%
Periodo	PIG > 5 años	92	98,9%	182	96,8%	274	97,5%
Intergenésico	PIG 2-5 años	1	1,1%	6	3,2%	7	2,5%
Total		93	100,0%	188	100,0%	281	100,0%

$\chi^2 = 1.15$	$P = 0.284$	$OR = 3.03$	$IC95\% (0.36 - 25.57)$
-----------------	-------------	-------------	-------------------------

La relación periodo intergenésico con los partos vaginales en cesárea previa no es estadísticamente significativa (Chi cuadrado 1.15). Con respecto a las gestantes con PIG 2-5 años presentan un OR = 3.03 que es superior a la unidad. Esto quiere decir que la probabilidad de que tenga parto vaginal en cesárea previa es 3.03 veces más, en comparación con un PIG > 5 años con un intervalo de confianza del 95%.



2.5 Índice de masa en parto vaginal en cesárea previa del HNAGV-Cusco

Tabla 5

		Parto vaginal en cesárea previa					
		Casos		Controles		Total	
		f	%	f	%	f	%
IMC	>30	59	63,4%	110	58,5%	169	60,1%
	≤30	34	36,6%	78	41,5%	112	39,9%
Total		93	100,0%	188	100,0%	281	100,0%

$$\chi^2 = 0.63 \quad P = 0.427 \quad OR = 1.23 \quad IC95\% (0.74 - 2.05)$$

Se muestra que existe un mayor porcentaje de obesidad en los grupos de casos y controles, siendo este 63.4% y 58.5% respectivamente. La relación de IMC con los partos vaginales en cesarea previa no es estadísticamente significativa (Chi cuadrado: 0.63). Con respecto a las gestantes con un IMC ≤ 30 presentan un OR = 1.23 que es superior a la unidad. Esto quiere decir que la probabilidad de que tenga parto vaginal en cesárea previa es 1.23 veces más, con relación a un IMC >30 con un intervalo de confianza del 95%.

2.6 Controles prenatales en parto vaginal en cesárea previa HNAGV-Cusco 2019-2020

Tabla 6

		Parto vaginal en cesárea previa					
		Casos		Controles		Total	
		f	%	f	%	f	%
Controles prenatales	<6	28	30,1%	59	31,4%	87	31,0%
	≥6	65	69,9%	129	68,6%	194	69,0%
Total		93	100,0%	188	100,0%	281	100,0%

$$\chi^2 = 0.05 \quad P = 0.828 \quad OR = 0.94 \quad IC95\% (0.55 - 1.62)$$

Se observa un 69.9 % de gestantes que tuvieron más de 6 controles prenatales en el grupo de casos. Asimismo, se tiene un P (0,82), no existiendo asociación significativa entre las variables controles prenatales y el parto vaginal en cesárea previa. Se tiene un OR de 0.94, lo que muestra que tener más de 6 controles prenatales es un factor protector para parto vaginal en cesárea previa.



3. Factores fetales que llevan a un parto vaginal en pacientes con cesárea previa en HNAGV-Cusco 2019-2020

3.1 Ponderado fetal en parto vaginal en cesárea previa del HNAGV-Cusco

Tabla 7

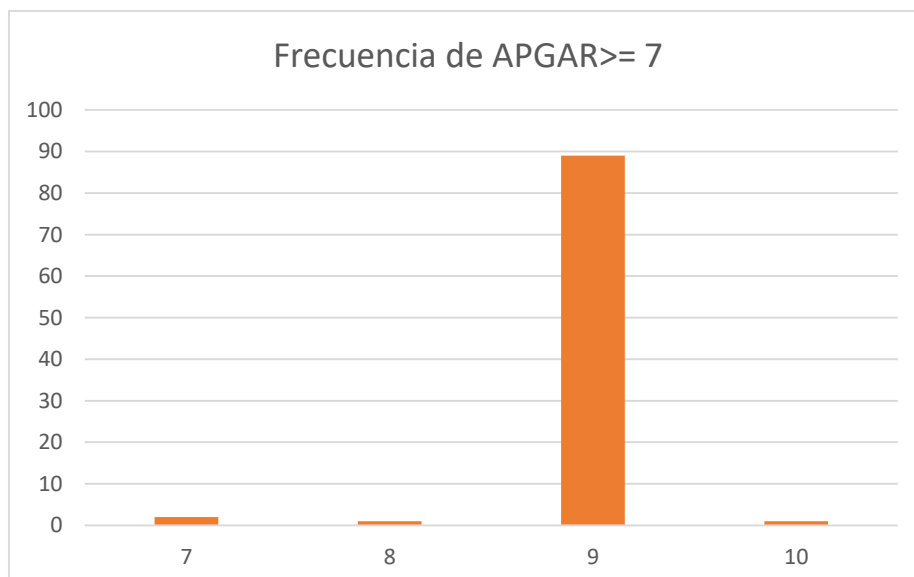
	Wald	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Ponderado fetal	31,260	,000			
>de 4000 g	9,389	,002	,150(6.6)	,045	,505
2501 – 3999 g	21,871	,000	,542(1.8)	,419	,701

Se observa que el estadístico de Wald es 31.26, con un P de 0.000 que es menor a 0.05,

esto quiere decir que existe asociación entre las variables ponderado fetal y el parto vaginal en cesárea previa. el ponderado fetal de 2501 a 3999 se comportan como factor protector para parto vaginal en cesárea previa por presentar un OR de 1.8, el cual tienen 1.8 veces más probabilidad de terminar en parto vaginal en comparación con el ponderado fetal > 4 kg con un intervalo de confianza del 95%.

3.2 APGAR de recién nacidos de mujeres con parto vaginal del HNAGV-Cusco

Grafico 2





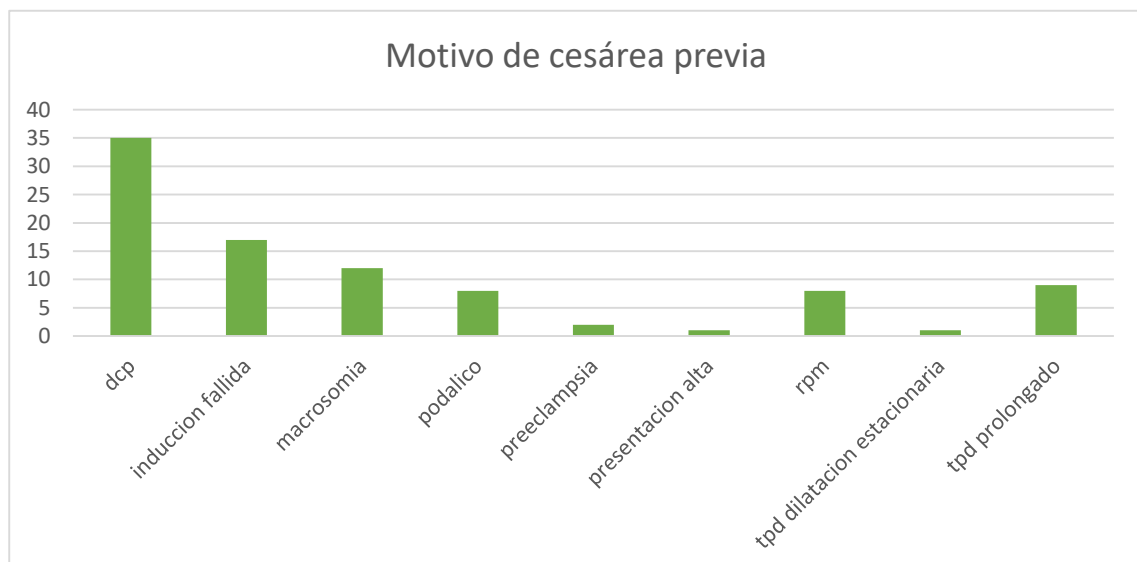
Se evidencia en el grupo de casos todos los recién nacidos obtuvieron un puntaje mayor igual a 7. De los cuales un 96% obtuvieron un puntaje de APGAR de 9 a los cinco minutos. Indicándonos un buen estado fisiológico general en todos los recién nacidos que culminaron en parto vaginal.

4.Causas de cesárea previa en mujeres que llegaron a parto vaginal en HNAGV-Cusco

Tabla 8

Motivo cesárea previa	Cantidad	Porcentaje
Desproporción céfalo pélvica	35	37.63
Inducción fallida	17	18.28
Macrosómico	12	12.90
Podálico	8	8.60
Preeclampsia	2	2.15
Presentación alta	1	1.08
Ruptura prematura de membranas	8	8.60
tpd dilatación estacionaria	1	1.08
tpd prolongado	9	9.68
TOTAL	93	100.00

Grafico 3





Se muestra en el grupo de casos la causa más frecuente de la cesárea previa que fue Desproporción céfalo pélvica con un total de 35 casos correspondiendo al 37.63 por ciento. Con menos frecuencia se encuentra presentación alta y trabajo de parto disfuncional por dilatación estacionaria.

