

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE TESIS

**“FACTORES PREDISPONENTES A PARTO VAGINAL DESPUÉS DE
UNA CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2017 – 2019”**

PRESENTADO POR : DIANA LISET AYMA VELASQUEZ

ASESOR : Dr. MIGUEL DEL CARPIO TORRES.

TACNA – PERÚ
2020

DEDICATORIA

A Dios por estar a mi lado cuidándome y guiando mi camino.

A mis padres Rubén y Dina por la confianza que tuvieron en mí, y estuvieron apoyándome en la realización de este trabajo.

A mis hermanos por darme ánimos en la culminación de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Escuela Profesional de Medicina de la UPT por haberme formado como profesional y a sus distinguidos docentes.

Agradezco a mis padres inmensamente por el apoyo y el amor incondicional que me dieron en mi formación profesional, sin ellos no hubiera logrado una de mis metas.

Agradezco a mis hermanos por el cariño y apoyo que siempre me brindaron.

Agradezco a mis amigos y compañeros que de alguna manera me dieron su apoyo.

INDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPITULO I.....	9
1. EL PROBLEMA.....	9
1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	10
1.3.2. OBJETIVO GENERAL.....	10
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	11
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	11
1.5.1. PARTO VAGINAL.....	11
1.5.2. CESÁREA	12
1.5.3. PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA.....	12
CAPITULO II	14
2. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA.....	14
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
2.1.1 INTERNACIONALES.....	14
2.1.2 NACIONALES	17
2.1.3 LOCALES.....	21
2.2 MARCO TEÓRICO	22
2.2.1 EPIDEMIOLOGIA	22
2.2.2 FACTORES ASOCIADOS DE PARTO VAGINAL.....	24
CAPITULO III	36
3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	36
3.1 HIPÓTESIS	36

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	36
CAPITULO IV	38
4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	38
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO.....	38
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	38
4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
CAPITULO V	41
5. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	41
CAPITULO VI	42
6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	42
CAPITULO VII	53
6. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	53
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
BIBLIOGRAFÍA.....	63
ANEXOS.....	70

RESUMEN

Objetivos: Identificar los factores predisponentes a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017–2019.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, analítico con una población y muestra conformada por las gestantes que acudieron al servicio de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017 y 2019 con 37 a 40 semanas de gestación cuyos datos fueron recopilados en las fichas de recolección de datos e historias clínicas proporcionadas por el sistema informático del departamento de Gineco-Obstetricia del HHUT.

Resultados: Se revisaron 787 historias clínicas de gestantes con antecedente de una cesárea previa en el período de estudio, 234 tuvieron parto vaginal después de una cesárea (PVDC) y 553 culminaron con una cesárea reiterativa. En los años de estudio, la frecuencia de gestantes con PVDC fue de 29.79 % y las cesáreas iterativas representaron el 70.27%. Los factores asociados al éxito de parto vaginal fueron: edad materna menor a 35 años con un OR de 1.30 (IC 95% [0,86-1,97] $p < 0.01$), edad gestacional menor a 40 semanas con un OR de 1.10 (IC 95% [0,78-1,55] $p < 0.01$), antecedentes de parto vaginal después de una cesárea con un OR de 1.41 (IC 95% [0,78-2,55] $p < 0.01$), multiparidad con un OR de 3.94 (IC 95% [2.82-5.50] $p < 0.01$), período intergenésico mayor a 5 años con un OR 1.15 (IC 95% [0,85-1,57] $p < 0.01$), control prenatal adecuado con un OR de 1.05 (IC 95% [0,70-1,45] $p < 0.01$), peso del recién nacido menor a 4000 gramos con un OR de 2.49 (IC 95% [1.59-3.90] $p < 0.01$) y dilatación cervical mayor o igual a 4cm al ingreso con un OR de 43.38 (IC 95% [28.90-65.1] $p < 0.01$). La única complicación obstétrica encontrada fue la hemorragia postparto en un 0.43%.

Conclusión: Los factores materno-perinatales con asociación al éxito de parto vaginal con una cesárea previa son: edad materna menor de 35 años, edad gestacional entre 37 a 39 semanas, antecedentes de parto vaginal después de una cesárea, multiparidad, periodo intergenésico mayor a 5 años, control prenatal adecuado, dilatación cervical mayor o igual a 4 cm al ingreso y peso del recién nacido menor a 4000 gr.

Palabras clave: parto vaginal, cesárea previa, factor asociado.

ABSTRACT

Objectives: To identify the factors predisposing to vaginal delivery after a previous caesarean section at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna, 2017–2019.

Materials and methods: Observational, retrospective, analytical study with a population and sample made up of pregnant women who attended the obstetric service of Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017 and 2019 with 37 to 40 weeks of gestation, whose data was collected in the collection sheets. Of data and medical records provided by the computer system of the Geneva-Obstetrics department of the HHUT.

Results: 787 medical records of pregnant women with a history of a previous caesarean section during the study period were reviewed, 234 had vaginal delivery after caesarean section (VBAC) and 553 culminated with a repetitive caesarean section. In the years of study, the frequency of pregnant women with VBAC was 29.79% and iterative caesarean sections represented 70.27%. Factors associated with successful vaginal delivery were: maternal age less than 35 years with an OR of 1.30 (95% CI [0.86-1.97] $p < 0.01$), gestational age less than 40 weeks with an OR of 1.10 (95% CI [0.78-1.55] $p < 0.01$), history of vaginal delivery after caesarean section with an OR of 1.41 (95% CI [0.78-2.55] $p < 0.01$), multiparity with an OR of 3.94 (95% CI [2.82-5.50] $p < 0.01$), intergenetic period greater than 5 years with an OR 1.15 (95% CI [0.85-1.57] $p < 0.01$), adequate prenatal control with an OR of 1.05 (95% CI [0.70-1.45] $p < 0.01$), newborn weight less than 4000 grams with an OR of 2.49 (95% CI [1.59-3.90] $p < 0.01$) and cervical dilation greater than or equal to 4 cm on admission with an OR of 43.38 (95% CI [28.90-65.1] $p < 0.01$). The only obstetric complication found was postpartum hemorrhage in 0.43%.

Conclusion: Maternal-perinatal factors associated with the success of vaginal delivery with a previous cesarean section are: maternal age less than 35 years, gestational age between 37 to 39 weeks, history of vaginal delivery after cesarean section, multiparity, intergenetic period greater than 5 years, adequate prenatal control, cervical dilation greater than or equal to 4 cm at admission and weight of the newborn less than 4000 gr.

Key words: vaginal delivery, previous caesarean section, associated factor.

INTRODUCCIÓN

Como profesionales médicos hemos percibido a través de las estadísticas un aumento en el número de cesáreas. Según la organización mundial de la salud (OMS) el rango aceptable es de 10 al 15%,(1) sin embargo, en Latinoamérica el aumento de cesárea ha sobrepasado el 38.9 %; debido a que si el primer parto fue cesárea el segundo también tiene que ser así; pero en el siguiente embarazo la mujer no está obligada a realizarse necesariamente una cesárea, estas pueden optar por un parto natural o vaginal con mucha seguridad, pero a ello va asociado factores que van a favorecer un parto vaginal. Según The American College of obstetricians and gynecologists (ACOG) nadie puede predecir cómo será un parto vaginal después de una cesárea, pero hay varios factores que pueden influir en el mismo.(2)

El presente estudio pretende identificar los factores predisponentes a parto vaginal después de una cesárea previa, en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna ocurridos en los años 2017 – 2019, así como determinar la tasa de parto vaginal después de una cesárea previa.

Los resultados de este trabajo de investigación servirán para conocer el estado actual de parto vaginal después de una cesárea previa así como determinar los factores que predisponen a este y proponer alternativas para la disminución de cesáreas.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad el número de cesáreas ocurrida en el Hospital Hipólito Unanue, se ha incrementado considerablemente en estos últimos años, por motivos y factores predisponentes a este tipo de intervención, este incremento ha sobrepasado el 15 % del porcentaje recomendado por la OMS. Este incremento algunas veces se ha dado porque las mujeres embarazadas nunca concurren a sus controles en el período que les tocó gestar, este aspecto hace que se tenga que actuar rápidamente y realizar el parto por cesárea.

La mujer que pasó por esta experiencia nuevamente se embaraza después de que transcurrió el tiempo, pero ahora ella solicita que su alumbramiento sea, PVDC (parto vaginal después de una cesárea previa). Este intento de parto vaginal después de una cesárea es seguro en un 75 %(3).

Este trabajo de investigación contribuirá a conocer los factores que favorecen o no el intento del PVDC.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores predisponentes asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 – 2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores predisponentes que favorecen el parto vaginal en gestantes a término con una cesárea previa, en el HHUT, 2017 – 2019

1.3.2. OBJETIVO GENERAL

- a. Determinar la frecuencia de éxito de prueba de parto en gestantes a término con una cesárea previa en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 – 2019
- b. Identificar los factores maternos - perinatales asociados al éxito de parto vaginal con una cesárea previa en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 – 2019.
- c. Determinar las complicaciones más frecuentes en gestantes con parto vaginal después de una cesárea previa, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 – 2019.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El incremento de la tasa de cesárea, es un problema de salud pública a nivel nacional y mundial. De acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel de Latinoamérica de cada 10 partos, 4 corresponden a una cesárea, según los datos que se obtienen por parte del Ministerio de Salud, en el Perú la tasa de cesáreas es de 35.4 % (4). Estos valores señalan que el índice de cesárea es mayor al que recomienda la OMS el cual debe oscilar entre 10-15% (5).

Por la cual la presente investigación contribuirá a determinar los factores que pueden favorecer el parto por vía vaginal en una gestante con una cesárea previa, en el Hospital Hipólito Unanue, así podríamos intervenir de manera directa con la reducción de las tasas de cesáreas en nuestro medio, pudiendo disminuir las complicaciones en el acto operatorio.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1.5.1. PARTO VAGINAL

Proceso único y fisiológico donde la mujer finaliza su gestación a término, este presenta una serie de sucesos que ocurren en los órganos genitales de la mujer permitiendo expulsar al feto y otros productos de la gestación al exterior de la cavidad uterina. (6)

1.5.2. CESÁREA

Se realiza a través de una intervención quirúrgica donde la incisión se realiza en el abdomen y el útero de la madre, es el método seguro para finalizar un embarazo o parto en gestantes que contraindiquen un parto vaginal. (7)

1.5.3. PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA

Opción que adopta la embarazada ya que tuvo la cesárea previa, la embarazada posee una cicatriz en el útero al no estar “intacto” debe ser cuidado de forma especial durante el parto con el fin de minimizar los riesgos durante el proceso de parto vaginal. (8)

1.5.4. FACTORES PREDISPONENTES

Es aquel factor condicionante que influye anticipadamente en algunas cosas pueden ser de naturaleza endógena, como también biológicos o psicológicos.(9)

1.5.5. EDAD MATERNA

El número en años de vida de la mujer gestante (10)

1.5.6. PERÍODO INTERGENÉSICO

Período de tiempo comprendido entre dos gestaciones consecutivas.(11) El periodo intergenésico es el lapso de tiempo entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente. Un adecuado periodo intergenésico es considerado un factor positivo para la salud física y mental de la madre y el producto. La asociación panamericana de la salud ha establecido como adecuado un periodo intergenésico de al menos 24 meses(12)

CAPITULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 INTERNACIONALES

Sepúlveda Mendoza, D. et al. En el siguiente estudio, denominado “Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea” mediante un enfoque de casos y controles se reconoce factores de éxito relacionados a parto con cesárea anterior. Registrándose 1,160 mujeres con cesárea previa, el grupo control estuvo conformado por 668 cesáreas y el de estudio por 492 partos. Se observaron factores asociados en gestantes con PVDC: edad materna, peso del neonato, peso previo, inicio del trabajo de parto espontáneo. Se concluye que los factores asociados con el éxito al PVDC son: edad materna, trabajo de parto espontáneo, el parto previo, el peso del producto l.(13)

Hernández Pérez J, et al. Realizan el trabajo de investigación titulado “Factores asociados con éxito de parto vaginal en mujeres con cesárea previa” estudio que identificó los factores benefactores PVDC. Estudio transversal, descriptivo que se realizó en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, con

239 gestantes: 173 optaron por parto vaginal y 66 por cesárea; se estudió las siguientes variables: edad materna, periodo intergenésico desde la cesárea anterior, presencia de partos anteriores o posteriores a la cesárea, EG, peso fetal, comienzo de parto espontáneo, existencia de morbilidad materno-fetal. Mostrando: el 72,4 % de éxito de parto vaginal tras cesárea. Peso del neonato menor a 3500 gramos y el inicio de parto espontáneo fueron factores predisponentes de parto vaginal. El tiempo transcurrido entre la cesárea y el parto actual y el estado de las membranas al inicio del parto no influyeron en su desenlace. Por lo que concluye que: los partos vaginales tras cesárea anterior están dentro de los parámetros establecidos por las Sociedades Científicas. (14)

Cervantes Ortega, D. Este estudio es titulado: “Factores asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período Junio 2016 – Junio 2017”. Este trabajo de investigación utilizó casos y controles. Alcanzando los siguientes resultados, con 163 pacientes, 99 pacientes corresponden al grupo de casos y 64 al grupo control, se obtuvo una tasa de PVDC de 60.74%, los factores que se asociaron a parto vaginal fueron, parto vaginal previo, dilatación cervical en el momento del ingreso, asociándose

factores con fracaso de parto vaginal las cuales fueron, edad materna mayor a 35 años, IMC mayor a 30 Kg/m. Este trabajo concluye que el PVDC es un método seguro, el factor que incrementa la probabilidad de parto vaginal es la dilatación mayor o igual a 4 cm.(15)

Robles Espinoza M. Realizó su estudio de investigación titulado “Porcentaje de éxito de parto vaginal en pacientes con cesárea previa utilizando la escala VBAC” este trabajo de investigación de tipo retrospectivo, descriptivo y observacional, nos revela los siguientes resultados de 224 pacientes: edad media de 27.3 ± 5.6 años, con edad gestacional media de 39.1 ± 1.07 semanas. Media del índice de Bishop con la que se inició la prueba de trabajo de parto fue de 10.4 ± 2.3 , y la media de la escala de VBAC fue de 16.1 ± 2.2 . De las 224 pacientes que se indujeron a prueba de trabajo de parto, 162 (72.3%) lograron el nacimiento por vía vaginal, mientras que 62 (27.6%) tuvieron la finalización del embarazo por vía abdominal. El porcentaje de parto, acorde al puntaje de la escala fue de 50% con 13 puntos, 57% con 14, 79% con 15, 69% con 16, 72% con 17, 75% con 18, 78% con 19, 80% con 20 y 88% con 21. La escala VBAC es muy útil en la evaluación de la gestante a término con antecedente a cesárea previa y será recomendada para el trabajo de parto, además se podrá aplicar rutinariamente esta escala VBAC en admisión para la mejor toma de decisiones en el trabajo de parto de

pacientes que tuvieron cesáreas anteriormente y disminuir las tasa de cesáreas (16)

2.1.2 NACIONALES

Perez Olazo, M. en su investigación denominada “Determinar la asociación entre el tipo de parto y las complicaciones obstétricas como perinatales del parto vaginal en gestantes con cesárea previa en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima – Perú durante el período comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre del 2014”; obtuvo como resultado de 324 gestantes 191 tuvieron parto vaginal, de los cuales cinco presentaron complicaciones; y de 133 gestantes culminó su parto en cesárea, con complicación en una paciente. Concluyendo que no existe asociación significativa entre complicaciones materno perinatales y tipo de parto. (17)

Castillo Oliva, L realiza un estudio titulado “Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa” Mediante un enfoque descriptivo, de cohorte retrospectivo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Marino Molina Scippa – ESSALUD en el periodo julio 2014 – junio 2016, para este estudio se tuvo 835 gestantes, 223 dieron parto vaginal y 612 parto por cesárea; se obtuvo como resultados: que a medida que se incrementa el número de partos previos se incrementa el valor predictor de la

gestante, gestante con antecedente de cesáreas previa que presento ruptura de membrana no se indica maduración cervical. Gestante con parto vaginal normal y con RPM tiene más posibilidad de inducir la al trabajo de parto, EG de cuarenta y un semanas al momento del parto, peso fetal al instante del parto menos de 4000 gramos, la psicoprofilaxis favorece de cierta manera el parto vaginal. Concluyendo : el factor más importante de parto vaginal es que tenga previos partos vaginales , el peso debe ser menor de 4 Kg al instante del parto, la EG debe ser menor de cuarenta y un semanas, realizar psicoprofilaxis y mantener membranas integras al parto.(18)

Espino Felipa E. en su investigación mediante un enfoque descriptivo y de corte transversal, Denominado Complicaciones materno – neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016; se concluyó que: el 31% de gestantes estuvo en el grupo etario de 25-29 años, 75% con estudios secundarios, 94% eran amas de casa, 75% convivientes, 98% tenían cesárea previa anterior y como primígestas el 36%. El 59% no presentaron complicaciones maternas, el 31% tuvieron desgarro perineal que fue uno de los porcentajes más altos, el 92% no tuvo complicaciones neonatales. Este estudio concluye que las embarazadas con PVDC tuvieron: desgarro perineal, en menor grado hemorragia post parto y retención de

restos placentarios, bajo peso al nacer, APGAR bajo, muerte neonatal y sufrimiento fetal agudo, sin complicación neonatales el 92% .(19)

Espinoza Ayala L. et al. Efectuó un estudio no experimental de corte transversal, titulado Complicaciones del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa, Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016 - 2017. Los resultados del trabajo de investigación entre complicaciones maternas del parto vaginal post cesárea versus cesárea iterativa. Hemorragia (2.1% vs. 13.8%), anemia (33.4% vs. 80%), infección (0% vs. 12.3%) e histerectomía (0% vs. 1.5%); complicaciones neonatales líquido amniótico meconial (12.5% vs.12.3%) y Apgar bajo (2.1% vs. 13.8%). Se ultimó que el PVDC muestra menos complicaciones en comparación con la cesárea iterativa, evidenciándose una diferencia estadísticamente significativa con complicaciones maternas, pero no con complicaciones neonatales.(20)

Rojas Chihuantito, L. Realiza su trabajo de investigación titulado: Factores asociados de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el Hospital Antonio Lorena, Cusco, 2016-2019. Refiere que esta tesis fue para establecer los factores de pronostico a parto vaginal en embarazadas que tuvieron una cesárea anterior, el diseño utilizado fue el de casos y

controles, revisando historias clínicas en un número de 202, de embarazadas cuyas edades oscilaron entre 19 a 42 años de edad, este Hospital presentó un 32.9% de cesáreas. Se obtuvo como éxito de parto vaginal los siguientes factores: la edad de 2-5 años, parto vaginal previo, multiparidad, periodo intergenésico de 2 a 5 años, dilatación cervical mayor a 4, tipo de parto espontaneo y recién nacido con peso entre 2500-4000 g. Se encontró que los factores maternos, factores de trabajo de parto y factores del producto como :multiparidad, periodo intergenésico, edad, parto espontáneo, dilatación cervical, peso de nacimiento; favorecen parto vaginal con cesárea anterior (21)

Marca Ticona, D. (2019) en su trabajo 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. El estudio incluyó a 825 embarazadas con antecedentes a cesárea previa, sin supresión a parto vaginal. Como factores asociados a parto vaginal, se tuvo el IMC menor a 30 kg/m², antecedente de PVDC, 2 – 4 años de período intergenésico, controles prenatales mayores a 6, 4 cm a más como dilatación cervical, sin uso de oxitócicos. (22)

2.1.3 LOCALES

Sosa Yujra, F. en su trabajo, parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea y complicaciones maternos perinatales en el hospital Hipólito Unanue Tacna 2014 – 2015, de las 84 gestantes con antecedentes de cesárea previa, señala que el peso del RN oscilo entre 3501 a 4000 g, con una EG de 38-41 semanas. Sin relación significativa entre pacientes con antecedentes de cesárea previa y complicaciones de parto vaginal 83.3% presentando complicaciones de desgarro perineal 1% y retención de membranas 16.7%(23)

Valderrama Sedrane, W. en su investigación, vía de culminación de parto y factores favorables para un parto vaginal en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de ginecobstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión – ESSALUD – Tacna Julio-diciembre 2016. Indica que las pacientes que tuvieron parto por cesárea anterior fueron en un número de 101, concluyendo que 66 gestantes culminaron su gestación en cesárea y 35 pacientes en un parto vaginal. Comparando las pacientes se observó complicaciones post parto en las que tuvieron cesárea mientras que las pacientes con parto vaginal no presentaron complicaciones (24)

2.2 MARCO TEÓRICO

El producto en su mayoría nacen en forma natural es decir por parto vaginal, pero un tercio de estos nacimientos se realizan por cesárea. (25). En el siguiente embarazo la mujer no está obligada a realizarse una cesárea, estas pueden tener un parto natural o vaginal con mucha seguridad, a ello se llama parto vaginal después de una cesárea (PVDC) con beneficios y riesgos. (26)

2.2.1 EPIDEMIOLOGIA

En la actualidad hay una fuerte predisposición al alza en cuanto a las tasas de cesárea en nuestro territorio mostrando tasas superiores al 15% que es lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas cifras pueden estar asociadas a la atención obstétrica que se realiza en el Hospital.