5. Complicaciones de parto vaginal en HNAGV-Cusco del 2019- 2020

Tabla 9

		Parto vaginal en cesárea previa					
		Casos		Controles		Total	
		f	%	f	%	f	%
Complicación parto	Tempranas	1	1,1%	0	0,0%	1	0,4%
	No complicaciones	92	98,9%	188	100,0%	280	99,6%
Total		93	100,0%	188	100,0%	281	100,0%

Se presentó un total de 1.1% de complicaciones tempranas en el grupo de casos del HNAGV-Cusco, siendo el único caso de atonía uterina.

6. Factores sociodemográficos de las gestantes del HNAGV-Cusco del 2019-2020

6.1 Nivel educativo en gestantes atendidas en HNAGV-Cusco

Tabla 10

		Parto vaginal en cesárea previa					
		Casos		Controles		Total	
		f	%	f	%	f	%
Nivel educativo	Primaria	5	5,4%	5	2,7%	10	3,6%
	Secundaria	31	33,3%	65	34,6%	96	34,2%
	Técnico Superior	5	5,4%	14	7,4%	19	6,8%
	Universitario	52	55,9%	104	55,3%	156	55,5%
Total		93	100,0%	188	100,0%	281	100,0%



Se muestra un promedio del nivel educativo de las gestantes que pertenecen al grupo de los casos siendo de mayor porcentaje el nivel universitario con un total de 52 correspondiendo al 55.9%, Por el contrario, solo tuvieron nivel primario un total de 5 gestantes que corresponde al 5.4%.

6.2 Edad de las gestantes atendidas en HNAGV-Cusco

Tabla 11

Parto vaginal en cesárea previa	Edad		
	N	Media	Desv. Desviación
Casos	93	32,92	4,71
Controles	188	33,97	5,30

Se encontró un promedio de edad de 32.92 en las gestantes que formaron parte de los casos con una desviación estándar de 4371, en HNAGV-Cusco.

6.3 Procedencia de gestantes atendidas en HNAGV-Cusco

Grafico 4

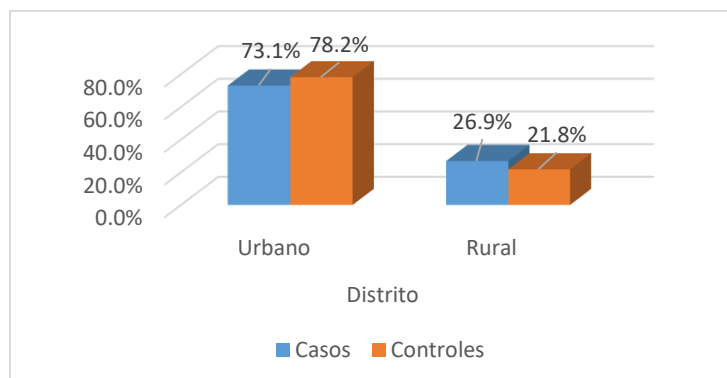


Tabla 12

Procedencia	Cantidad	Porcentaje
Acomayo	1	1.08
Calca	2	2.15
Cusco	36	38.71
Espinar	2	2.15
Machupicchu	1	1.08
Marcapata	1	1.08
Quillabamba	7	7.53
San sebastian	19	20.43
Santiago	12	12.90
Santo tomas	1	1.08
Sicuani	5	5.38
Urcos	2	2.15
Urubamba	4	4.30
	93	100.00

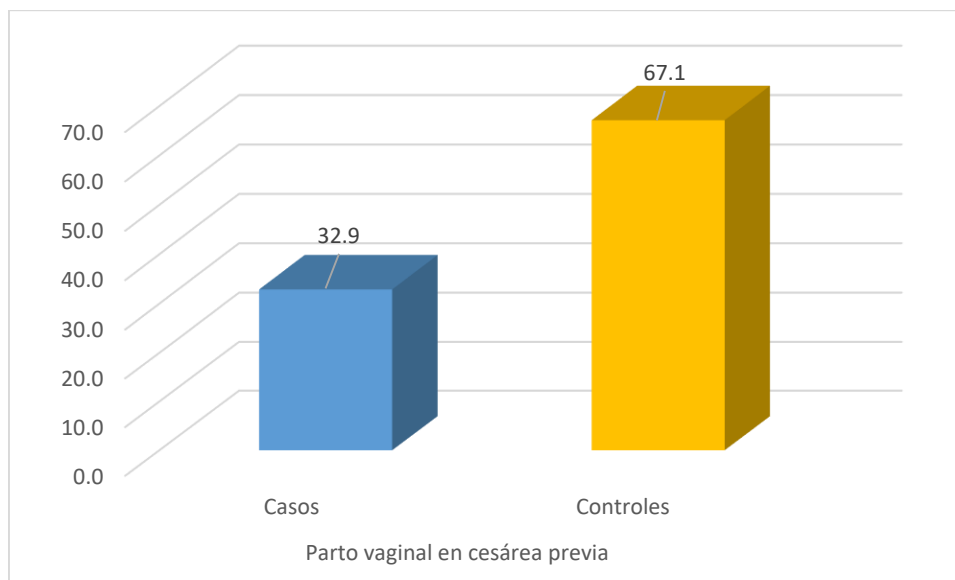


Se evidencia que la procedencia de la mayor parte de gestantes atendidas en el HNAGV-Cusco fueron de la zona urbano correspondiendo al 73.1% de las cuales pertenecen al distrito de Cusco un total de 36 gestantes. En menor medida provienen de la zona rural 26.9%.

Resultados del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega – Abancay

1.Frecuencia de partos vaginales en cesárea previa del HRGDV-ABANCAY del 2019-2020

Gráfico 1



Se presentó un 32.9% de partos vaginales en pacientes que presentaban el antecedente de cesárea previa en el HRGDV-Abancay durante el 2019-2020, siendo esta la tasa de éxito de parto vaginal.



2. Factores obstétricos asociados a parto vaginal en pacientes con cesárea previa del HRGDV- Abancay 2019-2020

2.1 Índice de masa corporal en parto vaginal en cesárea previa HRGDV – Abancay 2019-2020

Tabla 1

		Parto vaginal en cesárea previa				Total	
		Casos		Controles		f	%
		f	%	f	%		
IMC	>30	12	25,5%	13	13,5%	25	17,5%
	<=30	35	74,5%	83	86,5%	118	82,5%
Total		47	100,0%	96	100,0%	143	100,0%

$$\chi^2 = 3.14 \quad P = 0.076 \quad OR = 2.19 \quad IC95\% (0.91 - 5.27)$$

Se muestra que existe un mayor porcentaje de obesidad en el grupo control, con un 86.5 % en comparación a un 74.5 % dado en el grupo de casos. Asimismo, se observa que la prueba Chi-cuadra de Pearson (χ^2) es 3.14, con un P de 0.076 que es mayor a 0.05, mostrando que no existe asociación significativa entre las variables IMC y el parto vaginal en cesárea previa. Con respecto al OR (2.1) se observa; que la variable IMC no es un factor de riesgo para el parto vaginal en cesárea previa, aumentando la posibilidad de culminación por parto vaginal en las mujeres con cesárea previa con IMC menor a 30.



2.2 Periodo intergenésico en parto vaginal en cesárea previa HRGDV – Abancay 2019-2020

Tabla 2

		Parto vaginal en cesárea previa				Total	
		Casos		Controles		f	%
		f	%	f	%		
Periodo Intergenésico	PIG > 5 años	19	40,4 %	21	21,9 %	40	28,0 %
	PIG 2-5 años	28	59,6 %	75	78,1 %	103	72,0 %
Total		47	100,0 %	96	100,0 %	143	100,0 %

$$\chi^2 = 5.39 \quad P = 0.020 \quad OR = 2.42 \quad IC95\% (1.14 - 5.17)$$

Se observa que se tiene un 72% de total de gestantes que tuvieron periodo intergenésico entre 2 a 5 años. Asimismo, se tiene que la prueba Chi-cuadra de Pearson (χ^2) es 5.39, con un P (0,020) que demuestra que existe asociación significativa entre las variables periodo intergenésico y el parto vaginal en cesárea previa.

Además, se tiene un OR = 2.42. Esto quiere decir que la probabilidad de que tenga parto vaginal en cesárea previa es 2.42 veces más en pacientes con periodo intergenésico entre 2 a 5 años en relación a las que presenten periodo intergenésico mayor a 5 años, con un intervalo de confianza del 95%.



2.3 Controles prenatales en parto vaginal en cesárea previa HRGDV – Abancay 2019-2020

Tabla 3

		Parto vaginal en cesárea previa				Total	
		Casos		Controles		f	%
		f	%	f	%		
Controles prenatales	<6	5	10,6 %	19	19,8%	24	16,8%
	>=6	42	89,4 %	77	80,2%	119	83,2%
Total		47	100,0%	96	100,0%	143	100,0%

$$\chi^2 = 1.89 \quad P = 0.169 \quad OR = 0.48 \quad IC95\% (0.17 - 1.39)$$

Se observa un 89,4 % de gestantes que tuvieron más de 6 controles prenatales en el grupo de casos. Asimismo, se tiene un Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) de 1.89, con un P (0,169), no existiendo asociación significativa entre las variables controles prenatales y el parto vaginal en cesárea previa.

Se tiene un OR de 0.48, lo que muestra que tener más de 6 controles prenatales es un factor protector para parto vaginal en cesárea previa.