Según artículos publicados por la revista médica Británica The Lancet, refiere que una de cinco embarazadas en el mundo tiene cesárea, así para el año 2015 se refirió un 21 % siendo casi el doble de lo que se reportó el año 2000 con un 12 % de cesáreas que se ajustaba a las recomendaciones de la OMS ya que sus especialistas justificaban esta práctica que estaba en un rango de 10 a 15% de los casos (27)

Existen nuevos estudios que hacen notar la importancia de que cuando las tasas de cesárea se acercan al 10 % de la población, existe una disminución en el número de

muerdes maternas y de recién nacidos, cuando la frecuencia sobrepasa el 10 % no hay indicios de que mejoran la tasa de mortalidad.(28)

Europa y América presentan tasas mayores de cesáreas que cada vez van en aumento desmedido .(29) En las Américas, 25 países, según los últimos datos disponibles reportan un 38,9% en promedio de partos por cesárea. (28). Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), presenta el año 2017 los índices de cesárea más altos: De 1000 bebés nacidos vivos, Turquía tuvo 531 partos por cesáreas, seguido por Corea con 451 partos por cesárea. En América del Norte México lidera con un promedio de 468. En Sudamérica, la tasa de cesárea más alta lo presenta el país de Chile con un 32.2 % (29)

El Ministerio de Salud por medio de un boletín, publicó el año 2016, los siguientes datos estadísticos para cesárea: promedio nacional de mujeres que dieron a luz mediante cesárea 35.4 %, mencionando que a nivel del país 9 regiones presentaron porcentajes por encima de este promedio nacional. Siendo las siguientes regiones con tasas elevadas para cesárea: Lima con 42 %, Arequipa con 32.9 % y La libertad con 38 %.(30)

La región Tacna reporta en el año del 2015 una tasa de 47.2 % de partos por cesárea de un total de 4652 partos y un 52.6 % para parto vaginal o natural. (30)

2.2.2 FACTORES ASOCIADOS DE PARTO VAGINAL

2.2.2.1 FACTORES MATERNOS:

A. EDAD MATERNA

La mujer durante su ciclo de vida tiene una etapa fértil desde el momento que inicia a ovular y por ende a embarazarse. Este embarazo puede ser antes de los 19 años de edad, considerándose un embarazo adolescente y de riesgo, no concluyeron su desarrollo psicológico y físico, observándose una irregularidad céfalo pélvica es decir que los huesos de la pelvis no se desarrolló totalmente, estas mujeres adolescentes tienen posibilidad de tener un producto con bajo peso al nacimiento, complicación dada por la inmadurez de estas adolescentes. Se considera como la mejor edad para la gestación entre las edades de 20 a 34 años ocurriendo menores complicaciones en este rango. Las gestantes con más de 35 años presentan alto riesgo obstétrico eh innumerables patologías influyendo negativamente en el éxito de parto vaginal después de una cesárea es la edad materna avanzada ya que son más

propensas a terminar en una cesárea .
(10)

B. EDAD GESTACIONAL

La edad gestacional se refiere a la edad del embrión o feto contado desde el primer día de la última menstruación. se considera que el embarazo ha llegado a término cuando se alcanzan las 37 semanas de edad gestacional y no se supera las 42. (31)

Una paciente con cesárea anterior debe realizarse un asesoramiento específico sobre la vía del parto (idealmente antes de las 37 semanas) (32) pacientes a término y antecedente de una cesárea y que presente trabajo de parto espontáneo es favorable para PVDC; para la inducción del trabajo de parto en pacientes a término conlleva un mayor riesgo de ruptura uterina (33)

C. PERIODO INTERGENÉSICO

Se denomina periodo intergenésico al intervalo de tiempo transcurrido entre dos embarazos, la OMS considera como fecha del último evento obstétrico sea aborto, parto vaginal o cesárea y el inicio de la última fecha de menstruación del

siguiente embarazo. Se debe tener en cuenta que después de un alumbramiento el lapso recomendado para el siguiente embarazo debe ser mayor a 18 meses. Los períodos menores a 18 meses incrementan más riesgo en tres veces las rupturas y dehiscencias uterinas y periodo menor a dos años el incremento de nacimientos prematuros. El período intergenésico óptimo es de 2 – 5 años puesto que tiene una adecuada vascularidad útero-placentaria, debido a la adaptabilidad vascular y, en caso de antecedente de cesárea, se verá debidamente reflejada en las propiedades de extensibilidad y contractibilidad uterina, por las pérdidas importantes de fibras musculares e hipoperfusión uteroplacentaria, por lo que cuanto más regular es el período, fuerte será la cicatriz uterina. (34)

El periodo intergenésico mayor a cuatro años tendrá problema en cuanto a la vascularidad, producido por rigidez y arterosclerosis de las arterias espirales que produce hipoperfusión placentaria y que finalmente desencadena daño endotelial. El periodo intergenésico (34) Se tiene dos tipos de período intergenésico: Corto

menor a 18 meses (PIC), Largo mayor a 60 meses (PIL).(35)

D. ANTECEDENTE DE PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESÁREA

Se considera el parto vaginal en pacientes con cesárea previa como una alternativa segura, que no presenta un incremento en la morbimortalidad materno fetal, siendo así el mejor predictor para el éxito de PVDC; donde el riesgo de ruptura uterina es la principal preocupación (36)

El antecedente de parto vaginal tras la cesárea anterior alcanza el 90% de posibilidad para parto vaginal, afirmándose que el mejor predictor de parto vaginal tras cesárea es el antecedente de parto vaginal tras la cesárea anterior. (37)

Los estudios previos reportan que el antecedente de parto vaginal juega el rol más importante como factor predictor de parto vaginal en cesárea, para la investigación de Castillo Oliva se reportó que el antecedente de parto vaginal después de una cesárea y la historia

previa de parto vaginal favoreció por lo menos 3 veces y 2 veces más el parto vaginal respectivamente. En nuestro estudio las gestantes con cesárea previa con antecedente de 3 o más partos vaginales tuvieron 10.96 veces más probabilidades de parto vaginal que aquellos con menos de 3 partos vaginales previos, las gestantes con 1 y 2 partos vaginales previos tuvieron 5.35 y 5.99 más probabilidades de parto vaginal, esto demuestra que a medida que aumenta el número de partos vaginales previos aumenta el valor predictor de la gestante (18)

E. CONTROL PRENATAL

Los controles regulares ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, agregan intervenciones ligadas a la prevención de dichos riesgos y también contribuyen a promover conductas saludables durante el embarazo. Incluye una serie de controles, generalmente entre 7 y 11 visitas, aunque el número óptimo para un control adecuado en pacientes de bajo riesgo es algo en continua discusión. (38)

Durante el control prenatal de una mujer con una cesárea previa debe brindarse asesoramiento específico sobre la vía de nacimiento, realizándolo preferentemente antes de las 37 semanas de gestación y, asegurándose, su registro en la ficha de seguimiento o historia clínica prenatal. Intentar un parto vaginal en una mujer con cesárea previa es apropiado y, además, recomendable, pero siempre que se haya descartado la existencia de contraindicaciones para el nacimiento por vía vaginal. (39)

F. PARIDAD

Es el número de partos anteriores a la gestación actual: nulípara (0 hijos), múltipara (2-4 hijos) y gran múltipara (5 o más). Al evaluar la paridad en relación a la vía de finalización del embarazo actual, la literatura menciona que el factor más importante en pacientes con una cesárea previa para optar por intento de parto vaginal pos cesárea es el antecedente de un parto vaginal previo. (18)

En el estudio de Mercer y col., publicado en febrero del 2008, con 13.532 pacientes que cumplieron los criterios de

elegibilidad, observamos que a mayor número de partos luego de una cesárea aumenta la tasa de éxito, llegando hasta un 92.4% en el cuarto parto. Se muestran que el riesgo de ruptura uterina, disminuye progresivamente con el número de partos vaginales, con un 0.87% en el primer intento, 0.45% en el segundo y 0.43% después del tercer parto; al igual que otras complicaciones.(40)

2.2.2.2 FACTORES DEL TRABAJO DE PARTO

A. INICIO DE PARTO

Reúne los caracteres esenciales para la expulsión del feto a la vida extrauterina. Se debe considerar a todas las pacientes con antecedente de cesárea, por lo que la conducta del obstetra debe diferir un poco con respecto a la de cualquier otra mujer, especialmente en el inicio del trabajo de parto.

– **Inicio de Parto espontáneo:**

Es un proceso natural que no necesita ningún tipo de intervención; es preferible esperar a que el parto se inicie

espontáneamente porque no implica riesgos, entre las 37 y 41 semanas de edad gestacional; ni es un elemento de pronóstico desfavorable para la prueba del trabajo de parto (41)

- **Parto inducido:**

Consiste en iniciar el parto por medios artificiales. En este tipo de parto es recomendable el uso de oxitocina en cuellos con características favorables o bishop > a seis puntos, una inducción fuerza al cuerpo a entrar en el proceso de parto tiene más posibilidades de acabar en un parto instrumental o cesárea si no hay una respuesta adecuada (42) Es más prudente reservar este tipo de indicaciones para inducciones motivadas por razones médicas, que serán las mismas que para pacientes sin antecedente de cesárea, porque de no emplearse un número significativo terminará de nuevo en cesárea (22). La inducción del parto tiene un mayor riesgo de ruptura uterina (5 a 15 veces más) y va en relación con el fármaco utilizado la tasa es de 1.1% con oxitocina, 2% con análogos de prostaglandina E2 y 6% con análogos de prostaglandina E1. (33)

B. DILATACION CERVICAL:

La fase activa del trabajo de parto (a partir de 3-4 cm) no debe sobrepasar 5 o 6 horas. Como en cualquier trabajo de parto, cuando la dilatación no progresa debe sospecharse de una probable desproporción céfalo pélvica, presentación anormal, pero en este grupo de pacientes con cesárea anterior también puede reflejar ruptura uterina (34)

C. TIPO DE PELVIS

La pelvis ginecoide, es la pelvis femenina clásica y favorece el trabajo de parto. Tiene como característica ser ovalada en la entrada con el diámetro anteroposterior un poco menor que el diámetro transversal, paredes laterales rectas, espinas isquiáticas poco prominentes y un ángulo subpúbico mayor de 90° (43) pacientes que presenten útero cicatricial se solicita el estudio de pelvimetría porque ayuda a elegir el tipo de terminación del embarazo y modular la prueba de trabajo de parto (44)

2.2.2.3 FACTORES DEL PRODUCTO

A. PESO DEL RECIEN NACIDO

Los recién nacidos por el peso se clasifican:

- Macrosómicos: 4.000 g. o más
- Adecuado 2 500 a 3999 g
- Bajo peso de nacimiento (BPN): 2.499 g o menos.
- Muy bajo peso de nacimiento (MBPN): 1.500 g o menos.
- Extremadamente bajo peso al nacer (EBPN):900 g a menos.

Esta clasificación es importante tenerla en cuenta por que a mayor peso hay más probabilidad de causar desgarros perineales o traumas obstétricos, presentando así una probabilidad menor de PVDC. (45) sigue siendo apropiado que los proveedores de atención obstétrica y pacientes consideren el peso al nacer pasado y el peso fetal estimado al momento de tomar decisiones con respecto a PVDC. La sospecha de macrosomia solo no debería impedir ofrecer PVDC. (22)

2.2.2.4 COMPLICACIONES

A. RUPTURA UTERINA

Su incidencia está directamente relacionada con el tipo de incisión que se realizó en la cesárea previa. Varía de 0.5% en la transversa baja hasta 10% en la corporal vertical, motivo por el cual en esta última está contraindicado el trabajo de parto; encontramos dos tipos de ruptura uterina, la completa cuando la ruptura ocurre antes de la expulsión, las membranas también se rompen y pasa al abdomen y la ruptura uterina incompleta conocida como dehiscencia solo se afecta el miometrio. Se debe recomendar a las mujeres que realicen un monitoreo fetal electrónico continuo durante el PVDC planificado, a partir del inicio de las contracciones uterinas regulares.

La morbilidad materna siempre es menor en el parto que en la cesárea electiva. Sin embargo, es mayor cuando fracasa el intento de parto; por tanto, aunque no existe un consenso generalizado, se requiere una adecuada selección de las pacientes aptas para intentar una prueba de trabajo de parto. (34)

B. HEMORRAGIA POST PARTO

La hemorragia postparto es una de las complicaciones que puede surgir en el puerperio. Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5% (46)

El útero normalmente se contrae y expulsa la placenta. Una vez expulsada, las contracciones ayudan a presionar los vasos sanguíneos en la zona en la que estaba adherida. Si el útero no se contrae con la fuerza suficiente, los vasos sanguíneos sangran libremente. Esta es la causa más común de hemorragia posparto. También es posible que haya sangrado si quedan adheridos pequeños fragmentos de placenta. Es más probable que suceda con un nacimiento por cesárea.(47)

CAPITULO III

3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional no se considera hipótesis

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad materna	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none">• < de 35 años• ≥ a 35 años	Intervalo
Edad gestacional	Semana	<ul style="list-style-type: none">• < 40 semanas• ≥ 40 semanas	Intervalo
Antecedentes de parto vaginal después de una cesárea		<ul style="list-style-type: none">• 1 – 2 partos vaginales• ≥ 3 partos vaginales	Numérico
Controles prenatales		<ul style="list-style-type: none">• < 6 CPN (inadecuado)• ≥ 6 CPN (adecuado)	Intervalo
Periodo intergenésico	Embarazo previo al actual	<ul style="list-style-type: none">• 2 – 5 años• ≥ 5 años	Intervalo

	tiempo establecido en meses		
Inicio de parto espontaneo	Se considera a aquella gestante que en su historia obstétrica haya iniciado su parto	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Dicotómico
Dilatación cervical		<ul style="list-style-type: none"> • < 4 cm • ≥ 4 cm 	Intervalo
Paridad	Partos registrados en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multípara 	Nominal
Peso del RN	Peso en gramos del RN	<ul style="list-style-type: none"> • < 4000 gr Adecuado • ≥ 4000 gr macrosómico 	Intervalo
Complicaciones	Patologías que se manifiestan en la gestación y en algunas ocasiones suelen ser mortales	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura uterina • Hemorragia post parto • Otros • Ninguna 	Nominal

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizará un estudio observacional, retrospectivo, analítico.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio será el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna. Actualmente es el establecimiento del Ministerio de Salud del Perú para referencia especializada y confirmatoria de diagnósticos definitivos.

Actualmente el servicio de Departamento de Gineco – Obstetricia del mencionado hospital se encuentra en el tercer piso y cuenta con 45 camas disponibles.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 POBLACIÓN

El presente trabajo de investigación estará constituida por las gestantes que acudieron al Servicio de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 - 2019.

4.3.2 MUESTRA

Constituida por todas las gestantes que cumplían los criterios de inclusión y no presentaban criterios de exclusión atendidas en el servicio de obstetricia del HHUT entre el 2017 y 2019, en total 787 de las cuales 234 tuvieron parto vaginal y 553 partos por cesárea.

4.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes con antecedente de una cesárea previa segmentaria baja e indicación de chance vaginal con historia clínica completa y edad gestacional a término (37 y 41 semanas) que se encuentren en el servicio de obstetricia del hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Feto único en presentación cefálica y periodo intergenésico igual o mayor a 2 años

4.3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Antecedentes de cirugía uterina – histerotomía distinta a cesárea
- Gestante con sufrimiento fetal
- gestante con más de una cesárea.
- gestante con desproporción cefalopélvica.
- Condiciones médicas que impidan parto vaginal

- Gestante a término con criterios de chance vaginal pero que tuvieron parto por cesárea iterativa de forma electiva.

4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A. HISTORIA CLÍNICA

Para recolectar datos de la paciente a través de la anamnesis y antecedentes de importancia, además para saber si presentó cesárea o parto vaginal y finalmente observar factores que predispongan a parto vaginal después de una cesárea previa.

B. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para registrar los datos encontrados de la Historia Clínica, se recolectará los datos en el siguiente instrumento: este constará de las siguientes secciones. Datos generales, antecedentes de la madre, antecedentes del parto y peso del recién nacido.

CAPITULO V

5. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.

Se analizarán historias clínicas de aquellas pacientes que se realizaron parto vaginal después de una cesárea y que cumplan con los criterios de inclusión.

Todos los datos recopilados, requeridos, y obtenidos por medio del instrumento serán introducidos en una hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel 2013, conforme a la operacionalización de variables; se procesará con las técnicas estadísticas

Para el análisis, se buscó establecer una relación entre las variables para ello se usó el valor p, considerándose significativo un valor de p menor igual a 0,01, se calculó el OR, intervalos de confianza al 95% y chi cuadrado, el análisis se presentó mediante tablas de doble entrada

La información obtenida (valores discretos) será analizada mediante las pruebas estadísticas.

Cuya fórmula es la siguiente:

CHI CUADRADO

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

DONDE:

Σ = Sumatoria

O_i = Valor observado

E_i = Valor esperado

ODDS RATIO

	Casos	Controles
Expuestos	a	b
No expuestos	c	d

Odds (casos) = a / c
Odds (controles) = b / d
OR = (a / c) / (b / d) = (a x d) / (b x c)

CAPITULO VI

6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

TABLA 01

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN TIPO DE PARTO DE LAS GESTANTES CON UNA CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017-2019

TIPO DE PARTO	2017		2018		2019		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
VAGINAL	69	27.27	75	26.98	90	35.16	234	29.73
CESÁREA	184	72,72	203	73.02	166	64.84	553	70.27
TOTAL	253	100%	278	100%	256	100%	787	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: En la tabla 1 se aprecia que 787 gestantes con antecedente de una cesárea previa fueron sometidas a prueba de trabajo de parto, con una tasa de éxito de parto vaginal de 29.73 % (n = 234) y reintervención en el 70.27% (n = 553)

La mayor tasa de éxito para parto vaginal después de una cesárea previa fue de 35.16% para el año 2019.

TABLA 02
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS GESTANTES CON UNA
CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
2017-2019

EDAD	PRUEBA DE PARTO				OR	IC 95%	p
	PARTO VAGINAL		CESÁREA				
	N	%	N	%			
< 35 años	198	84.62	447	80.83	1.30	0,86 -1,97	
≥ 35 años	36	15.38	106	19.17	0.76		< 0,01
TOTAL	234	100%	553	100%			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: en la tabla 2, se puede apreciar que las gestantes en su mayoría tienen menos de 35 años con un 81.86% (n = 645). De las 234 gestantes que tuvieron un parto vaginal exitoso, el 84.62% (n=198) fueron menores de 35 años y el 15.38% (n=36) fueron mayores a 35 años. Además se encontró que las gestantes con edades menores a 35 años tienen 1.30 veces más probabilidad de éxito de parto vaginal con un nivel de significancia de $p < 0.01$.

TABLA 03
DISTRIBUCION SEGÚN EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES
CON UNA CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE
DE TACNA, 2017-2019

EDAD GESTACIONAL	PRUEBA DE PARTO				OR	IC 95%	p
	PARTO VAGINAL		CESAREA				
	N	%	N	%			
< 40 semanas	172	73.50	396	71.61	1.10	0,78 - 1,55	
≥ 40 semanas	62	26.50	157	28.39	0.90		< 0,01
TOTAL	234	100%	553	100%			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: en la tabla 3, se puede apreciar que las gestantes en su mayoría tiene edades gestacionales menores a 40 semanas con un 72.17% (n=568). De las 234 gestantes que culminaron con un parto vaginal exitoso, el 73.50% (n = 172) tuvieron menos de 40 semanas al momento del parto. También se encontró que la gestantes con edades gestacionales menores a 40 semanas tienen 1.10 veces más probabilidad de éxito de parto vaginal con un nivel de significancia de $p < 0.01$.

TABLA 04
DISTRIBUCION SEGÚN PERIODO INTERGENÉSICO DE LAS
GESTANTES CON UNA CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2017-2019

PERIODO INTERGENESICO	PRUEBA DE PARTO				OR	IC 95%	p
	PARTO VAGINAL		CESAREA				
	N	%	N	%			
> 5 años	109	46.58	238	43.04	1.15	0,85 - 1,57	
2 – 5 años	125	53.52	315	56.96	0.87		< 0,01
TOTAL	234	100%	553	100%			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: en la tabla 4 se aprecia que el periodo intergenésico en la mayoría de nuestras gestantes oscila entre 2 a 5 años con un 55.91 % (n=440). De las gestantes que lograron un parto vaginal exitoso, el 53.52% (n = 125) tenían un periodo intergenésico de 2 a 5 años. Se encontró que las gestantes con periodo intergenésico mayor a 5 años tienen 1.15 veces más probabilidad de éxito de parto vaginal con un nivel de significancia de $p < 0.01$.

TABLA 05
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE DE PARTO VAGINAL
DESPUÉS DE UNA CESAREA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2017-2019

ANTECEDENTE DE PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA	PRUEBA DE PARTO				OR	IC 95%	p
	PARTO VAGINAL		CESÁREA				
	N	%	N	%			
1 – 2 partos	66	66.00	51	56.96	1.41	0,78- 2,55	< 0,01
≥ 3 partos	34	34.00	37	43.04	0.71		
TOTAL	100	100%	88	100%			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: en la tabla 5 se aprecia que el antecedente de parto vaginal de (1 -2 partos) después de una cesárea oscila en un 62. 23 % (n = 117). De las gestantes que lograron un parto vaginal exitoso, el 66.00% (n=66) tuvieron como antecedente 1 a 2 partos previos después de una cesárea. Se encontró que gestantes con antecedente de 1 a 2 partos vaginales después del cesárea tiene 1.41 veces más probabilidad de éxito de parto vaginal con un nivel de significancia de $p < 0.01$.

TABLA 06

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PARIDAD DE LAS GESTANTES CON UNA CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017-2019

PARIDAD	PRUEBA DE PARTO				OR	IC 95%	p
	PARTO VAGINAL		CESAREA				
	N	%	N	%			
Múltipara	100	42.74	88	15.91	3.94	2.82- 5.50	<0.01
Primípara	134	57.26	465	84.09	0.25		
TOTAL	234	100%	553	100%			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: en la tabla 6, se puede observar que el 76.11% (n=599) de gestantes con antecedente de cesárea previa sometidas a prueba de trabajo de parto son primíparas. De las 234 gestantes que lograron un parto vaginal exitoso, el 57.26% (n = 134) son primíparas y el 42.74 % (n=100) son múltiparas. Se encontró que las gestantes con multiparidad tienen 3.94 veces más probabilidad de éxito de parto vaginal con un nivel de significancia de $p < 0.01$.

TABLA 07
DISTRIBUCION SEGÚN CONTROLES PRENATALES DE LAS
GESTANTES CON UNA CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2017-2019

CONTROL PRE NATAL	PRUEBA DE PARTO				OR	IC 95%	p
	PARTO VAGINAL		CESAREA				
	N	%	N	%			
ADECUADO	130	55.55	300	54.24	1.05	0,70- 1,45	< 0,01
INADECUADO	104	44.44	253	45.75	0.94		
TOTAL	234	100%	553	100%			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: en la tabla 7, se puede observar que las gestantes con número de controles prenatales adecuado (6 o más) fueron la mayor parte de la población con el 54.63 % (n=430). De las 234 gestantes con un parto vaginal exitoso el 55.55% (n=130) se controlaron adecuadamente. Se encontró que gestantes con controles prenatales adecuados tienen 1.05 veces más probabilidad de éxito de parto vaginal con un nivel de significancia de $p < 0.01$.