2.4 Edad gestacional en parto vaginal en cesárea previa HRGDV – Abancay 2019-2020

Tabla 4

		Wald	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Edad gestacional		17,681	,001			
37-<38 semanas		8,255	,004	,167 (5.98)	,049	,566
38-<39 semanas		2,878	,090	,577	,306	1,089
39-<40 semanas		6,501	,011	,472	,265	,841
40-<41 semanas		,048	,827	,909	,386	2,141



Se observa que el estadístico de Wald es 17.68, con un P (0.001) esto quiere decir que existe asociación entre las variables edad gestacional y el parto vaginal en cesárea previa. Respecto al OR se observa un OR de 5.98 para las gestantes de 37-38 semanas que hay 5.98 veces probabilidad de culminar en parto vaginal, en comparación al grupo de 40-41 semanas, con un intervalo de confianza del 95%.

2.5 Paridad en parto vaginal en cesárea previa HRGDV – Abancay 2019-2020

Tabla 5

	Wald	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Paridad	20,931	,000			
Secundípara	19,710	,000	,240 (4.17)	,128(2.22)	,451(7.81)
Multípara	1,221	,269	,733	,423	1,271

Se observa que el estadístico de Wald es 20.93, con un P (0.000) esto quiere decir que existe asociación entre las variables paridad y el parto vaginal en cesárea previa. Respecto al OR se observa; que las gran multíparas se considera un factor de riesgo para el parto vaginal en cesárea previa, con un valor de OR = 4.17 que demuestra que las multíparas tienen 4.17 veces más probabilidad de terminar en parto vaginal con relación a las secundíparas con un intervalo de confianza del 95%.

2.6 Antecedentes partos vaginales en parto vaginal en cesárea previa HRGDV – Abancay 2019-2020

Tabla 6

	Wald	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Parto vaginal previo	20,912	,000			
Parto vaginal previo (0)	20,434	,000	,288(OR.3. 4)	,168	,494
Parto vaginal previo (1)	,083	,773	,920	,522	1,621
Parto vaginal previo (2)	,395	,530	,667	,188	2,362



Se observa que el estadístico de Wald es 20.9, con un P de 0.000 que es menor a 0.05, existe asociación significativa entre las variables parto vaginal previo y el parto vaginal en cesárea previa. En cuanto al número de partos se observa que al no presentar ningún parto vaginal previo con un P de 0.000 se comporta como un factor de riesgo para la culminación de parto vaginal. Se tiene un OR de 3.47, que indica 3.4 veces más riesgo para las gestantes sin partos vaginales previos de culminar en cesárea en comparación a las que presentan partos vaginales.

3. Factores fetales que llevan a un parto vaginal en pacientes con cesárea previa en HRGVD-Abancay 2019-2020

3.1 Ponderado fetal en parto vaginal en cesárea previa HRGDV – Abancay 2019-2020

Tabla 7

	Wald	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Ponderado fetal	7,112	,029			
>de 4000 g.	,000	,998	,000	,000	.
2501 – 3999 g	7,112	,008	,610	,425	,877

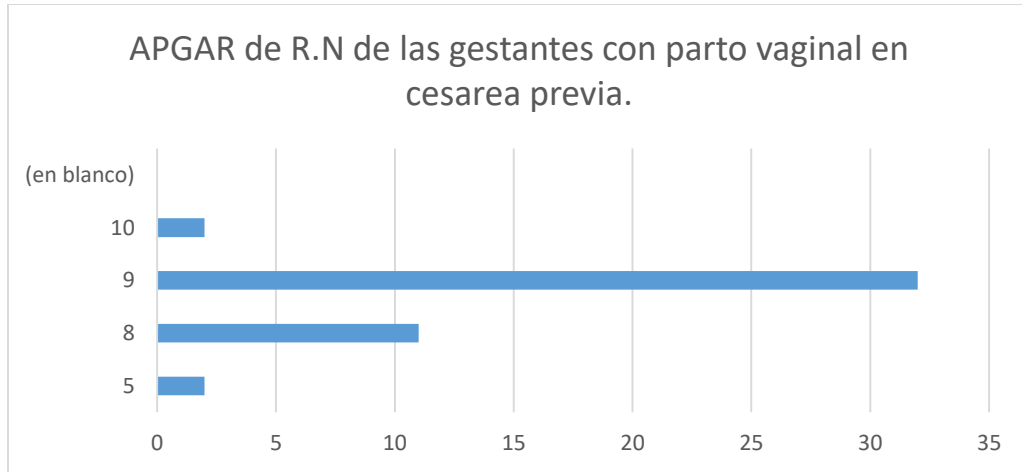
Asimismo, se tiene un estadístico de Wald de 7.12, con un P (0,029), existiendo asociación significativa entre las variables ponderado fetal y el parto vaginal en cesárea previa. Se tiene un OR de 1.63, lo que muestra un 1.63 de probabilidades de llegar a parto vaginal con un ponderado fetal de 2500 a 3999 gramos, en comparación a un ponderado fetal mayor de 4000 gramos, con un intervalo de confianza de 95%.



3.2 APGAR de R.N de las gestantes con parto vaginal en cesárea previa en HRGDV-

Abancay 2019-2020

Grafico 2



Se encontró que la mayoría de gestantes del grupo de casos, tuvo un recién nacido con un APGAR de 9, corresponden a 32 gestantes de un total de 47 pertenecientes al grupo de control.

4. Causas de cesarea previa en mujeres que llegaron a parto vaginal en el HRGVD-

Abancay 2019-2020

Grafico 3

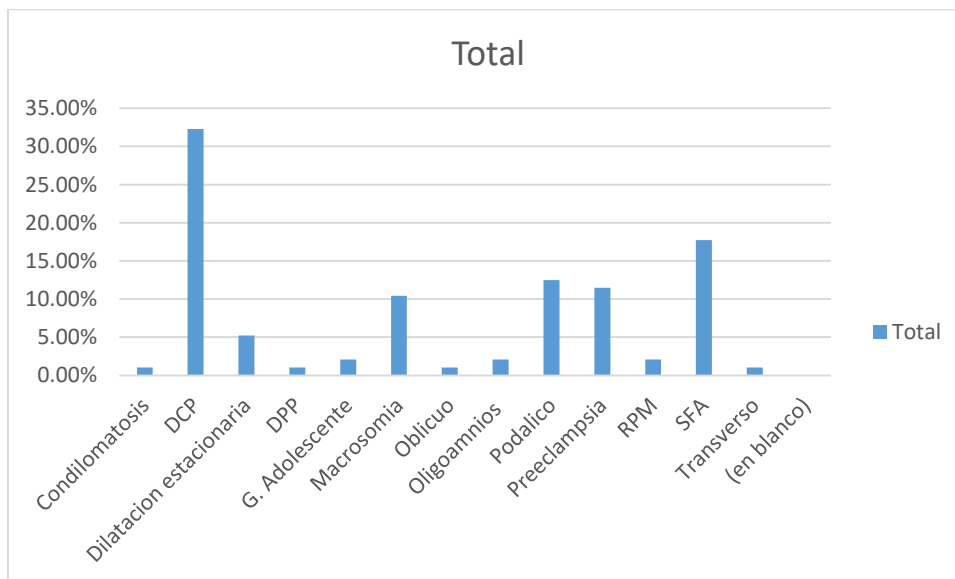




Tabla 8

Motivo de cesárea previa	Porcentaje
Condilomatosis	1.04%
DCP	32.29%
Dilatación estacionaria	5.21%
DPP	1.04%
G. Adolescente	2.08%
Macrosomía	10.42%
Oblicuo	1.04%
Oligoamnios	2.08%
Podálico	12.50%
Preeclampsia	11.46%
RPM	2.08%
SFA	17.71%
Transverso	1.04%

Se muestra en el grupo de casos la causa más frecuente de la cesárea previa que fue Desproporción céfalo pélvica con un total de 32.2 %, seguido del Sufrimiento fetal agudo, con un 17.7%, y en tercer lugar la presentación podálica.

5. Complicaciones de parto vaginal en el HRGVD-Abancay 2019-2020

Tabla 9

<i>*Parto vaginal en cesárea previa en el HRGDV-Abancay.</i>							
		Parto vaginal en cesárea previa				Total	
		Casos		Controles			
		f	%	f	%	f	%
Complicaciones parto	Tempranas	11	23,4 %	0	0,0%	11	7,7%
	No complicaciones	36	76,6 %	96	100,0 %	132	92,3%
Total		47	100,0 %	96	100,0 %	143	100,0 %

Se presentaron un total de 23% de complicaciones tempranas en el grupo de casos del HRDGV-Abancay, siendo el más común el desgarro de I grado. Asimismo, se presentó 1 caso de atonía uterina en el HRDGV-Abancay.