TABLA 08

DISTRIBUCION SEGÚN FORMA DE INICIO DE TRABAJO DE PARTO DE LAS GESTANTES CON UNA CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2017-2019

INICIO DE PARTO ESPONTANEO	PRUEBA DE PARTO				OR	IC 95%	p
	PARTO VAGINAL		CESAREA				
	N	%	N	%			
SI	234	100.00	551	99.63	0.03	0,01- 0,08	
NO	0	00.00	2	0.36			>0,05
TOTAL	234	100%	553	100%			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: en la tabla 8, se puede observar que la mayor parte de las gestantes inicia su trabajo de parto espontáneamente en el 99.75% (n=785). Las 234 gestantes que tuvieron un parto vaginal exitoso iniciaron espontáneamente su trabajo de parto.

TABLA 09
DISTRIBUCION SEGÚN PESO DE RECIEN NACIDO DE LAS
GESTANTES CON UNA CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2017-2019

PESO DE RECIEN NACIDO	PRUEBA DE PARTO				OR	IC 95%	p
	PARTO VAGINAL		CESAREA				
	N	%	N	%			
< 4000 g	209	89.32	426	77.03	2.49	1,59- 3,90	
≥ 4000 g	25	10.68	127	22.97	0.40		<0,01
TOTAL	234	100%	553	100%			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: en la tabla 9, se puede observar que el 80.69 % (n=635) de las gestantes en estudio tuvieron recién nacidos con pesos menores de 4000 gr. De las 234 gestantes que lograron un parto vaginal exitoso, el 89.32% (n=209) tuvieron recién nacidos con pesos menores a 4000 gr y el 10.68% (n=25) presentaron pesos superiores o iguales a 4000 gr.

Además las gestantes con recién nacidos menores a 4000 gr tienen 2.49 veces más probabilidad de éxito de parto vaginal con un nivel de significancia de $p < 0.01$.

TABLA 10
DISTRIBUCION SEGÚN DILATACION CERVICAL AL INGRESO DE LAS
GESTANTES CON UNA CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2017-2019

DILATACION CERVICAL AL INGRESO	PRUEBA DE PARTO				OR	IC 95%	p
	PARTO VAGINAL		CESAREA				
	N	%	N	%			
≥ a 4 cm	142	60.68	19	3.44	43.38	28.90- 65.1	
< a 4 cm	92	48.72	534	96.56	0.23		< 0,01
TOTAL	234	100%	553	100%			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: en la tabla 10, se puede observar que las gestantes que llegaron con dilatación cervical menor a 4 cm fueron 79.54% (n=626). De las 234 gestantes que lograron un parto vaginal exitoso, el 60.68% (n=142) ingresaron con una dilatación cervical de 4 cm o más.

Se encontró una dilatación cervical al ingreso igual o mayor a 4 cm tiene 43.38 veces más probabilidad de éxito de parto vaginal con un nivel de significancia de < 0.01.

TABLA 11
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN COMPLICACIONES EN
LAS GESTANTES CON UNA CESÁREA PREVIA ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2017-2019

COMPLICACIONES	PRUEBA DE PARTO				TOTAL	
	PARTO VAGINAL		CESAREA		N	%
	N	%	N	%		
SI (hemorragia post parto, ruptura uterina, otros)	1	0.43	1	0.2%	2	0.25
NO	233	99.57	552	99.8%	785	99.74
TOTAL	234	100%	553	100%	787	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: en la tabla 11 se aprecia que de las 234 gestantes con antecedente de una cesárea previa que tuvieron un parto vaginal exitoso, el 99.57% (n=233) no presentaron complicaciones y el 0.43% (n=1) presentaron una complicación en relación a hemorragia postparto.

CAPITULO VII

6. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En los últimos años ha sido motivo de controversia la interrogante de la vía del nacimiento en embarazos de mujeres con antecedente de cesárea. El incremento del índice de cesáreas generó un nuevo grupo de pacientes, la cesareada anterior, del cual el manejo no estaba establecido. Por muchos años se sostuvo la teoría de que la paciente con antecedente de cesárea debía culminar gestaciones posteriores en cesárea, sobre todo para evitar los acontecimientos desastrosos a los que conlleva la ruptura uterina. Actualmente existe una fuerte tendencia al alza en las tasas de cesárea, en nuestro país se observa una cifra superior a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud. (4,5) Dada la importancia de este problema, este estudio planteó investigar la vía de culminación del parto y los factores predisponentes al éxito de un parto vaginal después de una cesárea previa en las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del HHUT durante los años de estudio.

En lo concerniente al trabajo de parto por vía vaginal después de una cesárea (PVDC) se observa en nuestra investigación que el porcentaje fue de 29.73% durante los tres años de estudio, este porcentaje está por debajo de otras investigaciones realizadas en otros contextos: Pérez Olazo manifiesta que 191 gestantes tuvieron parto vaginal después de una cesárea en un 58.95 % para su trabajo de investigación (17), este porcentaje es mayor a nuestro estudio. Cabe destacar el estudio de Hernández Pérez en Zaragoza, España que señala una tasa de éxito de 72.4 % de 173 pacientes

con PVDC (14). Cervantes Ortega por otro lado en el Hospital de Ecuador alcanza una tasa de 60.74 % para el parto vaginal después de una cesárea (15). Robles Espinoza en su trabajo reporta que el 72.3 % lograron nacimientos por vía vaginal (16). Valderrama Sedrane nos da a conocer que de 101 pacientes, 35 gestantes (34.65%) terminaron en parto vaginal (24), Los resultados encontrados por Hernández, Cervantes, Robles y Valderrama son mayores a nuestro porcentaje para el HHUT. Mientras el estudio de Castillo Oliva nos reporta un resultado menor a nuestro estudio señalando el 26.71% de 223 gestantes (18).

Las cesáreas reiterativas después de una nueva cesárea durante los años de estudio 2017 al 2019 en el HHUT, muestra una media porcentual de 70.27 %, lo cual nos posiciona en un porcentaje muy elevado. Robles Espinoza en su trabajo reporta que el 27.6 % culminó su embarazo por vía abdominal (16), Pérez Olazo, manifiesta que 133 pacientes culminaron su parto por cesárea, es decir el 41.05 % (17), Hernández Pérez refiere un 27.62 % de 66 pacientes con cesárea (14). Valderrama Sedrane nos da a conocer a través de su trabajo de investigación que de 101 pacientes 66 gestantes terminaron en cesárea 65.35 % (24). Todos estos estudios nos muestran que sus porcentajes fueron menores a lo encontrado en nuestro estudio. Castillo Oliva menciona que de 853 gestantes, 612 tuvieron parto por cesárea correspondiendo el 73.29% resultado mayor a nuestro estudio (18).

Esto estaría en relación a la forma de inicio del trabajo de parto, en nuestra población en estudio las 234 gestantes que tuvieron un parto vaginal exitoso luego de una cesárea iniciaron espontáneamente su labor de parto, con lo que queda claro que existen muchos prejuicios en permitir la inducción en cesareadas

anteriores y ello quizá se deba al temor al fracaso o al temor a las complicaciones.

El valor porcentual de las gestantes con edades menores a 35 años fue de 84.62% con un OR de 1,30, lo que indica que una paciente con edad < 35 años tendrá 1,30 veces más probabilidad de tener un parto vaginal (IC al 95% 0,86 – 1,97). Espino Felipa concluye que el 31% de gestantes estuvo en el grupo etario de 25 a 29 años cuyo resultado está dentro del nuestro (19). Hernández Pérez en su investigación refiere que la mayor parte de las gestantes tenían más de 30 años resultado comprendido en nuestro rango de estudio (14). El trabajo de Rojas Chiguantito en Cusco manifiesta que las edades oscilaron entre 19 y 42 años de edad (21). Las mujeres con edades > 35 años estarían dentro de lo que refiere Rojas con un porcentaje de 15 %. El trabajo de Cervantes Ortega manifiesta que mujeres con edad materna > 35 años presentan fracaso en el PVDC (15), estas gestantes presentan alto riesgo obstétrico e innumerables patologías por lo que no es recomendable el PVDC.

Respecto a la edad gestacional en nuestro estudio durante los años 2017 al 2019 en el HHUT obtuvimos para la edad gestacional menor a 40 semanas un porcentaje de 74% y es considerado factor predictor de parto vaginal exitoso por presentar un OR de 1,10 con un (IC al 95% 0,78 – 1,15). Castillo Oliva muestra en su estudio como variable predictora de parto vaginal una edad gestacional menor a 41 semanas con un rango de 38.88 y 39.14 semanas con promedio de 2.97; nuestro trabajo estaría dentro lo referido por Castillo (18). Hernández Pérez manifiesta que algunos autores mantienen la edad gestacional inferior a 40 semanas como factor

positivo de PVDC, pero en su trabajo no pudo encontrar asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (14)

En relación al período intergenésico para mujeres con PVDC, nuestro estudio encontró que el período intergenésico entre 2 a 5 años fue de 53.52% y un periodo intergenésico mayor a 5 años de 46.58%; es reconocido como un factor asociado de parto vaginal exitoso con un OR de 1.15 un (IC al 95% 0,85 – 1.57). Rojas Chihuantito obtuvo que el período intergenésico es un factor asociado a parto vaginal exitoso con un OR de 1.79 un (IC al 95% 1.17 . 3.25) y un porcentaje de 73.2 % mayor a lo que reporta nuestro estudio (21). Marca Ticona nos muestra resultados con porcentajes mayores a los encontrados en nuestro trabajo con un período intergenésico de 2 a 5 años (80.7%) de tasa de éxito de parto vaginal. Las paciente con un período intergenésico entre 2 – 5 años tiene una adecuada vascularidad útero-placentaria, debido a la adaptabilidad vascular y en caso de antecedente de cesárea, se verá debidamente reflejada en las propiedades de extensibilidad y contractibilidad uterina, por las pérdidas importantes de fibras musculares e hipoperfusión uteroplacentaria, por lo que cuanto más regular es el período, más fuerte será la cicatriz uterina. (31).

El antecedente de parto vaginal después de una cesárea nos muestran el antecedente de 1 a 2 partos con una tasa de éxito de 66% considerado como un factor de parto vaginal exitoso por tener un OR 1,41 (IC al 95% 0.78 – 2.25). Castillo Oliva reportó que el antecedente de parto vaginal después de una cesárea y la historia previa de parto vaginal favoreció por lo menos 3 veces y 2 veces más el parto vaginal respectivamente, es decir que las gestantes

con cesárea previa con antecedente de 3 o más partos vaginales tuvieron 10.96 veces más probabilidades de parto vaginal que aquellos con menos de 3 partos vaginales previos, las gestantes con 1 y 2 partos vaginales previos tuvieron 5.35 y 5.99 más probabilidades de parto vaginal, esto demuestra que a medida que aumenta el número de partos vaginales previos aumenta el valor predictor de la gestante(18) que difiere con nuestro trabajo. Hernández Pérez observó que el hecho de tener un parto posterior a la cesárea era un factor positivo para tener un parto vaginal ($p = 0.000$), mientras que los partos previos a la cesárea no tuvieron ninguna influencia en la finalización de los siguientes embarazos ($p = 0.203$) (14). Sepúlveda Mendoza refiere que el antecedente de parto vaginal presenta una probabilidad de éxito para parto después de una cesárea en un 2.97 (13)

Dentro de la paridad, en nuestro estudio se nota que las frecuencias de parto son diferentes en primíparas, para ellas la tasa porcentual fue de 57.26 % y en multíparas un 42.74%. Se encontró que gestantes multíparas tienen prueba de parto vaginal exitoso por tener $OR > 1$ (3.94). Rojas Chihuantito halla en su estudio para las primíparas un 42.6 % y para las multíparas un 57.4 % refiriendo que se reconoce como un factor asociado al parto vaginal por obtener OR de 2.43 (21) esto nos permite inferir que nuestro resultado para primíparas es mayor y menor para las multíparas en cuanto a la tasa porcentual. Marca Ticona en su estudio refiere que gestantes con antecedente de cesárea sometidas a trabajo de parto eran primíparas, con una tasa de éxito del 74,8% ($n=332$) mientras que la proporción de multíparas fue del 45,8% ($n=378$) (22), datos que son

diferentes a nuestro estudio siendo menores nuestros porcentajes de primíparas y multíparas.

El número de controles prenatales de mujeres con PVDC según Rojas Chiguantito manifiesta que el control prenatal mayor a 6 es reconocido como un factor asociado de parto vaginal exitoso por tener un 88.1 % y un OR 1.60 y controles menores a 6 un porcentaje de 11.9 %, (21). Nuestro estudio muestra valores similares, para un control prenatal mayor o igual a 6 el porcentaje medio es de 55.55 % resultado menor a lo encontrado por Rojas pero se considera un factor predictor de prueba de parto vaginal exitosa por tener un OR 1.05 y para un control menor a 6 se tuvo 44.44 % este resultado fue mayor a Rojas. Marca Ticona (22) refiere controles prenatales mayores a 6 en su trabajo con una tasa de éxito de parto vaginal de 78.1 %, resultado mayor a lo reportado en nuestro trabajo.

El inicio de parto es un proceso que favorece el alumbramiento de la gestante, en nuestro estudio de PVDC encontramos que todas las gestantes tuvieron un inicio espontáneo para los tres años de estudio, concordando con Hernández Pérez quien manifiesta en su trabajo de investigación que el inicio espontáneo de parto frente a su inducción favorece el PVDC. (14).Diferimos con el trabajo de Sosa Yujra (23), quién refiere los siguientes porcentajes: espontáneo 27.4 % y dirigido o inducido en 72.6 %. Podemos afirmar que Rojas Chihuantito se aproxima a nuestro resultado con 95 % en lo espontáneo y 5 % inducido (21). Los resultados de Marca Ticona están por debajo de lo encontrado en nuestro trabajo, quien reporta para el inicio espontáneo o que no recibió oxitócicos un 78,9% y el

inducido con oxitócicos 21.1 % (22). Sepúlveda Mendoza en su trabajo señala un 90.8 % en el trabajo espontáneo de PVDC (13).

Según nuestro estudio el peso del RN está comprendido en porcentaje de 89.32 % con OR 2.9 para los RN con peso < 4000 g factor predictor de parto vaginal. Según Hernández Pérez, los RN con pesos inferiores a 3500 – 4000g presentaron una mayor probabilidad de parto vaginal como un factor influyente en el éxito del parto vaginal (14), este hallazgo está dentro del rango que planteamos para este estudio. En el trabajo de investigación de Rojas Chihuantito, el peso del recién nacido entre 2500 y 4000g es reconocido como un factor asociado de parto vaginal exitoso en un 94.1% con un OR de 2.28 (21), resultado superior a lo hallado en nuestro trabajo. Castillo Oliva refiere que el factor predictor fetal más importante es el peso fetal menor de 4000 gramos al momento del parto (18), este resultado permitiría aceptar lo encontrado.

Las gestantes que concurren al servicio de obstetricia, son evaluadas al llegar y se les realiza la determinación de la dilatación cervical, de tal forma que las que concurren con una dilatación mayor o igual a 4 cm pasan directamente a sala de partos, mientras que las que tienen una medida menor a 4 cm o sin dilatación permanecen en control obstétrico o estudio. Rojas Chiguantito señala que la dilatación cervical mayor a 4 cm es reconocida como un factor asociado de parto vaginal exitoso en 81.2% de los casos señalando que el 18.2 % tuvo una dilatación menor a 4 cm (21). De la misma manera Cervantes Ortega señala en sus resultados que el 65,64 % de sus pacientes tuvieron una dilatación \geq a 4 cm y las de

dilatación cervical < 4 cm fueron 34.36 % (15), este trabajo estuvo relacionado con los factores asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea. Marca Ticona observa que las pacientes que llegaron con dilatación cervical \geq a 4 cm al ingreso fueron el 62,3%, la tasa de éxito fue 86,2% para parto vaginal, disminuyendo a 59,5% en gestantes que ingresaron con dilatación cervical < 4 cm (22). Nuestro trabajo considera que la dilatación cervical es un factor predisponente a PVDC ya que las pacientes en estudio mostraron resultados de dilatación mayor o igual a 4 cm en un 60.68% y un OR de 43.38.

La frecuencia de complicaciones obstétricas en las gestantes con parto vaginal después de una cesárea previa fue de 0.43% correspondiendo a hemorragia postparto para los tres años de estudio. Pérez Olazo en relación a la asociación entre el tipo de parto y las complicaciones maternas y perinatales encontró que de 191 pacientes que tuvieron parto vaginal, sólo el 2,6% tuvo complicaciones (17). Nuestro resultado es menor en relación a Pérez, mientras que Espino Felipa refiere en su estudio que las mujeres que concluyeron en PVDC tuvieron complicaciones en un 31%, de las cuales destaca el desgarro perineal. En el trabajo de Sosa Yujra para este mismo caso, se reporta el desgarro perineal en un 1 % y retención de membranas en un 16.7 %.(23). Espinoza Ayala concluye que el PVDC presenta menos complicaciones en comparación con la cesárea iterativa para hemorragia (2.1% vs. 13.8%) (20). Para Espinoza. Valderrama Sedrane las gestantes post parto no presentaron complicaciones en un 91.4 % mientras el 8.6 % tuvo atonía uterina (24). En nuestro estudio el 99.57% no presentó complicaciones post parto.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de éxito de prueba de parto en gestantes a término con una cesárea previa fue del 29.73% en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años de estudio.
2. Los factores materno-perinatales con asociación al éxito de parto vaginal con una cesárea previa son: edad materna menor de 35 años, edad gestacional menor a 40 semanas, antecedentes de parto vaginal después de una cesárea, multiparidad, periodo intergenésico mayor a 5 años, control prenatal adecuado, dilatación cervical mayor o igual a 4 cm al ingreso y peso del recién nacido menor a 4000 gr.
3. La complicación más frecuente en gestantes con parto vaginal después de una cesárea previa fue la hemorragia postparto en un 0.43% durante los años de estudio.

RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones que incluyan otros factores no observados en este estudio con mayor población para obtener mayor validez en la determinación culminación de parto.
- Se sugiere disminuir los partos por cesárea para elevar el número de mujeres que tengan parto por vía vaginal.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. WHO. [citado 27 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
2. Acog the American Collage of Obstetricians and Gynecologists.pdf [Internet]. [Citado 27 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.acog.org/~media/716AB158CF674725BFCDF02D85C89C23.pdf>
3. Javier Hernández Pérez, Eduardo Mir Ramos, Ruth Peinado Berzosa, Laura Villalba Cubero, Teresa Jiménez Julvez, Factores asociados con éxito de parto vaginal en mujeres con cesárea previa. Estudio transversal descriptivo | NURE Investigación. 14(89) Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1115>
4. Karim Pardo Ruiz, Lidia Mendoza Lara, Celia Oviedo Rodriguez, William Anchiraico Agudo. Boletín Estadístico de nacimientos Perú- 2016. [citado 27 de febrero de 2020]. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2365.pdf>
5. OPS/OMS Perú - La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamento necesaria [Internet] Lima 2015. [citado 27 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2943:la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=900
- 6 Sánchez Armanu Jose, Roche Martinez Emilia, Vigueras Nicolas Dolores, Peña Bas Encarnación, López Morales Rosario, Munárriz Alvares Luis. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area 1 de salud de la Región de Murcia 24. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4849595>
7. Protocols Medicina Fetal I Perinatal Servei de Medicina Maternofetal - lcgon - Hospital Clinic Barcelona - cesarea.pdf [Internet]. [citado 27 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>

8. El parto es Nuestro. Parto vaginal después de cesárea (PVDC) [blog] 29/01/2020 . Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/parto-vaginal-despues-de-cesarea-pvdc>
9. Oscar Montoya Perez Factores predisponentes - Diccionario Jurídico [Internet]. [citado 5 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://diccionariojuridico.mx/definicion/factores-predisponentes/>
10. Márquez Loarte, Claudia Ruth. “Características en gestantes con desgarro perineal durante el parto en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016” Lima: 2018 Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1390/TITULO%20%20%20M%C3%A1rquez%20Loarte%2C%20Claudia%20Ruth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Definición Intervalo intergenésico [Internet]. [citado 6 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_3/elem_1840/definicion.html
12. Ojeda, R, Ángel, K., Rodríguez, E. y Anduaza, G Período intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acanceh, Yucatán, México. Revista_Ciencias_de_la_Salud_Septiembre 2016 Vol.3 No.8 38-42. Disponible en: http://ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias_de_la_Salud/vol3num8/Revista_Ciencias_de_la_Salud_V3_N8_5.pdf
13. Denisse Lorena Sepúlveda Mendoza, Marisol Galván Caudillo, Gonzalo Andrés Soto Fuenzalida, Daniel Humberto Méndez Lozano, Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea . Ginecol Obstet Mex 2015;83:743-749. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom1512b.pdf>
14. Javier Hernández Pérez, Eduardo Mir Ramos, Ruth Peinado Berzosa, Laura Villalba Cubero, Teresa Giménez Júlvez, Esther Azón López. Factores asociados con éxito de parto vaginal en mujeres con cesárea previa. Estudio transversal descriptivo | NURE Investigación [Internet]. [citado 28 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1115>
15. Ortega C, Hernán D. Factores asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gineco

Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período junio 2016 – junio 2017. 2017 [citado 25 de enero de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/14336>

16. Mario Diego Robles Espinoza. Porcentaje de éxito de parto vaginal en pacientes con cesárea previa utilizando la escala VBAC. Mexico 2018. https://www.researchgate.net/publication/329588962_PORCENTAJE_DE_EXITO_DE_PARTO_VAGINAL_EN_PACIENTES_CON_CESAREA_PREVIA_UTILIZANDO_LA_ESCALA_VBAC

17. Melissa Pérez Olaza. Riesgo Materno Perinatal del Parto Vaginal Versus Cesárea en gestantes con cesárea previa Lima-Perú 2015. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/1853/perez_om.pdf;jsessionid=0D0E7CD1F79807DD836037ECC14E0904?sequence=1