6. Factores sociodemográficos de las gestantes del HRGVD-Abancay 2019-2020

6.1 Edad de gestantes atendidas en HRGDV-Abancay 2019-2020

Tabla 10

Parto vaginal en cesárea previa	Edad	Media	Desv. Desviación
	N		
Casos	47	30,55	5,32
Controles	96	30,20	5,60

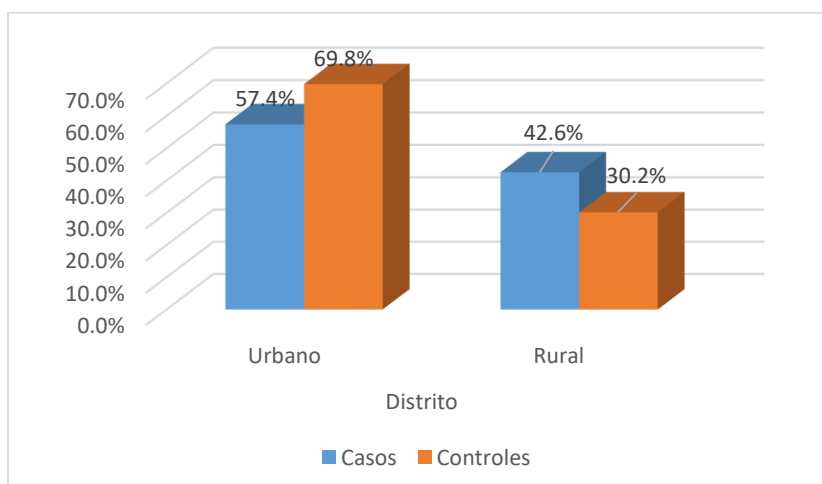
Se observa la edad promedio en el grupo de los casos con parto vaginal con cesárea previa es de 30.55 años, DE (5.32 años), mientras en el grupo de los controles la edad promedio es de 30.20 años, DE (5.60 años).

6.2 Procedencia de gestantes atendidas en HRGDV-Abancay 2019-2020

Tabla 11

		Parto vaginal en cesárea previa				Total	
		Casos		Controles		f	%
		f	%	f	%		
Distrito	Urbano	27	57,4 %	67	69,8%	94	65,7%
	Rural	20	42,6 %	29	30,2%	49	34,3%
Total		47	100,0 %	96	100,0%	143	100,0%

Grafico 4





Se evidencia que la procedencia de la mayor parte de gestantes atendidas en el HRGDV-Abancay fueron de la zona urbano correspondiendo al 57.4% de los casos y el 69.8% de los controles. En el grupo de casos se encontró un 42.6 % de gestantes provenientes del área rural.

6.3 Nivel educativo de gestantes atendidas en HRGDV-Abancay 2019-2020

Tabla 12

		Parto vaginal en cesárea previa				Total	
		Casos		Controles			
		f	%	f	%	f	%
Nivel educativo	Primaria	15	31,9 %	19	19,8%	34	23,8%
	Secundaria	20	42,6 %	50	52,1%	70	49,0%
	Técnico Superior	4	8,5%	13	13,5%	17	11,9%
	Universitario	8	17,0 %	14	14,6%	22	15,4%
Total		47	100,0 %	96	100,0%	143	100,0%

Se muestra un promedio del nivel educativo de las gestantes que pertenecen al grupo de los casos siendo de mayor porcentaje el nivel secundario con un total de 20 correspondiendo al 42.6%, El nivel secundario también fue el mayoritario en los controles, con un 52.1%. Un 17% de las gestantes del grupo control contó con estudios universitarios.



CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1 Descripción de hallazgos y comparación crítico.

Frecuencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa

Se tuvo una tasa de éxito de parto vaginal aproximada de 33.1% en comparación del grupo control quienes fueron las que terminaron en cesárea llegando a abarcar mayor porcentaje de 66.9% en la ciudad de Cusco, de la misma forma en la ciudad de Abancay de 32.9 % que culminó en parto vaginal y un porcentaje de 67.1% para los que culminaron en cesárea. Se puede comparar con el estudio de Tsai H-T, Wu C-H. Taiwán-2017 donde 73,65% casos terminaron en cesárea electiva repetida y 26,35% de las mujeres culminaron en parto vaginal en cesárea previa. (11) Por otro lado también se puede semejar con los estudios regionales como de Castillo L. Lima-2017 donde 26.71% presentaron alumbramiento eutócico y 73.29% finalizaron en parto abdominal. (23) Dicho hallazgo nos lleva a reflexionar respecto al uso contraproducente del método quirúrgico que es la cesárea y este a su vez es una preocupación para salud pública como consecuencia de ello, la cesárea está siendo tema de gran controversia debido al alto riesgo para la gestante y el recién nacido; por las razones de costos y la ausencia de ecuanimidad para llegar a este.(31)

Factores obstétricos

1.Respecto a la variable partos vaginales previos se obtuvo un estadístico de Wald de 53.2, (P:0,000) en el Hospital Adolfo Guevara Velasco de Cusco, y un Wald de 20.9 (P :0.000) en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega de Abancay; esto indica asociación con el parto vaginal en cesárea previa en ambos hospitales. Al no presentar antecedentes de partos vaginales; se comporta como un factor de riesgo para la culminación de parto vaginal. Por otro lado, el antecedente de 2 partos vaginales previos



en el Hospital Adolfo Guevara Velasco de Cusco se presentó OR (0.38), comportándose como un factor protector para culminar en parto eutócico exitoso con un intervalo de confianza del 95%. En tanto en el hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega se tuvo un OR de 3.47, que indica 3.4 veces más riesgo para las gestantes sin partos vaginales previos de culminar en cesárea en comparación a las que presentan partos vaginales.

Estos resultados se asemejan con las investigaciones de Sepúlveda D., cols. en Mexico-2015 donde demuestran que el parto vaginal previo presento una RM 2.97, $p < 0.05$ el cual conlleva a un parto vaginal exitoso; (19) al igual que los estudios de Castillo L. Lima-2017 con RR = 10.96 que obtuvo mayor asociación al tener 3 o más partos vaginales; y Arrunategui G. Trujillo-2015 con un OR: 6.41; $p < 0.05$. (23,24)

2.La variable edad gestacional presentó un estadístico de Wald es 29.2 en el Hospital Adolfo Guevara Velasco de Cusco, (P 0.000) el cual demuestra significancia clínica relacionado a parto vaginal en cesárea previa. Se observó que una edad gestacional comprendida entre 37 y 39 semanas 6/7 días presentaron significancia clínica ($P < 0.05$) con un O.R (3.3) el cual indica que presenta 3.3 veces más probabilidad de culminar en parto vaginal. En tanto en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega de Abancay se observa el estadístico de Wald de 17.68, con un P (0.001); existe asociación entre las variables edad gestacional y el parto vaginal en cesárea previa. Respecto al OR se observa un OR de 5.98 para las gestantes de 37-38 semanas, esto muestra que hay 5.98 veces probabilidad de culminar en parto vaginal, en comparación al grupo de 40-41 semanas, con un intervalo de confianza del 95%.

De la misma forma se contrasta con el estudio de Castillo L. Lima-2017 el cual nos dice que obtuvo una media de gestación de 38.88 semanas y 39.14 semanas correspondientemente $P = 0.0009$. (23), Por otro lado, Silva M. Lima-2019 menciona que



el tiempo de gestación ($OR=2.101$, $p=0.026$), es un factor relacionado a complicaciones maternas y neonatales. (20)

3. El antecedente de paridad se considera un factor pronóstico por presentar un estadístico de Wald es 52.4, (P de 0.000) en el Hospital Adolfo Guevara Velasco de la ciudad del Cusco, el cual se asocia a parto vaginal en cesárea previa. En tanto se observa un estadístico de Wald es 20.93, con un P (0.000) en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay.

Con respecto a las multíparas se considera un factor protector con un valor de $OR = 4.22$. en Cusco, y de 4.17 en Abancay ;esto quiere decir que la probabilidad de que tenga parto vaginal en cesárea previa es 4.22 veces más y 4.17 veces más, con relación a las secundíparas con un intervalo de confianza del 95%; el mismo q se contrasta con los estudios de Castillo L. Lima-2017 donde mencionan una media de 2.97 embarazos quienes terminaron en parto vaginal y 2.67 gestaciones q terminaron en cesárea con una significancia de ($p = 0.0002$),(23) de la misma manera Arrunategui G. Trujillo-2015 corrobora con su estudio donde 30 pruebas de parto exitosa tenían el antecedente de múltiples gestaciones ($OR: 2.66$; $p<0.05$), aumentando en 2.66 la probabilidad de culminar en parto eutócico exitoso.(24)

4.El periodo intergenésico es uno de los factores predictores para parto vaginal posterior a una cesárea es por ello que en este estudio se obtuvo un $OR = 3.03$ en Cusco y un OR de 2.42 en Abancay. Esto quiere decir que la probabilidad de que tenga parto vaginal en cesárea previa es 3.03 veces más y 2.42 veces más en comparación con un $PIG>5$ años con un intervalo de confianza del 95%. En el estudio de Silva M. Lima-2019 sus resultados fueron similares con respecto al periodo intergenésico obteniendo un $O.R = 1.79$ para un intervalo intergenésico comprendido de 2-4 años. (21). También se menciona en el estudio de Arrunategui G. Trujillo-2015 donde 23 de las 30 pruebas de parto exitoso



presentaron un intervalo intergenésico entre 2 a 5 años (OR: 2.69; $p < 0.05$), (24). Por último Liberato C., cols. Huancayo-2015 destaca que los periodos intergenesicos largos (> 7 años) terminaron en cesárea. (25)

Asimismo, se tiene que la prueba Chi-cuadra de Pearson (χ^2) es 5.39, con un P (0,020) que demuestra que existe asociación significativa entre las variables periodo intergenésico y el parto vaginal en cesárea previa.

Las gestantes con un PIG comprendidas entre 2- 5 años presentan una irrigación apta tanto en el útero como la placenta, por otro lado, las gestantes con antecedente de cesárea previa su útero se verá afectado tanto en extensibilidad y contractilidad uterina, debido al daño importante de fibras musculares y disminución del flujo de sangre tanto en la placenta como el útero, un adecuado periodo conlleva a una cicatriz uterina estable. (42)

5. Respecto a la variable Índice de masa se encontró que existe un mayor porcentaje de obesidad en los grupos de casos y controles, siendo este 63.4% y 58.5% respectivamente, en la ciudad de Cusco, en la ciudad de Abancay se encontró un nivel de obesidad de 25.5% en los casos y 13.5 en los controles. Ahora respecto a las gestantes con un $IMC \leq 30$ en Cusco presentan un OR = 1.23 esto quiere decir que la probabilidad de que tenga parto vaginal en cesárea previa es 1.23 veces más, con relación a un $IMC > 30$ con un intervalo de confianza del 95%. En tanto que el OR en Abancay fue de 2.1. La prueba tiene un P (0.076); por lo que no es estadísticamente significativa. Esto se contrasta con el estudio de Marca D. Tacna-2019 destaca que la relación peso-talla debajo de 30 Kg/m² con una tasa de éxito del 83,9% es un factor protector para parto vaginal en cesárea previa. (21) De la misma forma Chihuantito L. (Cusco-2019) obtuvo un RM de 0.62 en masa corporal no adecuado llegando a inferir que las gestantes con IMC mayor a 30 tienen 0.62 veces menos probabilidad de éxito en parto vaginal eutócico. (27)



6. En cuanto al control prenatal se observó un 69.9 % de gestantes que tuvieron más de 6 controles prenatales en el grupo de casos. Asimismo, se tiene un $P (0,82)$, no existiendo asociación significativa entre las variables controles prenatales y el parto vaginal en cesárea previa. Por otro lado, se obtuvo un OR de 0.94, lo que muestra que tener más de 6 controles prenatales es un factor protector para parto vaginal en cesárea previa, esto en la ciudad de Cusco, ahora en la ciudad de Abancay se observa un 89,4 % de gestantes que tuvieron más de 6 controles prenatales en el grupo de casos. Asimismo, se tiene un Chi-cuadrado de 1.89, $P (0,169)$, no existiendo asociación significativa entre las variables controles prenatales y el parto vaginal en cesárea previa. Con un OR de 0.48, lo que muestra que tener más de 6 controles prenatales es un factor protector para parto vaginal en cesárea previa.

Esto contrasta con el estudio de Chihuantito L. de Cusco-2019 donde obtuvo un $X^2 1.49$ con una significancia de 0.005 y OR de 1.60 el cual afirma que la variable control prenatal está asociado a parto eutócico exitoso en cesárea. (27)

Factores fetales

1. Respecto a la variable ponderado fetal se obtuvo los resultados siguientes, en la ciudad del Cusco, presento un estadístico de Wald de 31.26, $p (0.000)$, existiendo asociación entre las variables ponderado fetal y el parto vaginal en cesárea previa. El ponderado fetal de 2501 a 3999 es un factor protector para parto vaginal en cesárea previa por presentar 1.8 veces más probabilidad de terminar en parto vaginal en comparación con el ponderado fetal > 4 kg con un intervalo de confianza del 95%. En tanto que en la ciudad de Abancay se tiene un estadístico de Wald de 7.12, $P (0,029)$, existiendo asociación significativa entre las variables ponderado fetal y el parto vaginal en cesárea previa. Se tiene 1.63 más de probabilidades de llegar a parto vaginal con un ponderado fetal de 2500 a 3999 gramos, en comparación a un ponderado fetal mayor de 4000 gramos, con un intervalo de



confianza de 95%. A semeja al estudio de Sepúlveda D., cols Mexico-2015 donde obtuvo el promedio del ponderado fetal 3,253 a 3,383g, con un RM 0.99, $p < 0.05$, de la misma forma en el estudio de Chihuantito en Cusco el 2019 que obtuvo resultado de la variable recién nacido con buen peso, con una OR de 2.98 (IC 95% $p < 0.05$). (19,27)

2.APGAR, En Cusco se evidencia que en el grupo de casos todos los recién nacidos obtuvieron un puntaje mayor igual a 7. De los cuales un 96% obtuvieron un puntaje de APGAR de 9 a los cinco minutos. En la ciudad de Abancay se obtuvo que la mayoría de gestantes del grupo de casos, tuvo un recién nacido con un APGAR de 9, correspondiente a un 65% del total, en tanto se tuvo a 2 recién nacidos con APGAR de 5, dichos resultados se contrasta con el estudio de Castillo en Lima el 2016 donde describe dicha variable y encuentra un puntaje de APGAR al minuto 1' quienes terminaron en parto eutócico fue 8.44 y parto abdominal 8.73 ($p = 0.0001$) y con respecto al puntaje a los 5 minutos se obtuvo 9.01 y 9.05 correspondientemente.(23)

Causas de las cesáreas previas de las pacientes con parto vaginal

Las causas de las cesáreas previas en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega de Abancay en orden de frecuencia fueron: Desproporción céfalo pélvica con un total de 32.2 %, seguido del Sufrimiento fetal agudo, con un 17.7%, y en tercer lugar la presentación podálica. En tanto en el Hospital Adolfo Guevara Velasco fueron: Desproporción céfalo pélvica con un total de 35 casos correspondiendo al 37.63 por ciento. Con menos frecuencia se encuentra presentación alta y trabajo de parto disfuncional por dilatación estacionaria. Coincidiendo en ambos casos la DCP como la principal causa de cesárea previa.

No se observaron en ningún estudio el motivo de las causas de las cesáreas previas de aquellas gestantes que las llevaron a culminar en dicho procedimiento quirúrgico.



Complicaciones en parto vaginal con cesárea previa

Se presentaron un total de 23% de complicaciones tempranas en el grupo de casos del HRDGV-Abancay, siendo el más común el desgarro de I grado. Asimismo, se presentó 1 caso de atonía uterina en el HRDGV-Abancay. En tanto en el HNAGV-Cusco se presentó un total de 1.1% de complicaciones tempranas en el grupo de casos, siendo el único caso de atonía uterina.

En comparación con el estudio de Silva M. Lima-2019 en su proyecto de investigación menciona que la rotura prematura de membrana fue la principal complicación materna (7.5%) en tanto la sepsis fue la principal complicación del recién nacido (15.1%); difiere de nuestro estudio debido a las distintas afecciones maternas que hallamos tanto en HRDGV- Abancay y HNAGV-Cusco. (20)

Características sociodemográficas

1. Se observa la edad promedio en la ciudad de Abancay; en el grupo de los casos con parto vaginal con cesárea previa es de 30.55 años, DE (5.32 años), mientras en el grupo de los controles la edad promedio es de 30.20 años, con una DE= 5.60 años.

En la ciudad de Cusco se encontró un promedio de edad de 32.92 en las gestantes que formaron parte de los casos con una desviación estándar de 4,71, en tanto que el promedio de los controles fue de 33.97 con DE= 5.3 años. Así mismo dicho promedio se asemeja a los estudios de Castillo L. Lima-2017 donde la media de edad de las pacientes que terminaron en alumbramiento eutócico y parto abdominal fue de 30.85 años y 30.42 años respectivamente como también Liberato C., cols. Huancayo-2015 menciona que la media de los años de vida de la madre fue 30,38 para parto eutócico. (23,25)

2. Respecto al nivel educativo de las gestantes, se tuvo en Abancay que el mayor porcentaje fue del nivel secundario con un total de 20 correspondiendo al 42.6% de los casos, El nivel secundario también fue el mayoritario en los controles, con un 52.1%. Un



17% de las gestantes del grupo control contó con estudios universitarios. En tanto que en Cusco se muestra un promedio del nivel educativo de las gestantes que pertenecen al grupo de los casos siendo de mayor porcentaje el nivel universitario con un total de 52 correspondiendo al 55.9%, Por el contrario, solo tuvieron nivel primario un total de 5 gestantes que corresponde al 5.4%.

3. Se evidencia que la procedencia de la mayor parte de gestantes atendidas en el HRGDV-Abancay fueron de la zona urbano correspondiendo al 57.4% de los casos y el 69.8% de los controles. En el grupo de casos se encontró un 42.6 % de gestantes provenientes del área rural. En tanto que en la ciudad de Cusco se evidencia que la procedencia de la mayor parte de gestantes atendidas en el HNAGV-Cusco fueron de la zona urbana correspondiendo al 73.1% de las cuales pertenecen al distrito de Cusco un total de 36 gestantes. En menor medida provienen de la zona rural 26.9%.