18. Luis Felipe Castillo Oliva. Factores predictores de Parto Vaginal en cesárea previa Lima 2017. [Citado 24 de enero de 2020]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/827/Factores_Castillo_Oliva_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Elda Ezpino Felipa Maternal - neonatal complications in patients with vaginal delivery after a previous caesarean section at the María Auxiliadora Hospital in 2016 [Internet]. [citado 31 de enero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1021>

20. Espinoza Ayala Lucia, Complicaciones del parto vaginal post cesarea versus cesarea iterativa, hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto, Supe, Barranca, 2016 - 2017 Anchash: 2019 Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNM_3974b642566a35052f3244a83558972d/Details

21. Chihuantito LAR. Factores Asociados de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el Hospital Antonio Lorena, Cusco, 2016-2019. Disponible: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/4021>

22. Diego Felipe Marca Ticona. 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 [citado 25 de enero de 2020]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3637/1534_2019_marca_ticona_df_facsc_medicina.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Flora Sosa Yujra, Parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea y complicaciones materno - perinatales en el Hospital Hipolito Unanue Tacna 2014-2015. Tacna-Perú 2018. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3416/88_2018_sosa_yujra_fv_facs_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Wendy Valderrama Sedrane. Vía de culminación de parto y factores favorables para un parto vaginal en gestantes con cesárea anterior que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Daniel Alcidez Carrion-Essalud Tacna-julio-diciembre 2016. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2365/1232_2017_valderrama_sedrane_wi_facs_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. American College of obstetricians and Gynecologists. Parto por Cesaria pdf [Internet]. [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.acog.org/~media/152B7C519659498C9EC313AB594B4F65.pdf>
26. American College of obstetricians and Gynecologists. Parto vaginal después de una cesarea - ACOG [Internet]. [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Parto-vaginal-despues-de-un-parto-cesarea?IsMobileSet=false>
27. Emilio de Benito. Uno de cada cinco partos en el mundo ya es por cesárea. El País [Internet]. Madrid 12 de octubre de 2018 [citado 28 de enero de 2020]; Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2018/10/11/actualidad/1539273916_448777.html
28. Mitchell C. OPS/OMS | La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2015 [citado 28 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
29. Marlene Greenfield . Número de Partos por cesáreas por cada 1000 nacidos vivos 2017 [Internet]. Statista. [citado 28 de enero de 2020]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/636202/tasa-de-partos-por-cesarea-en-paises-seleccionados/>

30. Boletín Estadístico de Nacimiento Marzo 2012 - Marzo 2013. [citado 28 de enero de 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2365.pdf>
31. Sociedad Española de Ginecología y Obstetria - Edad Gestacional.pdf . [citado 17 de junio de 2020]. Disponible en: https://sego.es/mujeres/Calculo_edad_gestacional.pdf
32. Protocols Medicina Maternofetal. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu. Control gestacional en gestantes con cesarea anterior. | Universitat de Barcelona. [citado 17 de junio de 2020]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/Control%20gestacional%20en%20gestantes%20con%20cesarea%20anterior.pdf>
33. Guia de Practica Clinica. Instituto Mexicano del Seguro Social. Parto despues de una cesárea. gpc : IMSS-605-13 [citado 17 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/605GRR.pdf>
34. Quesnel C, Garcia B, Lopez M, Monzalbo D, Parto después de cesarea una opción segura. Ginecol Obstet Mex 2015;83: 69-87 [citado 16 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom152b.pdf>
35. Abraham Zavala García, Heidy Ortiz Reyes, Julie Salomon Kuri, Carla Padilla Amigo, Raymundo Preciado Ruiz Periodo intergenésico: Revisión de la literature [Internet]. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.83 no.1 Santiago feb. 2018 [citado 29 de enero de 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052#B1
36. Cuero-Vidal OL. Parto Vaginal despues de una cesárea previa ,Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia). cohort study of vaginal birth following prior cesarean section in the San Juan de Dios hospital, Cali, Colombia. :7. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n2/v62n2a05.pdf>
37. Vargas A, Levano J, Lazo M, Sabogal JJ. Vaginal delivery following cesarean section: application of admission to the hospital. :Rev peru ginecol obstet. 2013;59: 261-266 <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v59n4/a05v59n4.pdf>
38. Susana Aguilera P, Peter Soothill MD. Control Prenatal. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2014;25(6):880-6.

39. Aguilera R, Campos J, Fiameni F, Mezzabotta L, Parto Vaginal despues de una cesárea. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires 2019;35. http://sogiba.org.ar/images/Parto_Vaginal_despues_de_una_Cesarea_SO_GIBA%202019.pdf
40. Mercer BM, Gilbert S, Landon MB. Resultados laborales con el aumento de número de partos vaginales después de una cesárea. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 285-291. <file:///C:/Users/usuario/Downloads/212-675-1-PB.pdf>
41. Alfredo Uranga, Jorge Urman, Celia Lomuto, Inés Martínez, María Juliana Weisburd, Oscar García, Diana Galimberti Marta Queiruga. Guía de Atención de parto normal en maternidad centradas en la familia. : 129. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>
42. Stella Villarnea .¿Inicio espontáneo o inducción?. El Parto es Nuestro [Internet]. [citado 30 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/inicio-espontaneo-o-induccion>
43. Omar Queñas Garcia, Jesus Beltran Montoya, Pelvimetría | Manual de obstetricia y procedimientos medicoquirúrgicos | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [citado 30 de enero de 2020]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1756§ionid=121621732>
44. M.A. Herraiz. Valor de la pelvimetría-RM como predictor del éxito de la prueba de parto tras cesárea anterior por distocia. *Revista de ginecología, obstetricia y reproducción humana*, Vol. 64, N°. 1, 2007, págs. 1-22 [Internet]. [citado 30 de enero de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2261516>
45. Lidia Mendoza Lara, Rollin Cruz Malpartida, Luis Valeriano Arteaga, Patricia Vásquez, Aldo Balta Vilca, Carmen Valcarcel P. Felipe Velasquez V. Luisa Contreras A. Soledad Blanco P. Marco Bardales E. Walter Galarza G . Guía para la atención de parto. [citado 4 de marzo de 2020]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1135_OEI243.pdf

46. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. An Sist Sanit Navar. 2009; 32:159-67. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=66272009000200014
47. Bruzoni M, Hemorrhagic postpartum. Lucile Packard- Stanford Children's Health. Web. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=postpartumhemorrhage-90-P05596>

ANEXOS



UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Esta ficha será utilizada para la recolección de datos del trabajo de *investigación* “Factores predisponentes a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 – 2019” esta información recolectada será utilizada de manera adecuada y respetando la privacidad de la paciente evaluada.

DATOS GENERALES		Historia clínica N°
EDAD		EDAD GESTACIONAL
<input type="checkbox"/> < a 35 años	<input type="checkbox"/> < a 40 semanas	
<input type="checkbox"/> ≥ a 35 años	<input type="checkbox"/> ≥ a 40 semanas	
ANTECEDENTES DE LA MADRE		
Antecedente de parto vaginal después de una cesárea		Período intergenésico
<input type="checkbox"/> 1 – 2 partos vaginales	<input type="checkbox"/> 2 – 5 años	
<input type="checkbox"/> 3 parto vaginales	<input type="checkbox"/> ≥ 5 años	
Número de partos		Controles prenatales
<input type="checkbox"/> primípara	<input type="checkbox"/> < 6 CPN (inadecuado)	
<input type="checkbox"/> múltipara	<input type="checkbox"/> ≥ 6 CPN (adecuado)	
FACTORES PERINATALES		
Parto espontaneo	Dilatación cervical	Peso del RN
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> < a 4 cm	<input type="checkbox"/> 2500 a 4000 gr
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ≥ 4 cm	<input type="checkbox"/> > 4000 gr
COMPLICACIONES		
<input type="checkbox"/> Ruptura uterina <input type="checkbox"/> Hemorragia postparto <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguna		

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y MÉTODO DE DISTANCIA DE PUNTO MEDIO

INSTRUCCIONES

“El presente documento, tiene como objetivo recoger información útil de personas

Especializadas acerca del tema: “FACTORES PREDISPONENTES A PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA PREVIA, EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017 – 2019” para dar validez, construcción y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio”.

Se solicita a los expertos que marquen con un aspa (X) en la escala de valoración que se acompaña debajo de la interrogante según su opinión que le merezca la ficha de recolección de datos que se compone de 11 ítems que será el instrumento de evaluación y recolección de datos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1. Representa ausencia de elementos que absuelvan los ítems planteados.
2. Representa una absolución escasa de los ítems planteados.
3. Representa una absolución de la interrogante en términos intermedios de los ítems planteados.
4. Representa una apreciación satisfactoria con el ítem planteado en cuanto a redacción, pertinencia con los objetivos planteados y claridad del ítem de manera independiente.
5. Representa una apreciación muy satisfactoria con el ítem planteado en cuanto a redacción, pertinencia con los objetivos planteados y claridad del ítem de manera independiente.

PRUEBA A EXPERTOS:

“FACTORES PREDISPONENTES A PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA PREVIA, EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017 – 2019”

“Marque con un aspa (x) en la escala de valoración que se muestra debajo de la interrogante, según que le merezca vuestra opinión al instrumento de investigación”.

1.- Cree usted que los datos solicitados en la ficha de recolección, son los necesarios para el trabajo de investigación.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- ¿Considera usted que la cantidad de datos registrados en esta ficha son suficientes para tener comprensión del tema en estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.- ¿Cree usted que los datos contenidos en este instrumento son una muestra representativa del tema en estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.- ¿Considera usted que si aplicáramos en reiteradas oportunidades este instrumento nos facilitará continuar con estudios similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.- ¿Cree usted que los conceptos utilizados en esta ficha son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.- ¿Considera usted que todos y cada una de los datos contenidos en esta ficha tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7.- Cree usted que el lenguaje utilizado en esta ficha es clara y sencilla, no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8.- ¿Considera usted que la estructura de la presente ficha es adecuada al tipo de paciente a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.- ¿Considera usted que las factores a recolectar son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Agradezco su colaboración

PRUEBA A EXPERTOS:

"FACTORES PREDISPONENTES A PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA PREVIA, EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017 – 2019"

"Marque con un aspa (x) en la escala de valoración que se muestra debajo de la interrogante, según que le merezca vuestra opinión al instrumento de investigación".

1.- Cree usted que los datos solicitados en la ficha de recolección, son los necesarios para el trabajo de investigación.

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

2.- ¿Considera usted que la cantidad de datos registrados en esta ficha son suficientes para tener comprensión del tema en estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

3.- ¿Cree usted que los datos contenidos en este instrumento son una muestra representativa del tema en estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

4.- ¿Considera usted que si aplicáramos en reiteradas oportunidades este instrumento nos facilitará continuar con estudios similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

5.- ¿Cree usted que los conceptos utilizados en esta ficha son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

6.- ¿Considera usted que todos y cada una de los datos contenidos en esta ficha tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

7.- Cree usted que el lenguaje utilizado en esta ficha es clara y sencilla, no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

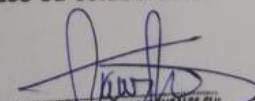
8.- ¿Considera usted que la estructura de la presente ficha es adecuada al tipo de paciente a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

9.- ¿Considera usted que las factores a recolectar son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

Agradezco su colaboración


MED. FREDY BERMÚDEZ MATEO GONZALES C.U.
C.M.P.: 201602
Médico Especialista Gineco-Obstetra
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

PRUEBA A EXPERTOS:

"FACTORES PREDISPONENTES A PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA PREVIA, EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017 – 2019"

"Marque con un aspa (x) en la escala de valoración que se muestra debajo de la interrogante, según que le merezca vuestra opinión al instrumento de investigación".

1.- Cree usted que los datos solicitados en la ficha de recolección, son los necesarios para el trabajo de investigación.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- ¿Considera usted que la cantidad de datos registrados en esta ficha son suficientes para tener comprensión del tema en estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.- ¿Cree usted que los datos contenidos en este instrumento son una muestra representativa del tema en estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.- ¿Considera usted que si aplicáramos en reiteradas oportunidades este instrumento nos facilitará continuar con estudios similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.- ¿Cree usted que los conceptos utilizados en esta ficha son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6.- ¿Considera usted que todos y cada una de los datos contenidos en esta ficha tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7.- Cree usted que el lenguaje utilizado en esta ficha es clara y sencilla, no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8.- ¿Considera usted que la estructura de la presente ficha es adecuada al tipo de paciente a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9.- ¿Considera usted que los factores a recolectar son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Agradezco su colaboración


Jean A. Chávez Gil
Ginecólogo Obstetra
C.M.P. 44035 R.N.E. 34561

PRUEBA A EXPERTOS:

"FACTORES PREDISPONENTES A PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA PREVIA, EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017 – 2019"

"Marque con un aspa (x) en la escala de valoración que se muestra debajo de la interrogante, según que le merezca vuestra opinión al instrumento de investigación".

1.- Cree usted que los datos solicitados en la ficha de recolección, son los necesarios para el trabajo de investigación.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

2.- ¿Considera usted que la cantidad de datos registrados en esta ficha son suficientes para tener comprensión del tema en estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

3.- ¿Cree usted que los datos contenidos en este instrumento son una muestra representativa del tema en estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

4.- ¿Considera usted que si aplicáramos en reiteradas oportunidades este instrumento nos facilitará continuar con estudios similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

5.- ¿Cree usted que los conceptos utilizados en esta ficha son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

6.- ¿Considera usted que todos y cada una de los datos contenidos en esta ficha tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

7.- Cree usted que el lenguaje utilizado en esta ficha es clara y sencilla, no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

8.- ¿Considera usted que la estructura de la presente ficha es adecuada al tipo de paciente a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

9.- ¿Considera usted que los factores a recolectar son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

Agradezco su colaboración


Bernabé Forá Chura
C.M.P.: 574 - N.º: 26193 - 36312
Ginecología y Obstetricia
Médico Cirujano

ÍNDICE DE VALIDACIÓN

MÉTODO DE DISTANCIAS MÚLTIPLES (DOPP) CONCORDANCIA DE RESPUESTAS

ITEM	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	PROMEDIO POR ÍTEM	DIFERENCIA MAYOR VALOR - PROMEDIO	DISTANCIA DE PUNTOS MÚLTIPLES (DPP)	DIFERENCIA DEL MAYOR VALOR - 1	CÁLCULO D _{máx} (Distancia Máxima)
				a	b			e = d ²
1	4	5	4	4.33	0.67	0.44	4	16.00
2	4	5	5	4.67	0.33	0.11	4	16.00
3	4	5	5	4.67	0.33	0.11	4	16.00
4	4	5	5	4.67	0.33	0.11	4	16.00
5	4	4	5	4.33	0.67	0.44	3	9.00
6	4	5	5	4.67	0.33	0.11	4	16.00
7	5	5	5	5.00	0.00	0.00	4	16.00
8	5	5	5	5.00	0.00	0.00	4	16.00
9	4	5	4	4.33	0.67	0.44	4	16.00
TOTAL				41.67	SUMA	1.78		137.00
					RAÍZ CUADRADA	1.33		11.70

TAMAÑO DEL INTERVALO= D_{max}/5 =	11.70/5=	2.341
--	-----------------	--------------

RESPUESTA 1:

LA DISTANCIA DE PUNTOS MÚLTIPLES (DPP) es 4.437 y cae dentro del Intervalo B

NUEVA ESCALA	INTERVALO	SIGNIFICADO
0.000 -2.218	A	Adecuación total
2.219 -4.437	B	Adecuación en gran medida
4.438 -6.656	C	Adecuación promedio
6.657 -8.875	D	Adecuación escasa
8.876 -11.094	E	Inadecuación



RESPUESTA

2:

OPERACIÓN MATEMÁTICA PARA DETERMINAR EL NIVEL DE %

Fórmula para el el cálculo del Índice de Validación

$$\text{Índice de Validación} = IV = \frac{(\sum x)}{3ni}$$

41.67 SUMATORIA PROMEDIO ITEM
9 NUMERO ITEMS

Índice de Validación = 4.63

NUEVA ESCALA	INTERVALO	SIGNIFICADO
0.00 -1.00	A	No aplicable
1.01 - 2.00	B	Deficiente
2.01 -3.00	C	Regular
3.01 - 4.00	D	Bueno
4.01 - 5.00	E	Muy bueno



RESPUESTA DE EXPERTOS MEDIDO CON EL COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH, INTERPRETADA EN LA SIGUIENTE ESCALA DE VALORACION

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right)$$

-1 a 0	No valido
0.01 – 0.49	Baja validez
0.50 – 0.69	Moderada validez
0.70 – 0.89	Alta validez
0.90 – 1	Muy alta validez

RESULTADOS

	item1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	TOTAL
EXPERTO 1	4	4	4	4	4	4	5	5	4	38
EXPERTO 2	5	5	5	5	4	5	5	5	5	44
EXPERTO 3	4	5	5	5	5	5	5	5	4	43
VARIANZA	0.222	0.222	0.222	0.222	0.222	0.222	0	0	0.222	

α (alfa)	0.870967742
k (número de items	9
Vi(varianza de cada iitem)	1.555555556
Vt(varianza total)	6.888888889

-1 a 0	No valido
0.01 – 0.49	Baja validez
0.50 – 0.69	Moderada validez
0.70 – 0.89	Alta validez
0.90 – 1	Muy alta validez

ANEXO I Proporción porcentual de término de parto de mujeres con una cesárea previa (PVDC y cesárea).

Frecuencia			
Porcentaje			
Pct fila			
Pct col	P. Vaginal	cesárea	Total
<hr/>			
2019	90	166	256
	11.44	21.09	32.53
	35.16	64.84	
	38.46	30.02	
<hr/>			
2018	75	203	278
	9.53	25.79	35.32
	26.98	73.02	
	32.05	36.71	
<hr/>			
2017	69	184	253
	8.77	23.38	32.15
	27.27	72.73	
	29.73	33.27	
<hr/>			
Total	553	234	787
	70.27	29.73	100.00

ANEXO II Proporción porcentual de edad en mujeres con una cesárea.

Frecuencia			
Porcentaje			
Pct fila			
Pct col	Mayor a 35	menor a 35	Total
EXITOSO	36	198	234
	4.57	25.16	29.73
	15.38	84.62	
	25.35	30.70	
FALLIDO	106	447	553
	13.47	56.80	70.27
	19.17	80.83	
	74.65	69.30	
Total	142	645	787
	18.04	81.96	100.00

ANEXO III Proporción porcentual para edad gestacional en mujeres con una cesárea previa

Frecuencia			
Porcentaje			
Pct fila			
Pct col	≥ 40 semanas	37 – 39 semanas	Total
EXITOSO	62	172	234
	7.88	21.86	29.73
	26.50	73.50	
	28.31	30.28	
FALLIDO	157	396	553
	19.95	50.32	70.27
	28.39	71.61	
	71.69	69.72	
Total	219	568	787
	27.83	72.17	100.00

ANEXO IV Proporción para período intergenésico en mujeres con una cesárea previa intergenésico

Frecuencia			
Porcentaje			
Pct fila			
Pct col	> a 5 años	2- 5 años	Total
EXITOSO	109	125	234
	13.85	15.88	29.73
	46.58	53.42	
	31.41	28.41	
FALLIDO	238	315	553
	30.24	40.03	70.27
	43.04	56.96	
	68.59	71.59	
Total	347	440	787
	44.09	55.91	100.00

ANEXO V Proporción para antecedente de parto vaginal en mujeres con una cesárea previa.

Frecuencia			
Porcentaje			
Pct fila			
Pct col	> a 3 partos	1- 2 partos	Total
EXITOSO	34	66	100
	18.09	35.11	53.19
	34.00	66.00	
	47.89	56.41	
FALLIDO	238	315	88
	30.24	40.03	46.81
	43.04	56.96	
	68.59	71.59	
Total	71	117	787
	37.77	62.23	100.00

ANEXO VI Proporción para paridad en mujeres con una cesárea previa

Frecuencia			
Porcentaje			
Pct fila			
Pct col	múltipara	primípara	Total
EXITOSO	100	134	234
	12.71	17.03	29.73
	42.74	57.26	
	53.19	22.37	
FALLIDO	88	465	553
	11.18	59.09	70.27
	15.91	54.09	
	46.81	77.63	
Total	188	599	787
	23.89	76.11	100.00

ANEXO VII Proporción para control pre natal en mujeres con una cesárea previa.

Frecuencia			
Porcentaje			
Pct fila			
Pct col	> a 6 CPN	< a 6 CPN	Total
EXITOSO	120	114	234
	15.25	14.49	29.73
	51.28	48.72	
	23.08	42.70	
FALLIDO	400	153	553
	50.83	19.44	70.27
	72.33	27.67	
	76.92	57.30	
Total	520	267	787
	66.07	33.93	100.00

ANEXO VIII Proporción para inicio de parto espontáneo en mujeres con una cesárea previa.

Frecuencia			
Porcentaje			
Pct fila			
Pct col	NO	SI	Total
EXITOSO	0	234	234
	0	100	29.73
	0	100	
	0	100	
FALLIDO	2	551	553
	0.25	70.01	70.27
	0.36	99.64	
	7.41	72.50	
Total	2	787	787
	0.61	99.49	100.00

ANEXO IX Proporción para peso de recién nacido en mujeres con una cesárea previa.

Frecuencia			
Porcentaje			
Pct fila			
Pct col	> a 4000	< a 4000	Total
EXITOSO	25	209	234
	3.18	26.56	29.73
	10.68	89.32	
	16.45	32.91	
FALLIDO	127	426	553
	16.14	54.13	70.27
	22.97	77.03	
	83.55	67.09	
Total	152	635	787
	19.31	80.69	100.00

Anexo X Proporción para dilatación cervical en mujeres con una cesárea previa.

Frecuencia			
Porcentaje			
Pct fila			
Pct col	> a 4 cm	< a 4 cm	Total
EXITOSO	142	114	234
	18.04	14.49	29.73
	60.68	48.72	
	88.20	42.70	
FALLIDO	19	534	553
	2.41	67.85	70.27
	3.44	96.56	
	11.80	85.30	
Total	161	626	787
	20.46	79.54	100.00