5.2 Limitaciones y viabilidad del estudio

Durante el desarrollo del proyecto de investigación podríamos tener las siguientes limitaciones

- La ilegibilidad del llenado de las historias clínicas, asimismo que éstas puedan estar incompletas; que puedan limitar la recolección de datos.



C. Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

1. Dentro de los factores maternos asociados al éxito de parto vaginal en gestantes con cesárea previa se tuvieron a la edad gestacional, a la paridad y el antecedente de partos vaginales previos.
2. Se tuvo al ponderado fetal como un factor asociado al éxito de parto vaginal en gestantes con cesárea previa.
3. Se concluye que la desproporción céfalo pélvica fue la principal causa de cesárea previa en las gestantes del estudio, en ambos hospitales.
4. La principal complicación del parto vaginal en las mujeres del estudio fue el desgarro de I grado.
5. El éxito de parto vaginal fue similar en ambos hospitales.



Recomendaciones

1. Se recomienda el parto vaginal cuando las condiciones sean dadas, por que observamos que la tasa de cesáreas en ambos hospitales aun es alta.
2. Mejor colaboración entre obstetras y ginecólogos para determinar los factores de riesgo que puedan presentarse.
3. Mas investigaciones en la región sur que puedan contrastar nuestros resultados
4. Dar énfasis adecuado a los factores de éxito para parto vaginal encontrados en nuestra investigación para aumentar la tasa de éxito de partos vaginales en cesárea previa.



Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO TEORICO
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	ANTECEDENTES DEL PROBLEMA
¿Cuáles son los factores pronósticos asociados al éxito de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay y en el Hospital Adolfo Guevara Velasco del Cusco en los años 2019 - 2020?	Determinar los factores pronósticos asociados al éxito de parto vaginal en mujeres con cesárea previa en 2 hospitales del Perú (Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay y en el hospital Adolfo Guevara Velasco – Cusco) durante los años 2019-2020.	San Martin M. 2016 en su trabajo realizado en Valladolid-España evaluaron el índice de éxito de parto eutócico en gestantes con parto abdominal previo. Donde evalúan a 1293 pacientes de las cuales 160 tenían presentaron parto abdominal previo. Obtuvo como resultado un índice de éxito de parto eutócico del 46.9% en mujeres con parto abdominal previo.(13) - He L, y cols. 2016 en China realizan una investigación en la que exploran el estado del parto y los resultados del embarazo de gestantes que terminaron en parto eutócico con antecedente de parto abdominal (VBAC), analizaron retrospectivamente los datos clínicos de 507 mujeres embarazadas con VBAC, siendo un estudio caso control. Ellos concluyeron con un porcentaje de cesárea de 18.269%.(14) - Ayachi A. y cols. 2016 en su trabajo en Bizerta –Tunez tuvieron como finalidad estudiar parto eutócico en pacientes con parto abdominal previo (VBAC) en la práctica obstétrica, incluyeron a 423 pacientes con parto abdominal previo. Los autores concluyen que es bueno intentar el alumbramiento natural previo a un parto abdominal contribuye a la reducción de la morbilidad materna y neonatal y debería conducir a políticas contra la cesárea iterativa injustificada.(15) - Kiwan R, y cols. 2018 en Arabia Saudi realizaron un estudio que busca comparar el índice de éxito de parto eutócico en mujeres con antecedente de parto abdominal (VBAC) en el parto espontáneo e inducido. El estudio lo conformaron 594 pacientes con parto abdominal previo. Las pacientes que presentaron trabajo de parto espontáneo y al menos un parto eutócico previo llegaron a presentar una mayor probabilidad de parto eutócico.(9)
PROBLEMA ESPECIFICOS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es la frecuencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020? 2. ¿Cuáles son los factores obstétricos que llevan a un parto vaginal en pacientes con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020? 3. ¿Cuánto es el ponderado fetal que lleva a un parto vaginal en pacientes con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020? 4. ¿Cuáles fueron las causas de las cesáreas previas de las pacientes con parto vaginal en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020? 5. ¿Qué complicaciones presentaron las pacientes de parto vaginal con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020? 6. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes que tuvieron parto vaginal con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020? 		



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	MARCO TEORICO
<p>La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados en el mundo, y el resultado natural de la segunda etapa del trabajo de parto es el parto vaginal, que es el menos dañino para la madre. (1) El número de mujeres que han completado el embarazo a través de La cesárea ha aumentado en los últimos años, transformándose en un tema de preocupación internacional. La cesárea de rutina para mujeres embarazadas que tienen una segunda cesárea, además de incrementar el costo del sistema de salud, también aumenta la morbilidad y mortalidad materna. [2] Además, la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) cree que los procedimientos quirúrgicos sin evidencia médica están más allá del alcance de la mejor práctica profesional. La cesárea solo debe realizarse cuando existan indicaciones para mejorar el bienestar de la gestante, el recién nacido y mejorar el resultado. La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) sugirió no exceder el índice de cesáreas del 15%. (3) Así mismo la Organización Mundial de Salud (OMS) en 2015 en Latinoamérica 4 de cada 10 partos fueron cesáreas, lo que representó el 38,9% de todos los partos (5), mientras que en el Perú la tasa de natalidad por cesárea aumentó de 28,6% a 34,7%; entre los años 2013 y 2018 (6) valores muy por encima de lo recomendado por esta organización (10-15%), se tienen estudios en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega para el año 2018 un índice de partos abdominales del 45%. Y para el Hospital Adolfo Guevara Velasco un índice de 43%. El propósito de esta investigación radica en el problema que se tiene en la práctica clínica con el aumento excesivo de cesáreas en los establecimientos de salud, se quiere saber los factores de predicción y el índice de éxito en el parto eutócico en mujeres con antecedentes de parto abdominal.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Determinar la frecuencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020.2. Precisar los factores obstétricos que llevan a un parto vaginal en pacientes con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020.3. Indicar el ponderado fetal que lleva a un parto vaginal en pacientes con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020.4. Establecer las causas de las cesáreas previas de las pacientes con parto vaginal en 2 hospitales del Perú en los años 2019 - 2020.5. Contrastar las complicaciones que presentaron las pacientes de parto vaginal con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020.6. Evaluar las características sociodemográficas de las gestantes que tuvieron parto vaginal con cesárea previa en 2 hospitales del Perú en los años 2019-2020.	<p>EMBARAZO El embarazo es un proceso que comienza con la implantación del blastocito al útero, lo cual ocurre entre el 5to a 6to día posterior a la fecundación. El primer signo del embarazo es la falta del periodo menstrual en una mujer en edad reproductiva, con ciclos regulares y sexualmente activa sin uso de algún método anticonceptivo</p> <p>PARTO Es la expulsión de un feto con un peso mayor o igual a 500g (mayor o igual a 22 semanas de gestación).</p> <p>Tipos de parto: Se clasifica en:</p> <ul style="list-style-type: none">• Parto vaginal espontáneo.• Parto vaginal instrumentado.• Parto abdominal o cesárea. <p>CESÁREA se define como la salida del feto, placenta y membranas mediante un corte que atraviese la pared abdominal (laparotomía) y útero (histerotomía). (39)</p> <p>PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA (PVDC) El parto eutócico después de una cesárea anterior muestra que el feto nace por trayecto vaginal, y hay antecedentes de una sola cesárea durante embarazos anteriores. Los factores asociados a un parto eutócico exitoso en gestantes con antecedente de parto abdominal son:</p> <ul style="list-style-type: none">-Alumbramiento natural previo-Etnia-Tiempo de vida materno-Trabajo de parto espontaneo-Ponderado fetal



HIPOTESIS Y VARIABLES		METODOLOGIA
HIPOTESIS	VARIABLES	METODO DE INVESTIGACION
<p>Hipótesis del investigador Existen factores pronóstico para el éxito de parto vaginal en gestantes con cesárea previa, en el Hospital Adolfo Guevara Velasco de Cusco y el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay en los años 2019-2020</p> <p>Hipótesis nula No existen factores pronóstico para el éxito de parto vaginal en gestantes con cesárea previa, en el Hospital Adolfo Guevara Velasco y el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en los años 2019-2020</p>	<p><u>Variable independiente</u></p> <p>Factores de la madre Edad materna Partos vaginales previos. Edad gestacional Paridad PIG >2 IMC</p> <p>Factores fetales Ponderado fetal</p> <p>Factores sociodemográficos Distrito Nivel educativo</p> <p><u>Variable dependiente</u></p> <p>-Parto vaginal en cesárea previa</p>	<p>Cualitativo Observacional Correlacional</p> <p><u>TIPO DE INVESTIGACION</u> Casos y Controles</p> <p><u>DISEÑO DE INVESTIGACION</u> Transversal Observacional Retrospectivo</p> <p><u>POBLACION</u> Gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia de los hospitales Adolfo Guevara Velasco de Cusco (1037 pacientes) y Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay (226 pacientes)</p> <p><u>MUESTRA</u> Casos: Gestantes con cesárea previa atendidas en el servicio de Obstetricia de los hospitales Adolfo Guevara Velasco y Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega que culminen embarazo actual por vía vaginal* Controles: Gestantes con cesárea previa atendidas en el servicio de Obstetricia de los hospitales Adolfo Guevara Velasco y Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega que culminen embarazo actual por cesárea. <u>MUESTREO</u> Aleatorizado para relación caso controles 1:2 .Una muestra de 143 pacientes en el Hospital Guillermo Diaz de la Vega, y 281 pacientes en el hospital Adolfo Guevara Velasco.</p> <p><u>TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS</u> Ficha de recolección validada por expertos Historia Clínica, libro de sala de partos</p> <p>*Criterio de inclusión.</p>



D. Referencia bibliográfica

1. Parto vaginal | Williams. Obstetricia, 24e | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [citado 14 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100459744>
2. Cesárea y tocurgia en la obstetricia actual [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n5/00_editorial_05.pdf
3. Visser GHA, Ayres-de-Campos D, Barnea ER, de Bernis L, Di Renzo GC, Vidarte MFE, et al. FIGO position paper: how to stop the caesarean section epidemic. *The Lancet*. octubre de 2018;392(10155):1286-7.
4. Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://www.acog.org/en/Clinical/Clinical Guidance/Obstetric Care Consensus/Articles/2014/03/Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery](https://www.acog.org/en/Clinical/Clinical%20Guidance/Obstetric%20Care%20Consensus/Articles/2014/03/Safe%20Prevention%20of%20the%20Primary%20Cesarean%20Delivery)
5. WHO | WHO statement on caesarean section rates [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 13 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/
6. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019 - Nacional y Regional [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/
7. Flores D, Geraldine M. “Tasa de cesáreas por grupos de Robson en el Hospital III Yanahuara de la Ciudad de Arequipa en el periodo Enero – Diciembre del 2018”. Univ Nac San Agustín Arequipa [Internet]. 2019 [citado 13 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8159>
8. Attanasio LB, Kozhimannil KB, Kjerulff KH. Women’s preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean. *Birth Berkeley Calif*. marzo de 2019;46(1):51-60.
9. Kiwan R, Al Qahtani N. Outcome of Vaginal Birth after Cesarean Section: A Retrospective Comparative Analysis of Spontaneous Versus Induced Labor in Women with One Previous Cesarean Section. *Ann Afr Med*. 2018;17(3):145-50.
10. Fox NS, Namath AG, Ali M, Naqvi M, Gupta S, Rebarber A. Vaginal birth after a cesarean delivery for arrest of descent. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 18 de agosto de 2019;32(16):2638-42.
11. Tsai H-T, Wu C-H. Vaginal birth after cesarean section—The world trend and local experience in Taiwan. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 1 de febrero de 2017;56(1):41-5.
12. Németh G, Molnár A. [Vaginal birth after cesarean section in light of international opinions]. *Orv Hetil*. julio de 2017;158(30):1168-74.
13. San Martín Bragado M. Parto vaginal tras cesárea. 2016 [citado 13 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/19080>
14. He L, Chen M, He GL, Liu XX. [Clinical study on vaginal birth after cesarean]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 25 de agosto de 2016;51(8):586-91.
15. Ayachi A, Derouich S, Morjene I, Mkaouer L, Mnaser D, Mourali M. Facteurs prédictifs de l’issue de l’accouchement sur utérus unicatriciel, expérience du centre de Maternité de



- Bizerte. Pan Afr Med J [Internet]. 10 de octubre de 2016 [citado 13 de septiembre de 2020];25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5324170/>
16. Krispin E, Hirsch L, Wilk Goldsher Y, Wiznitzer A, Yogev Y, Ashwal E. Association between prior vaginal birth after cesarean and subsequent labor outcome. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* abril de 2018;31(8):1066-72.
 17. Senturk MB, Cakmak Y, Atac H, Budak MS. Factors associated with successful vaginal birth after cesarean section and outcomes in rural area of Anatolia. *Int J Womens Health.* 10 de julio de 2015;7:693-7.
 18. Rietveld AL, Kok N, Kazemier BM, de Groot CJM, Teunissen PW. Trial of labor after cesarean: attempted operative vaginal delivery versus emergency repeat cesarean, a prospective national cohort study. *J Perinatol.* abril de 2015;35(4):258-62.
 19. Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea | Revista Ginecología y Obstetricia de México [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://ginecologiyobstetricia.org.mx/historico/2015/volumen-83-num-12-diciembre-2015/factores-asociados-con-exito-en-el-parto-de-mujeres-con-antecedente-de-cesarea/>
 20. Mansilla S, Claudia M. Antecedente de cesárea previa asociado a complicaciones materno-neonatales en gestantes atendidas en el Hospital de Vitarte Julio – Diciembre 2018. *Univ Ricardo Palma [Internet].* 2019 [citado 13 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1880>
 21. Ticona M, Felipe D. Factores asociados con el éxito de prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2017. *Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet].* 2019 [citado 13 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3637>
 22. Albornoz G, Carlos D. Complicaciones maternas y perinatales en parto vaginal con cesárea previa Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2016-2017. *Univ San Martín Porres – USMP [Internet].* 2018 [citado 13 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3737>
 23. Oliva C, Felipe L. Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa. *Univ Peru Cayetano Heredia [Internet].* 2017 [citado 13 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/827>
 24. Quispe A, Jimena G. Factores predictores para prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria. *Univ Priv Antenor Orrego - UPAO [Internet].* 2015 [citado 13 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1304>
 25. Ramón CSL. Parto vaginal después de una cesárea previa. *Hospital San Bartolomé Lima (Perú) 2013. Univ Nac Cent Peru [Internet].* 2015 [citado 14 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/473>
 26. Vargas Juscamaita AT, Lévano Castro JA, Lazo Porras M de los Á. 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.



27. Chihuantito R, Adrián L. Factores asociados de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el Hospital Antonio Lorena, Cusco, 2016-2019. Univ Nac San Antonio Abad Cusco [Internet]. 2019 [citado 14 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/4021>
28. Barrientos M, Alberto F. Complicaciones maternas del parto vaginal en gestantes con cesárea previa versus primigestas, hospital Antonio Lorena, Cusco enero - junio 2017. Univ Nac San Antonio Abad Cusco [Internet]. 2017 [citado 14 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/2571>
29. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. JAMA. 1 de diciembre de 2015;314(21):2263-70.
30. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. Reprod Health [Internet]. 21 de junio de 2015 [citado 14 de septiembre de 2020];12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4496821/>
31. Bobadilla Ubillús LE, León Jimenez F. En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras? Rev Peru Ginecol Obstet. octubre de 2017;63(4):659-60.
32. Cuero-Vidal OL. PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA PREVIA, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, CALI (COLOMBIA). ESTUDIO DE COHORTE A cohort study of vaginal birth following prior cesarean section in the San Juan de Dios hospital, Cali, Colombia. :7.
33. Almada R, Aguilera E, Campos J, Fiameni F, Luca R, Mezzabotta L. Parto vaginal después de una cesarea. Consenso Parto Vaginal Después Una Cesárea – SOGIBA 2019 [Internet]. 2019 [citado 13 de septiembre de 2020]; Disponible en: http://sogiba.org.ar/images/Parto_Vaginal_despues_de_una_Cesarea_SOGIBA%202019.pdf
34. Sobhy S, Zamora J, Dharmarajah K, Arroyo-Manzano D, Wilson M, Navaratnarajah R, et al. Anaesthesia-related maternal mortality in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. mayo de 2016;4(5):e320-327.
35. Pérez Olazo M. Riesgo materno perinatal del parto vaginal versus cesárea en gestantes con cesárea previa. Repos ACADÉMICO USMP [Internet]. 2015 [citado 12 de enero de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/1853>
36. Koulimaya-Gombet CE, Diouf AA, Diallo M, Dia A, Sène C, Moreau JC, et al. Grossesse et accouchement des patientes ayant un antécédent de césarienne à Dakar: aspects épidémiocliniques thérapeutiques et pronostiques. Pan Afr Med J [Internet]. 22 de junio de 2017 [citado 14 de septiembre de 2020];27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5567968/>
37. Mooney SS, Hiscock R, Clarke ID, Craig S. Estimating success of vaginal birth after caesarean section in a regional Australian population: Validation of a prediction model. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2019;59(1):66-70.
38. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cuba Obstet Ginecol. septiembre de 2012;38(3):333-42.



39. www.ilogica.cl I-. Manual de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina UC [Internet]. Escuela de Medicina. [citado 14 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-obstetricia-y-ginecologia/>
40. Sinchitullo Castillo AE, Roldán-Arbieto L, Arango-Ochante PM. Factors associated with cesarean delivery in a Peruvian Hospital. Rev Fac Med Humana. 9 de julio de 2020;20(3):452-9.
41. Martínez OGR. Mg. ROSARIO DE LA MATA HUAPAYA. :59.
42. SEGO Protocolo Parto vaginal tras cesárea | El Parto es Nuestro [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/sego-protocolo-parto-vaginal-tras-cesarea>



E. Anexos

Anexo N° 1. Instrumentos de recolección de datos



“Factores pronóstico asociados al éxito de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa en 2 hospitales del Perú durante los años 2019-2020”



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

El siguiente formato será empleado como instrumento de recolección de datos para la ejecución del trabajo de investigación: “Factores pronóstico asociados al éxito de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa en 2 hospitales del Perú durante los años 2019-2020” Toda la información recolectada será usada de manera adecuada y respetando la privacidad del paciente evaluado.

Fecha: ____/____/____	Código:
-----------------------	---------

DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____
3. Distrito:
4. Nivel Educativo:
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Tecnico Superior ()
 - Universitario ()

ANTECEDENTES

5. Periodo intergenésico (PIG)

2-5 años	
Mayor de 5 años	

6. Partos vaginales previos:

1 parto vaginal previo	
2 partos vaginales previos	
3 o más partos vaginales previos	

7. Motivo de la cesárea previa

- a) Sufrimiento fetal agudo ()
- b) DCP ()
- c) EHE ()
- d) Feto podálico ()
- e) Otros: _____



8. Edad gestacional al momento del parto

37-<38 semanas	
38-<39 semanas	
39- <40 semanas	
40-<41 semanas	
41-<42 semanas	

9. Paridad

Secundípara	
Múltipara	
Gran múltipara	

10. Ponderado fetal

< 2500 gr	
2501 – 3999 gr	
>4000 gr	

11. Test de apgar del recién nacido

<7 de Apgar a los 5 minutos	
>7 de Apgar a los 5 minutos	

DATOS OBSTÉTRICOS ACTUALES

12. Número de controles prenatales:

Ninguno ()

Menos de 6 CPN ()

Mas de 6 CPN ()

13. Forma de culminación del embarazo actual:

- Cesárea ()
- Parto vaginal ()

Si la respuesta es cesárea, ¿Cuál fue el motivo?: _____

14: Complicaciones de parto: -----



Anexo N° 2. Validación de instrumentos

INSTRUCCIONES

“El presente método de validación, tiene como objetivo recopilar asesoría útil de profesionales especializados en el tema: *“Factores pronóstico asociados al éxito de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa en 2 hospitales del Perú durante los años 2019-2020”*; para la validez, construcción y confiabilidad de la ficha de recolección de datos para la investigación”.

“Está conformado por 14 ítems el cual contiene su serie correspondiente de valoración que expresa lo siguiente”

- 1.- Interpreta una carencia de información que absuelven la pregunta propuesta
- 2.- Interpreta una absolución limitada de la pregunta propuesta
- 3.- Interpreta una absolución de la pregunta en términos medios de la pregunta propuesta.
- 4.- Significara que el trabajo de estudio absuelve en gran medida la pregunta propuesta.
- 5.- Simboliza al mayor valor de la escala y será asignado cuando se aprecie que la pregunta es absuelta por el trabajo de estudio de una manera idónea.



TEST DE ALFA CRONBACH

TEST DE ALFA DE CRONBACH

VALIDACION DE ENCUESTA

ITEM	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO 5	EXPERTO 6	EXPERTO 7	Varianza
F1	5	5	5	4	4	4	5	0.2857
F2	5	5	5	4	5	4	4	0.2857
F3	5	5	4	4	5	5	5	0.2381
F4	5	5	4	3	4	4	4	0.4762
F5	4	5	4	4	5	4	5	0.2857
F6	5	4	5	4	5	5	4	0.2857
F7	5	5	5	4	4	4	5	0.2857
F8	5	5	4	4	5	5	5	0.2381
F9	5	5	3	3	5	4	4	0.8095
F10	5	5	5	4	4	4	5	0.2857
F11	4	4	4	3	5	4	5	0.4762
F12	4	4	5	3	5	5	5	0.6190
F13	4	4	5	4	5	4	5	0.2857
F14	5	5	5	4	5	4	4	0.2857

K	15	K-1	14
Suma de Varianza ($\sum Si^2$)	5.14	Varianza del total (St^2)	26.62

La fórmula estadística del Alfa de Cronbach es la siguiente:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

$$\alpha = (Q1 \times Q2)$$

$$Q1 = \frac{K}{K-1}$$

$$Q2 = \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

DONDE:

K: El número de ítems (n° de preguntas)

$\sum Si^2$: Sumatoria de Varianzas de los Ítems

St^2 : Varianza de la suma de los Ítems

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

REEMPLAZANDO:



K : El número de ítems (nº de preguntas) = 14

$\sum Si^2$: Sumatoria de Varianzas de los Ítems = 5.14

S_t^2 : Varianza de la suma de los Ítems = 26.62

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{14}{14 - 1} \left[1 - \frac{5.14}{26.62} \right]$$

$$Q1 = 1,08$$

$$Q2 = 0,81$$

$$\alpha = (1.08 \times 0,81)$$

$$\alpha = 0,87$$

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach = 0,87

Entre más cerca de 1 está α , más alto es el grado de confiabilidad.

CONFIABILIDAD

Se puede definir como la estabilidad o consistencia de los resultados obtenidos

Es decir, se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento, al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados

- Coeficiente alfa > 0.9 es excelente
- Coeficiente alfa > 0.8 es bueno
- Coeficiente alfa > 0.7 es aceptable
- Coeficiente alfa > 0.6 es cuestionable
- Coeficiente alfa > 0.5 es pobre
- Coeficiente alfa < 0.5 es inaceptable



CONCLUSION

El coeficiente alfa de Cronbach es el indicador más utilizado para cuantificar la consistencia interna de un instrumento, sin embargo, requiere hacer una interpretación adecuada de su valor.

Los resultados alcanzados muestran que el cuestionario validado de: **CUESTIONARIO SOBRE PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESAREA PREVIA** con Alfa de Cronbach de **0,87** Esto suscribe puntualizar:

- El instrumento es bueno
- El uso de este instrumento permite observar el efecto que se piensa evaluar u observar.
- Este valor manifiesta la consistencia interna, es decir muestra la correlación entre cada una de las preguntas, un valor superior a 0.7 revela una fuerte relación entre las preguntas, un valor inferior revela una débil relación entre ellas.
- No es común, pero el alfa de Cronbach puede arrojar un valor negativo, por dos razones:
 - Cuando el instrumento está diseñado con valores o rangos dentro de la escala de Likert como en este caso con valores de 1 a 5, donde el puntaje mayor (5) corresponde a la opción 1. Excelente, existen preguntas que no son discriminantes, es decir que solo arroja en un solo valor por todos los encuestados, esto indica que hay que modificar el planteamiento de la pregunta para obtener valores más dispersos, diferentes o discriminantes.



TEST DE JUICIO DE EXPERTOS VALIDACION DE LA ENCUESTA

Se aplicó el criterio de expertos y una prueba piloto. Para lo cual se recurrió a 7 expertos a quienes se les proporcionó los objetivos de la investigación, la encuesta y una hoja de preguntas; con su respectiva escala de valoración, para la calificación.

Los resultados de la calificación, se procesaron de acuerdo a la tabla y fórmulas que presentamos a continuación:

TABLA DE PROCESAMIENTO DE CRITERIO DE EXPERTOS

items	A	B	C	D	E	G	H	total	promedio
1	5	5	5	3	4	4	4	30	4.3
2	5	5	5	3	5	4	5	32	4.6
3	5	5	4	3	5	5	4	31	4.4
4	4	3	4	3	4	4	5	27	3.9
5	5	4	4	3	5	4	4	29	4.1
6	4	3	4	3	5	4	4	27	3.9
7	5	4	4	4	4	5	5	31	4.4
8	5	4	4	3	5	4	5	30	4.3
9	5	4	5	3	5	4	4	30	4.3

Con los promedios hallados se procedió a determinar la distancia del punto múltiple(Dpp), a través de la siguiente ecuación:

$$D_{pp} = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_n)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo concedido en la escala para cada ítem (5 en la presente investigación).

y = El promedio de cada ítem.

REEMPLAZANDO:



$$D_{pp} = \sqrt{(5-4.3)^2 + (5-4.6)^2 + (5-4.4)^2 + (5-3.9)^2 + (5-4.1)^2 + (5-3.9)^2 + (5-4.4)^2 + (5-4.3)^2 + (5-4.3)^2}$$

$$D_{pp} = \sqrt{4.42}$$

$$D_{pp} = 2.10$$

Si $D_{pp} = 0$, significa que el instrumento tiene una adecuación total con lo que se pretende medir y por consiguiente puede ser aplicado para obtener la información.

Siendo $D_{pp} \neq 0$, entonces debe de calcularse la distancia máxima.

Determinar la distancia máxima ($D_{m\acute{a}x}$) del valor obtenido respecto al punto de referencia Cero (0), con la siguiente ecuación:

$$D_{m\acute{a}x} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_n - 1)^2}$$

Donde:

X = Valor máximo cancelado en la escala para cada ítem.

1 = Valor mínimo de la escala, para cada ítem (en este caso el valor es = 1).

Reemplazando:

$$D_{max} = \sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (4 - 1)^2 + (4 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2}$$

$$D_{max} = \sqrt{130}$$

$$D_{max} = 11.40$$

La $D_{m\acute{a}x}$ obtenida se divide entre el valor máximo de la escala, siendo:

$$\frac{11.4}{5} = 2.28$$

Con el valor obtenido (2,28), se construyó una nueva escala valorativa a partir de la escala de 0, hasta llegar al valor $D_{m\acute{a}x}$ (11.4), y se obtuvo lo siguiente: