

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

**“FACTORES MATERNOS PERINATALES QUE FAVORECEN EL PARTO
VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESÁREA ANTERIOR
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2017 - 2020”**

PRESENTADO POR:

TESISTAS: MOLINA LÓPEZ, Yanet
QUINTANILLA HUASHUAYO, Hilda Diana

ASESORA: Mg. VEGA GUEVARA, Rosa María

AYACUCHO - PERÚ

2021

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por suplirme de fuerza, vitalidad y socorro a lo largo de mi vida y a superar cada obstáculo en cada paso durante mi formación profesional.

Con mucho cariño, amor e infinitos agradecimientos a mis queridos padres Cesarea y Antonio por su apoyo incondicional, esmerada comprensión y ánimos para conseguir cada objetivo propuesto durante todo el proceso de mi formación académica.

A mis hermanos por ser mi soporte en los momentos difíciles, por las motivaciones constantes y consejos para el logro de mis metas trazadas.

MOLINA LOPEZ, Yanet

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, amor, esperanza e iluminar los pasos que día a día sigo para alcanzar mis sueños y me da fortaleza para superar las dificultades a lo largo de mi formación académica. Con infinito amor a mis queridos padres Visitacion y Néstor, mi eterna gratitud por sus invaluable sacrificios incondicionales guías siempre de mi carrera sobre todo por creer en mi porque todo lo que soy se lo debo a ellos.

A mis queridos hermanos que me apoyaron con sus consejos, comprensión y apoyo incondicional me acompañaron en mis momentos buenos y malos.

QUINTANILLA HUASHUAYO, Hilda Diana

AGRADECIMIENTO

Nuestro más profundo y sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga nuestra alma mater, por habernos acogido en sus aulas durante nuestros años de estudios y por brindarnos la oportunidad de formarnos en esta noble, prestigiosa y humana profesión.

A la facultad de ciencia de la salud por apoyarnos en los procesos documentarios para realizar esta investigación.

A la Escuela Profesional de Obstetricia, por ser forjadora de grandes profesionales competentes y también a su plana de docentes por brindarnos conocimientos y motivaciones a lo largo de nuestra formación profesional.

Nuestro eterno agradecimiento y reconocimiento a la Mg. Vega Guevara, Rosa María por su asesoría, aportes y sugerencias durante el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Asimismo, nuestro agradecimiento y gratitud a los personales del Hospital Regional de Ayacucho por su gran apoyo brindado durante la ejecución del presente trabajo de investigación.

Un agradecimiento especial a nuestros familiares y amigos por su comprensión y ánimos que nos brindaron para seguir adelante hasta concluir nuestra carrera profesional.

MUCHAS GRACIAS

ÍNDICE

ÍNDICE.....	5
INTRODUCCIÓN	8

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	11
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.4. OBJETIVOS.....	17

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES	18
2.2 BASE TEÓRICA CIENTÍFICA.....	28
CESÁREA.....	28
Tipos de cesárea.....	28
Indicaciones de cesárea	28
Complicaciones de cesárea	30
PARTO VAGINAL POST CESAREA	30
Incidencia de parto vaginal después de una cesárea anterior	31
Factores maternos perinatales a tener en cuenta para seleccionar un parto vaginal después de una cesárea anterior.....	31
Características sociodemográficas en pacientes de parto vaginal con cesárea anterior	33

Características obstétricas en pacientes de parto vaginal con cesárea anterior.....	33
Elección de la vía del parto en pacientes con cesárea anterior	34
Contraindicaciones para la prueba de trabajo de parto post cesárea	34
Manejo del trabajo de parto vaginal en pacientes con cesárea anterior	35
Complicaciones del parto vaginal después de una cesárea anterior	36
Beneficios del parto vaginal después de una cesárea anterior	37
2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TERMINOS	38
2.4 HIPÓTESIS.....	40
2.5 VARIABLES	41

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.2 ENFOQUE DE ESTUDIO	42
3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	42
3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA	42
3.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
3.8 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
3.9 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS	44

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	72

INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que se practica con el fin de disminuir la morbimortalidad materna, neonatal y perinatal, en situaciones donde se complica el parto vaginal o que requieran finalizar prontamente la gestación (1). Sin embargo, la misma intervención quirúrgica no está libre de complicaciones y los efectos adversos de la anestesia pueden producir alteraciones en la madre y en el niño. En el mundo el riesgo de muerte materna en mujeres que se sometieron a cesárea fue de 7 a 6 por 1000 procedimientos, la mayor carga se registró en África subsahariana y países latinoamericanos. Una cuarta parte de todas las mujeres que murieron en países de ingresos bajos y medianos se habían sometido a una cesárea (2). Es de vasto conocimiento que el peligro de muerte de una gestante durante la operación es seis veces más en comparación con el parto vaginal (3). En la actualidad es una de las intervenciones más frecuentes a nivel mundial, la mayoría de las veces realizada sin indicación clara.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere que la tasa de frecuencia de la cesárea no debería sobrepasar 10 a 15% de la totalidad de los partos además de ser éste un indicador óptimo de buena administración hospitalaria. Sin embargo, notoriamente en la actualidad esta cifra se va incrementándose de sobremanera en muchos países del mundo a pesar de que la práctica de una cesárea innecesaria no tiene ningún beneficio evidenciado (4).

Según ENDES 2020, el porcentaje de nacimientos por cesárea fue del 36,3%, porcentaje que en los últimos cinco años (2015-2020) se incrementó en 4,7 puntos porcentuales (5). La causa del incremento irracional de las cesáreas es múltiple y tiende a tener varias explicaciones, pese a ello hay dos posibles respuestas que podría aclarar esta situación: La programación por los especialistas para garantizar un parto rápido y así planificarse con anterioridad al parto y el requerimiento propio de la gestante en culminar su parto sin dolor (6).

La alta o baja frecuencia de cesáreas en los hospitales podemos deducir a una población que acude con distintas características, al predominio de la patología, a la gestión y administración propia de los hospitales y a la calidad de sus personales de salud. Si hacemos una proyección hacia los próximos años en los diferentes hospitales del Perú resultaría inquietante por el incremento de la tasa de cesárea, realidad muy semejante con lo que ocurre en la mayoría de los países.

Barrena, N. en Perú 2020, en su artículo publicado sobre “Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima” halló una frecuencia de cesáreas de 50,2%, siendo la indicación más frecuente una cesárea previa, resultados que superan la tasa establecida por la OMS, pese a la recomendación sugerida de que una paciente con antecedente de cesárea anterior puede tener un parto vaginal exitoso (7).

Así podemos indicar que hoy en día uno de los puntos de polémica más importantes en el campo obstétrico es la atención a seguir de una paciente post cesareada frente a un nuevo embarazo ello atribuido a la suma de complicaciones y riesgos maternos con la cesárea repetida y por el otro la garantía de lograr un parto vaginal exitoso, no se debería restringir la posibilidad de permitir un proceso de labor de parto vaginal seguro en mujeres con antecedentes de cesárea así como lo recomiendan las diversas organizaciones de salud cumpliendo con seleccionar de forma adecuada y oportuna a las

pacientes, de esta manera incrementando la posibilidad del éxito de parto vaginal por ende reduciendo el riesgo de rotura uterina a menos del 1% (1)(8).

En este contexto el presente trabajo de investigación tuvo como objetivo conocer los factores maternos perinatales que favorecen el parto vaginal en mujeres con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. 2017 - 2020, estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico de caso control, encontrando así una incidencia de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior de 4.2% y como factores maternos que favorecen el parto vaginal, el grado de dilatación mayor o igual a 4cm al momento de la hospitalización (OR:15,08 y $p=0,000$), periodo intergenésico adecuado (OR: 2,43 y $p=0,003$), presentar inicio de trabajo de parto espontáneo (OR:2,18 y $p=0,000$), haber recibido atención prenatal (OR:1,79 y $p=0,032$) y la preparación psicoprofiláctica (OR: 1,48 y $p=0,048$) y entre los factores perinatales que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedente de Cesárea anterior son el perfil biofísico intraparto normal (OR:2,80 y $p=0,000$) y el peso fetal menor a 3500gr (OR: 1,56 y $p=0,040$).

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Durante muchos años surgió la controversia sobre cuál sería el manejo obstétrico a seguir en mujeres que tuvieron cesárea previa. Hoy en día la culminación de los embarazos es con mayor frecuencia por vía abdominal tanto en países desarrollados como en países en desarrollo generando un problema de salud pública a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud sugiere que la tasa de frecuencia de la cesárea no debe superar el 15% de la totalidad de los partos, otros países (países europeos) establecieron un margen del 20%; sin embargo, en la actualidad pese a lo acordado las cifras de las cesáreas superan al 30% en todos los continentes y en nuestro país supera al 50% aproximadamente (1).

En el año 2015 según la información estadística mundial de la “Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)”, los índices más altos lo obtuvieron en primer lugar con un 53.1% Turquía, seguido por México con un 46.8%, 32.2% en Estados Unidos y Chile con 32.2% (9).

En el Perú la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES)” informó que el predominio de cesáreas entre el año 2015 y 2020 se incrementó en 4,7 puntos porcentuales, la tasa aumentó considerablemente de 22,9% a 36,3%; así mismo,

el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) publicó que la tasa de cesárea para el año 2017 fue de 45,4% (5).

Sánchez M. reporta en el 2017 que la tercera indicación más común de cesáreas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud, es la cesárea anterior con un 11.2%(10).

El “Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia” informó debido a la tasa elevada de cesáreas que las pacientes cuyos partos anteriores terminaron en cesárea son aspirantes para someterse a prueba de trabajo de parto y parto vaginal; asimismo, la Organización Mundial de la Salud informa que no hay investigaciones determinantes que prueben que una cesárea anterior es indicador para que se repita nuevamente este procedimiento quirúrgico. La polémica sobre el manejo de estas pacientes existe por la variación en el porcentaje de gestantes que se someten a una prueba de parto que va desde el 28% al 82%, asimismo varía el porcentaje de la tasa de éxito que oscila entre el 49 a 87%(11).

África, Europa y Asia tuvieron una inclinación a que las mujeres post cesareadas se sometían a parto vaginal mientras Estados Unidos apostó por una cesárea electiva en estas mujeres (12).

En el año de 1950 aparecen los primeros trabajos de investigación sobre los partos después de una cesárea previa y desde el año 1970 el parto vaginal en pacientes con cesárea anterior comienza a considerarse solo en embarazos de bajo riesgo (13), ya en el año 1990 es conocido y aceptado por el “Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos” los partos por vía vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior (11). Desde ese año se plantea una serie de recomendaciones para la prueba de parto vaginal en este grupo de pacientes por ende la tasa de parto vaginal en mujeres que anteriormente tuvieron cesárea se elevó del 5% en el año 1985 al 28,3% en el año 1996, a la par se incrementó los datos sobre ruptura uterina, por ello en el año 2006 disminuye la tasa de parto

vaginal en mujeres post cesareadas al 8,5%, esto debido a una serie de investigaciones que manifestaron preocupación por su seguridad (14).

“Sepúlveda, D. en México 2015, reporta que el 60 a 80% de mujeres con cesárea anterior culminaron en parto vaginal y los factores que lo favorecieron fueron el trabajo de parto espontáneo, antecedente de parto por vía vaginal, peso fetal menor de 3800 gr y edad materna de 25 años.” Se describe también que los factores asociados para el fracaso de la labor de parto vaginal son generalmente el periodo de tiempo corto de un embarazo a otro y las comorbilidades maternas; por lo tanto, estos factores de riesgos han hecho que se planteen distintas herramientas para pronosticar la posibilidad de éxito de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa (15).

En investigaciones realizadas en el Perú como el estudiado por Santiesteban, Sánchez y Minaya reportan que hasta un 86% de las madres que fueron cesareadas pueden someterse a parto vaginal bajo las condiciones adecuadas y controladas (16). Reportándose una valoración de éxito para el parto por vía vaginal de 49% a 87% (10); por lo tanto, es una elección segura para casi todas las pacientes que tuvieron un parto por vía abdominal, en este grupo de paciente también se incluye a las mujeres que anteriormente tuvieron dos cesáreas repetidas (17).

Se recomienda que las mujeres que se someten a parto vaginal post cesárea a fin de evitar mayores complicaciones el personal médico debe de ofrecer de inmediato una cesárea de emergencia, pero es conocido que dicha decisión no se encuentra disponible en la mayoría de los casos; por otro lado, hay lineamientos donde se afirma que no deben emplearse políticas restrictivas para obligar a una mujer con cesárea previa a someterse nuevamente a cesárea contra su voluntad con lo cual se generan las cesáreas iterativas (18).

Se debe perseverar en la tendencia a la disminución de las altas tasas de cesárea, pero no debemos dejar de lado los criterios aceptados como seguros en la obstetricia moderna. El profesional obstetra debe establecer un diagnóstico

individual oportuno de cada mujer con antecedente de cesárea anterior que quiera someterse a parto vaginal de esta forma conocer mejor a cada una de las gestantes y solo así saber si realmente merece una prueba de parto vaginal o no, en el análisis debe incluir todo sobre la cesárea anterior: cuál fue la causa, que tipo de incisión le realizaron y que complicaciones tuvo en la recuperación después de la cesárea (12).

Hoy en día los nacimientos por vía vaginal en pacientes post cesareadas se estima como una opción positiva para el binomio (madre e hijo), ya que la mayoría de estudios reportan como único riesgo la ruptura uterina representado en menos del 1% de los casos por lo cual la preocupación disminuye por el mínimo de porcentaje obtenido (19). Se ha demostrado que la morbilidad materna es más elevadas en pacientes cuyo trabajo de parto vaginal fracasó por algún motivo y que conlleva a que el parto finalice en cesárea de emergencia, con respecto a la morbilidad y mortalidad neonatal no se han detectado diferencias relacionadas al parto vaginal y al parto por cesárea (14).

El parto vaginal post cesárea es seguro siempre y cuando las pacientes hayan sido seleccionadas de manera adecuada. En estas condiciones este grupo de pacientes nos ayudaran a reducir las altas tasas de cesárea asimismo disminuir las cesáreas iterativas no justificadas para lograr reducir la morbilidad y mortalidad materna perinatal. En la actualidad las investigaciones se enfocan en clasificar al grupo de pacientes que puedan aprovechar la atención del parto por vía vaginal posterior a una cesárea.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestra región las gestantes con antecedente de una cesárea anterior tienden a tener dudas en relación a la culminación de su embarazo en sus posteriores partos: intentar un parto vaginal o repetir la misma cesárea, y es que ambos procedimientos no están libres de riesgos ni la cesárea repetida ni el parto

vaginal; sin embargo, la morbilidad materna es mayor cuando fracasa la prueba de parto vaginal; así mismo, realizar una cesárea a repetición se relaciona con mayor riesgo de desencadenar una placenta acreta, lesiones vesicales, transfusiones sanguíneas, histerectomías y riesgos post operatorios. Situación que influye negativamente en la vida de las mujeres de nuestra región tanto física emocional y social.

La tasa de cesáreas en el Hospital Regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena durante el año 2018 fue de 48.75%, siendo en nulíparas el 33.38%; y en multíparas el 66.62%, cifras que superan la tasa recomendada por la Organización Mundial de la Salud (20) convirtiéndose así en un importante problema de salud en nuestra localidad.

Para el logro del parto vaginal en mujeres cesareadas además de los factores a estudiar se debe tener en cuenta perfiles sociodemográficas y características obstétricas; sin embargo, en nuestra región no existen estudios ni datos de calidad que identifiquen los factores que influyen en la culminación en parto vaginal en gestantes con cesárea anterior.

El Hospital Regional de Ayacucho es un importante centro de referencia por lo cual las pacientes con cesáreas anteriores llegan a la institución, sin embargo, a nivel del hospital no se dispone de información actualizada sobre los factores favorables al parto vaginal en este grupo de pacientes; por lo que nos planteamos el siguiente problema de investigación.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores maternos perinatales que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017 – 2020?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la incidencia de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017–2020?
- ¿Cuáles son los factores maternos que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017 – 2020?
- ¿Cuáles son los factores perinatales que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017 – 2020?
- ¿Cuáles son las características obstétricas y sociodemográficas de las pacientes con antecedentes de cesárea anterior que tuvieron parto vaginal?

1.4. OBJETIVOS

GENERAL

Conocer los factores maternos perinatales que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017 – 2020.

ESPECÍFICOS

- Determinar la incidencia de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017– 2020.
- Determinar si los factores maternos como la preparación psicoprofiláctica, periodo intergenésico, atención prenatal, inicio de trabajo de parto, grado de dilatación al momento de hospitalización y el estado de membranas al inicio del trabajo de parto, favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017– 2020.
- Determinar si los factores perinatales como peso fetal y perfil biofísico intraparto favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017– 2020.
- Describir las características obstétricas: edad gestacional, causa de cesárea anterior, comorbilidad materna, antecedente de parto vaginal antes o después de cesárea y el estado del recién nacido, de las pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017– 2020.
- Describir las características sociodemográficas: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia, de las pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017-2020.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Rodríguez, M. (Ecuador - 2011) “Prevalencia y factores predictores de parto vaginal post cesárea. Centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010.” **Objetivo:** Determinar la prevalencia y factores asociados al parto vaginal en gestantes con cesárea previa que acuden al hospital. **Metodología:** Es una investigación transversal en gestantes con cesárea previa entre los 19 y 35 años de edad de diciembre 2010 a mayo del 2011, obteniéndose una muestra de 346 pacientes con cesárea anterior. **Resultados:** El 47.4% culminaron en parto vaginal y 52.6% terminó en cesárea nuevamente. La indicación más frecuente para repetir nuevamente la cesárea fue por negativa de la paciente a someterse a parto vaginal 43.4%. El estado nutricional normal incrementa el logro del parto vaginal post cesárea y tener un antecedente de parto vaginal anterior aumenta la probabilidad en 1.94 veces (21).

Romero, J. (Ecuador - 2013) “Determinación de los factores favorables para un parto vaginal post cesárea en primigestas juveniles de 15 a 20 años en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel, septiembre de 2012 a febrero del 2013”. **Objetivo:** Demostrar que primigestas juveniles de 15 a 20 años con antecedentes de cesárea previa que cuentan con factores de pronóstico favorable pueden ser sometidas a un trabajo de parto y parto vaginal, el cual nos permita disminuir los índices de cesáreas innecesarias además de los riesgos del procedimiento mismo en estas mujeres mejorando las condiciones y hábitos de salud. **Metodología:**

Es una investigación descriptiva, retrospectiva, longitudinal no experimental. Universo: Representado por las adolescentes embarazadas de 15 a 20 años que tuvieron un parto vaginal exitoso de un total de 500 pacientes. Muestra: Fueron 20 adolescentes de 15 a 20 años de edad con antecedentes de cesárea previa que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Según el grupo de estudio el 60% corresponde a las edades de 19 a 20 años, el 40% entre los 17 a 18 años. El periodo intergenésico corresponde en un 60% más de 2 años y en un 40% entre 1 a 2 años. El 85% de los T/P fueron conducidos y el 15% fueron espontáneos. El 100% de las pacientes terminaron con una buena evolución del trabajo de parto y parto. El 15% presentó complicaciones que fueron resueltas, el 90% de los neonatos presentaron un Apgar mayor a 7 y el 90% de los recién nacido no presentaron ninguna complicación (22).

Ronquillo, I. (Ecuador - 2014) “Incidencia de parto vaginal en embarazo a término con antecedente de una cesárea previa, en el Hospital Verdi Cevallos Balda, estudio realizado en el periodo de octubre del 2013 hasta marzo del año 2014. **Objetivo:** Determinar el porcentaje del parto vaginal en embarazo a término con cesárea previa. **Metodología:** Se ejecutó una estadística descriptiva en base a porcentaje y frecuencia de todas las variables evaluadas y sus posibles combinaciones. **Resultados:** Se incluyeron 46 casos que cumplieron con los criterios del estudio que luego de analizarlos se obtuvo que las pacientes tuvieron 1-4 controles prenatales con el 87%; asimismo, un gran porcentaje de las gestantes que fueron sometidas a la prueba de parto vaginal con antecedentes de Cesárea fueron nulíparas con 45%, en cuanto a las complicaciones fueron el parto prolongado 2.2%; desgarro de cérvix 2.2%; alumbramiento incompleto 4.3% (23).

Sepúlveda, D. (México - 2015) “Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea en el Hospital Regional Materno-Infantil de Alta Especialidad en Guadalupe, Nuevo León, entre enero y diciembre de 2013.” **Objetivo:** Identificar los factores relacionados con el éxito del parto en gestantes con cesárea anterior. **Metodología:** Es un estudio de casos y controles donde se incluyeron pacientes con cesárea previa. Las variables se analizaron con un

modelo de regresión logístico para saber cuáles son esos factores que favorecen el parto vaginal. **Resultados:** Se registraron un total de 1,160 pacientes con cesárea previa. De los cuales 668 terminaron en cesáreas (grupo control) y 492 terminaron en parto vaginal (grupo de estudio). Se determinaron que los factores que favorecen al parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea anterior son: edad materna (25.1 ± 5.4 vs 24.7 ± 5.5 años), peso del neonato ($3,253 \pm 389$ vs $3,383 \pm 452$ g), antecedente de parto (49 vs 18.4%) e inicio espontáneo del trabajo de parto (90.8 vs 74.1%). **Conclusión:** Los factores como el trabajo de parto espontáneo, antecedente de parto vaginal, el peso fetal y la edad materna son factores que favorables a éxito del parto vaginal en gestantes con cesárea previa (15).

Segura, E. (Ecuador - 2015) “Incidencia de partos vaginales en mujeres con cesárea uterina previa ingresadas en la Maternidad Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel del 2014 a 2015”. **Objetivo:** Determinar la incidencia del parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea para dar un diagnóstico obstétrico eficiente. **Método:** La población estuvo conformada por 300 gestantes con cesárea previa, a partir de ellas la muestra fue representada por 68 pacientes que terminaron en parto vaginal, se realizó un estudio observacional de corte transversal. **Resultados:** Del total de mujeres con cesárea anterior, 232 fueron sometidas a una cesárea repetida y 68 que representan el 22.66% culminaron por vía vaginal. De las 68 embarazadas el mayor número de pacientes corresponde al 39.71% entre 21 a 25 años de edad y la edad gestacional con más de 37 semanas al 96% en mujeres de parto vaginal con antecedente de cicatriz uterina previa. **Conclusiones:** Nuestros resultados son congruentes con los encontrados en otros estudios y la causa que motivo la cesárea previa (24).

Paguay, D. (Ecuador - 2017) “Parto vaginal con antecedente de cesárea previa en el periodo de octubre del 2016 a marzo del 2017 en el Hospital de la Mujer Alfredo Paulson”. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del parto vaginal en cesareada anterior durante el periodo de octubre del 2016 a marzo del año 2017 y de sus riesgos maternos y neonatales. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal, prospectivo, de alcance descriptivo, no experimental. Se recogió

datos de las pacientes que al menos contaban con una cesárea previa para la atención del parto, se eligió 85 mujeres que cumplían con los criterios de inclusión. **Resultados:** La prevalencia de los partos vaginales entre las mujeres con cesáreas previas fue del 3%. La prevalencia de las complicaciones maternas fue del 29% siendo más a menudo el desgarro perineal de primer grado. La prevalencia de los riesgos neonatales fue del 31% siendo el más principal la aparición del líquido meconial. No hubo roturas uterinas, muertes maternas ni neonatales. **Conclusión:** La prevalencia de partos vaginales post- cesárea es baja al igual que las complicaciones maternas y neonatales (25).

Cervantes, D. (Ecuador - 2017) “Factores asociados con el éxito o fracaso del parto céfalo vaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período junio 2016 – junio 2017”. **Objetivo:** Conocer los factores asociados con el éxito o fracaso del parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea previa sometidas a trabajo de parto vaginal y calcular la tasa de éxito del parto vaginal. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio de casos y controles gestantes con antecedente de cesárea. **Resultados:** Se incluyeron a toda paciente embarazada con antecedente de cesárea anterior que se sometieron a trabajo de parto vaginal siendo un total de 163 pacientes, de las cuales 99 fueron pacientes con cesárea previa que terminaron en parto vaginal (grupo de estudio) y el 64 fueron pacientes con cesárea previa que terminaron en cesárea (grupo control), extrayéndose una tasa de 60.74% para el parto vaginal después de una cesárea, los factores que favorecen al éxito de parto vaginal fueron antecedente de parto vaginal OR: 2.9, dilatación cervical mayor o igual a 4 cm en el momento del ingreso OR: 3.96, los factores relacionados con fracaso de parto vaginal fueron, edad materna mayor de 35 años OR: 0.23, índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m² OR: 0.46, edad gestacional mayor a 41 semanas OR 10.13. No se tuvo diferencias estadísticas en relación a una patología asociada con la gestación, el sexo y peso neonatal, ni complicaciones. **Conclusiones:** Los factores como antecedente de parto vaginal y dilatación mayor o igual que 4cm están asociados a un éxito de parto

vaginal por lo tanto el parto vaginal en pacientes con cesárea previa es una terminación segura del embarazo (11).

Urquiza, Y. (Arequipa - 2014) “Frecuencia del parto vaginal en pacientes con cesárea previa y sus principales complicaciones materno perinatales en el Hospital III Goyeneche entre los años 2008 al 2013”. **Objetivo:** Identificar con qué frecuencia se lleva a cabo el parto vaginal en gestantes con cesárea anterior y determinar cuáles son los principales riesgos maternos perinatales. **Metodología:** Se incluyeron a pacientes con antecedente de cesárea previa que cumplieron con los criterios de inclusión resultando un total de 741 pacientes, de dicho grupo se escogió a 213 pacientes que culminaron su gestación en parto vaginal y se revisó sus complicaciones maternas y perinatales. Se recolecto los datos revisando las historias clínicas mediante fichas de recolección de datos. **Resultados:** De un total 741 gestantes con cesárea anterior, el 28.7% 213 casos presentaron parto vaginal. En cuanto a las complicaciones maternas se encontró: 4 casos de traumatismo perineal, 1 de endometritis, 1 con conducción de trabajo de parto y no se evidenció casos de rotura uterina, hemorragia postparto ni muerte materna. En cuanto a las complicaciones perinatales se encontró: 2 casos de sepsis neonatal, uno con APGAR <6 a los 5 min., 1 con asfixia perinatal, 3 muertes fetales, 1 óbito fetal, y ni uno con traumatismo neonatal. **Conclusión:** La frecuencia de parto vaginal es 28.7% Y las principales riesgos materno-perinatales son el traumatismo perineal y muerte fetal (26).

Liberato R. (Huancayo - 2015) “Parto vaginal después de una cesárea previa. Hospital “San Bartolomé” Lima (Perú) 2013”. **Objetivo:** Determinar la tasa de éxito y los factores favorables para un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior y comparar qué relación tienen estos factores en relación al parto actual. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Población: Son todas las gestantes con antecedente de cesárea, quienes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión resultando un total de 188 pacientes. La técnica fue la recolección de datos de las Historias Clínicas mediante las fichas de recolección, la comparación entre los factores fue mediante la prueba de T de Student. **Resultados:** La tasa de éxito del parto

vaginal fue el 68.6% y el 31,4% termino en cesárea. Se identificaron los siguientes factores favorables, trabajo de parto espontaneo el 72.6 % se presentaron en el parto vaginal y 27,4 % en cesárea, contracciones uterinas normales 74.7 % y 55.3 % respectivamente, membranas rotas al ingreso 78,6 % en parto vaginal y 33,1 % en cesárea, gestaciones mayores a 3,37 en parto vaginal, edad materna promedio de 30, 38 años terminaron en parto vaginal, y peso del recién nacido una media de 3414,65gr terminaron en parto vaginal. **Conclusión:** La tasa de éxito fue 68,6 % para el parto vaginal. Los factores favorables como contracciones uterinas normales, membranas rotas al ingreso, trabajo de parto espontaneo, Bishop mayor a 6, gestaciones mayores a 3, peso del neonato y edad materna son factores que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior. No se reportó complicaciones maternas como ruptura uterina (27).

Coaquira, B. (Tacna - 2017) “Caracterización de la gestante con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el Hospital Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015”. **Objetivo:** Determinar la caracterización de la paciente con cesárea previa atendida por parto vaginal. **Metodología:** Se realizó un diseño no experimental, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal; la información fue adquirida del Sistema Informático Perinatal (SIP). Se estudió 260 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** Las pacientes con antecedente de cesárea previa culminan con éxito en parto vaginal, no hubo complicaciones maternas; sin embargo, dentro de las complicaciones perinatales se encontraron 2 casos de muerte neonatal (0,8%) y el mismo número de asfixia neonatal; sin embargo se tuvo 3,5% casos de bajo peso al nacer y 2,7% casos de óbitos fetales; las pacientes que culminaron nuevamente en cesárea en la mayoría fue por desproporción Feto Pélvica seguida de cesareada anterior y sufrimiento fetal (28).

Castillo, L. (Lima - 2017) “Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa en gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Marino Molina Scippa – ESSALUD en el periodo julio 2014 – junio 2016”. **Objetivo:** Determinar los factores predictores que favorecen el parto vaginal en

gestantes a término con cesárea anterior, relacionar complicaciones maternas y resultados perinatales. **Metodología:** El diseño de la investigación es de tipo observacional, analítico, longitudinal, de cohorte retrospectivo, la muestra fue de 835 gestantes a término con cesárea previa que cumplían con los criterios de inclusión, se recogió datos clínicos y demográficos que se sometieron al análisis bivariado y multivariado. **Resultados:** El antecedente de 1 parto vaginal aumenta la posibilidad de parto vaginal con un RR=5.35, antecedente de 2 partos vaginales con un RR=5.99, antecedente de 3 partos vaginales o más con un RR=10.96, también como factor predictivo señala las membranas íntegras con un RR=2.50, edad gestacional de 41 semanas al momento del parto con un RR=3.02; asimismo, el peso fetal menor de 4000 gramos al momento del parto con un RR=3.21 y psicoprofilaxis con un RR=2.79. **Conclusión:** El tener antecedente de 3 o más partos vaginales es el factor asociado fundamental de parto vaginal en cesárea previa, seguido de 2 antecedentes de partos vaginales, 1 antecedente de parto vaginal, peso fetal menor de 4000gr al momento del parto, edad gestacional menor de 41 semanas, psicoprofilaxis y membranas íntegras al inicio de la labor de parto (29).

Velazco, P. (Tacna - 2018) “Complicaciones materno neonatales y su asociación con la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado-2017”. **Objetivo:** Determinar la relación entre las complicaciones materno neonatales y la finalización de la vía de parto de pacientes con cesárea anterior. **Método:** Es una investigación descriptiva, correlacional, retrospectiva y transversal. **Resultados:** Del total de gestantes con una cesárea anterior el 61,17% terminaron su embarazo en parto vaginal y el 38,83% nuevamente en cesárea. La principal causa de una nueva cesárea fue por sufrimiento fetal agudo 31,25%, seguido de trabajo de parto disfuncional 22,50%. Las principales complicaciones para las madres en el grupo de casos fueron el trauma perineal, alumbramiento incompleto y anemia; y en el grupo control fueron la endometritis, infección de herida operatoria, dehiscencia y anemia. La mayor complicación neonatal que se presentó fue la morbilidad respiratoria en un parto culminado en cesárea. **Conclusión:** Existe asociación

entre las complicaciones materno neonatales y la vía del parto presentes en estas pacientes ($p < 0,024$) (30).

Marca, D. (Lima - 2019) “Factores asociados con el éxito de prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo de enero a diciembre del 2017”.

Objetivo: Identificar los factores favorables al éxito del parto vaginal en gestantes sometidas a prueba de trabajo de parto con antecedente de cesárea previa.

Metodología: El diseño del estudio es de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal donde se incluyó a 825 pacientes con antecedente de una cesárea y sin contraindicaciones para parto vaginal. **Resultados:** La frecuencia de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa fue el 76,1%. Los factores favorables a parto vaginal son: IMC menor a 30 Kg/m², antecedente de parto vaginal después cesárea anterior, periodo intergenésico entre 2-4 años, mayor a 6 controles prenatales, dilatación cervical de 4cm o más al ingreso y no usar oxitócicos (31).

Rojas, L. (Cusco - 2019) “Factores asociados de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el Hospital Antonio Lorena, Cusco, 2016-2019”.

Objetivo: Determinar los factores asociados al parto vaginal en pacientes con cesárea previa.

Método: Es un estudio de tipo casos y controles en gestantes con antecedente de una cesárea previa que ingresaron tanto por consulta externa como por emergencia. **Resultados:** Se recolectaron datos de 202 historias clínicas de pacientes cuyas edades estaban comprendidas entre los 19 - 42 años,

el índice de cesárea en hospital fue de un 32.9%. Como factores predictores al éxito de parto vaginal se encontraron: la edad materna adecuada con un OR de 1.64, antecedente de parto vaginal previo OR de 3.74, multiparidad OR de 2.43,

el periodo intergenésico de 2 a 5 años con OR de 1.79 la dilatación cervical mayor a 4 con un OR de 2.29, el tipo de parto espontaneo con un OR de 1.65 y el peso del recién nacido entre 2500gr-4000gr con un OR de 2.98.

Conclusión: Los factores maternos como: La edad materna adecuada, parto vaginal previo, multiparidad, periodo intergenésico adecuado, más de 6 controles prenatales; asimismo, los factores del trabajo de parto como: dilatación cervical mayor a 4, tipo de parto espontaneo, y los factores en relación al feto como un peso entre

2500-4000 gramos son factores asociados al éxito del parto vaginal en una gestante con antecedente de una cesárea previa(32).

Ybaseta, G. (Ica - 2020) “Parto vaginal en gestantes con cesárea previa en un Hospital General de Perú Hospital Santa María del Socorro. Ica 2018”. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y las complicaciones más frecuentes tanto maternas como perinatales del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. **Metodología:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Se recolectaron datos de historias clínicas de gestantes a término y embarazo normal con antecedentes de cesárea sometidas a prueba de labor de parto y su finalización por vía vaginal o por cesárea. **Resultados:** Se estudió la información de 162 mujeres en trabajo de parto, 79% culminaron en parto vaginal y 21% en cesárea. Las características sociodemográficas que se presentaron fueron: Las edades entre los 20 y 30 años 80%, nivel de instrucción secundaria 62%, solteras 41%, empleadas 44% y proceden de zona rural 81%. Las complicaciones maternas fueron: la hemorragia post parto 5,4% en parto vaginal y 18% en cesárea repetida. El riesgo perinatal fue: el síndrome de distrés respiratorio (12).

Castañeda, B. (Huacho - 2020) “Características epidemiológicas y frecuencia de pacientes que llevan a cabo parto vaginal luego de una cesárea en el Hospital San Juan Bautista. Huaral 2016 – 2019”. **Objetivo:** Determinar cuáles son las características epidemiológicas de mujeres que culminan en parto vaginal después de una cesárea previa. **Método:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, y retrospectivo, diseño no experimental. Se revisaron 32 historias clínicas de pacientes que culminaron en parto vaginal con antecedente de cesárea y se registraron en la ficha de recolección de datos. **Resultados:** Las características epidemiológicas reportadas fueron: edad promedio 29,6 años, talla media 152 cm, proceden de la costa 78,1%, grado de instrucción secundaria 68,8%, ama de casa 65,5%, las características obstétricas fueron: edad gestacional en promedio de 37,9 semanas, tiempo del internamiento al parto fue de 4,78 horas, periodo intergenésico de 3,06 años, paridad 2,2, Puntaje de Bishop 6,56, No usaron oxitocina 93,8%, y las características del neonato fueron: peso 3172 gr, con peso adecuado 93,8%, sexo femenino 68,8%, Apgar al minuto 8 o

más 90,6%, Apgar a los cinco minutos 8 o más 96,9%, complicaciones del parto no presentaron 65,6%, presentaron laceración de 1° grado 31,3% (33).

2.2 BASE TEÓRICA CIENTÍFICA

CESÁREA

La operación cesárea es un procedimiento quirúrgico cuyo objetivo es extraer el feto y los anexos ovulares a partir de la semana 28 de gestación realizando una incisión en las paredes del abdomen y del útero (34) siendo las indicaciones más frecuentes el antecedente de cesárea, la desproporción cefalopélvica y el compromiso fetal (8).

En la mayoría de los países es más frecuente la práctica de este procedimiento, como se sabe los riesgos de la cesárea superan en gran manera a los riesgos del parto vaginal en relación al binomio (madre-hijo), pero los que mayor daño sufren con las consecuencias de esta intervención quirúrgica son los países menos desarrollados.

En el año 2014 la OMS llevo acabó una nueva reunión para la revisión sistemática de los estudios ecológicos disponibles, los expertos llegaron a una conclusión parecido al año 1985 donde afirmaron que si se supera la tasa recomendada de cesárea no se obtendría ningún beneficio materno perinatal; ratificando asimismo, a los países subdesarrollados que no cuentan con una adecuada infraestructura no realizar éste procedimiento ya que generaría complicaciones graves e inclusive causarles la muerte a la madre y a al hijo (35).

Tipos de cesárea

Según antecedente obstétrico de la paciente

Primaria: La cesárea que se realiza por primera vez.

Iterativa: La cesárea que se realiza después de una primera intervención (36).

Según indicaciones

Urgente: La cesárea se realiza cuando la vida de la madre o del feto está en peligro o en una etapa crítica (36).

Electiva: La cesárea es programada con anticipación para una fecha determinada por indicación del médico. Esta intervención se realiza antes que inicie el trabajo de parto (36).

Según técnica quirúrgica

Segmentaria

Transversal baja (Kerr): Se realiza con mayor frecuencia, el corte se lleva a cabo en la parte no contráctil de la matriz esto permite que la posibilidad de romperse el útero o generar dehiscencia en futuros embarazos disminuye al 0.7%, el beneficio de esta técnica hace que la cicatriz de la herida sea mucho más resistente y confiable por lo que a este grupo de pacientes en su mayoría se les da oportunidad para la labor de parto (31).

Vertical baja (Sellheim o Kröning): Se lleva a cabo en la cara anterior del útero cerca del fondo, en la porción activa y contráctil del útero por ende esta técnica interrumpirá en la extensibilidad y contractilidad durante el embarazo lo que conlleva a que el útero este más frágil provocando una ruptura uterina. Un tercio de las rupturas uterinas ocurre al inicio del trabajo de parto por lo que su riesgo aumenta en un 12%. Las pacientes que tienen este tipo de corte están contraindicadas para someterse a prueba de trabajo de parto (31).

Corporal

Clásica (Sanger): Es un corte longitudinal, en la cara anterior del útero, en la porción activa y contráctil, en consecuencia, tornándolo más frágil. El riesgo de rotura uterina es de 12% lo que conlleva a una contraindicación absoluta para la prueba de trabajo de parto (31).

Indicaciones de cesárea

Existen indicaciones para realizar la intervención y las causas pueden ser de origen materno o fetal, pero de criterios absolutos y relativos.

Absolutas: Dentro de las causas absolutas están aquellas morbilidades o/y comorbilidades propias del embarazo y del parto, la medicina ha demostrado que con estas patologías es imposible el parto vaginal y son altas las probabilidades de muerte materna o fetal. Dentro de estas causas están: el sufrimiento fetal, situación transversa, placenta previa total o parcial, antecedente de cirugía uterina, cardiopatía clase III y IV, hidrocefalia fetal, embarazo gemelar con el primer gemelo en pelviano, herpes genital activo, tumor que obstruye el canal del

parto, desprendimiento prematuro de placenta, infección materna con el virus de inmunodeficiencia humana, embarazo pretérmino con peso fetal menor a 1500 gr y desproporción feto pélvica (DCP) (31).

Relativas: Dentro de las causas relativas incluye aquellas patologías que necesitan una adecuada infraestructura, recursos humanos y buen equipamiento médico para un diagnóstico certero, si no se cuentan con éstos requisitos no se podrá garantizar un buen pronóstico de salud para la madre y el hijo durante la atención del parto (31).

Muñoz y Etal. en el 2011, en su investigación acerca de la indicación de cesárea muestra una enorme lista con 45 diagnósticos, que resumidos por orden de frecuencia menciona en primer lugar al monitoreo fetal alterado seguido de la cesárea previa, cuello uterino desfavorable, desprendimiento prematuro de placenta, desproporción céfalo pélvica, dilatación estacionaria y distocias (37).

Complicaciones de cesárea

La cesárea tiene complicaciones a pesar de que lo realizan personas bien capacitadas y preparadas, por ello al realizar doble cesárea en una paciente incrementan más los riesgos de las complicaciones como hemorragias, infecciones, necesidad de transfusión sanguínea y se podría ocasionar daños de órganos vecinos como la vejiga y los intestinos esto debido a las adherencias.

Estos riesgos dificultan los futuros embarazos ya que ocasionan la implantación anormal de la placenta (acretismo placentario, placenta previa), ruptura uterina y problemas en los neonatos principalmente la taquipnea transitoria del recién nacido (38).

PARTO VAGINAL POST CESÁREA

Proceso donde la mujer que anteriormente tuvo una cesárea se somete a un parto vaginal, (39) trayendo consigo grandes beneficios clínicos para la madre y niño por nacer, así como la disminución de las tasas de cesárea en los establecimientos de salud (34) .

Incidencia de parto vaginal después de una cesárea anterior

En su totalidad los estudios publicados han evidenciado que las mujeres sometidas al parto vaginal después de una cesárea anterior tienen una tasa de incidencia 60 a 90% (8), pero la más alta incidencia repercute en las mujeres que tuvieron un parto vaginal antes de la cesárea alcanzando un cifra de 87 a 90% (40). Por lo tanto, estas cifras coinciden con los encontrados en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima; donde el 65,3% de las mujeres tienen la posibilidad de tener un parto vaginal después de una cesárea (41). La Sociedad Española de *Ginecología* y Obstetricia determina que la tasa de parto vaginal en mujeres con antecedentes de Cesárea anterior superior al 40% es un indicador beneficioso para mejorar la salud de la población (42).

Factores maternos perinatales a tener en cuenta para seleccionar un parto vaginal después de una cesárea anterior (39)

Son factores que tienen una gran importancia para el éxito de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea y de esta manera conocer el manejo adecuado para este grupo de pacientes.

a) Perfil epidemiológico materno

Dentro de este factor esta la edad materna avanzada, el índice de masa corporal elevado (IMC), un ponderado fetal alto, la edad gestacional avanzada, un periodo intergenésico corto y la presión alta en el momento del parto influyen negativamente en el éxito del parto vaginal (8).

b) Antecedentes de la Intervención quirúrgica (Cesárea)

Número de cesáreas previas: Se debe escoger a las pacientes que solo tuvieron una cicatriz previa.

Motivo de la cesárea previa: Es importante que no se repita la causa que generó la cesárea anterior.

Condiciones operatorias: Debemos conocer los antecedentes de las complicaciones operatorias como infecciones, desgarros y traumas segmentarias.

Técnica de la histerotomía: Es de gran importancia registrar en la Historia Clínica el tipo de incisión que se realizó a la paciente en la cesárea anterior, esto ayudará a que la paciente se someta a parto vaginal.

Evolución operatoria en la cirugía anterior: Debemos conocer todos los antecedentes de la paciente, cómo fue su evolución post quirúrgica si tuvo complicaciones o no al momento de su recuperación.

Existencia de operaciones uterinas previas: Debemos averiguar si la paciente tuvo otras cirugías uterinas después de la cesárea, estas hacen que el medio uterino cambie.

Antecedente de partos vaginales antes o después de la cesárea: cuando el antecedente fue antes favorecerá en gran manera al parto vaginal ya que el periné y el canal del parto será blando y no rígido; no obstante, si el antecedente de parto vaginal fue después de la cesárea no garantizará la buena cicatrización de la cesárea (39).

c) **Embarazo actual con cesárea previa**

Periodo Intergenésico (PIG): Es el tiempo transcurrido entre el final del último embarazo y el inicio del embarazo actual, este tiempo debe ser mayor de dos años. Cuando el intervalo de tiempo es menor hay una elevada posibilidad de muchas complicaciones como la dehiscencia ya que la cicatriz uterina no está recuperada del todo, la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta entre otras complicaciones.

Necesidad de interrupción del embarazo actual: Se debe terminar con la gestación actual cuando existe alguna patología como diabetes, hipertensión arterial, ruptura prematura de membranas, pre eclampsia, infección, cuello no favorable, entre otras que ponen en riesgo la vida del binomio (madre e hijo).

Existencia de sobre distensión: Si existe sobre distensión esto provocara que el estiramiento disminuya la resistencia de la cicatriz uterina.

Tamaño del feto: El feto debe tener un tamaño y peso adecuado por el contrario los productos grandes generan mayor esfuerzo durante el trabajo de parto por ende hay mayor posibilidad de dehiscencia de la cicatriz.

Implantación de la placenta: La placenta debe estar insertada en el lugar adecuado del útero por el contrario si se inserta en el segmento inferior del útero genera problemas de cicatrización.

Presentación y posición fetal anómala: Si existen presentación y posiciones anormales son indicaciones absolutas de cesárea como presentación podálica, situación transversa entre otras.

RPM con infección: Cuando presentan este tipo de complicaciones lo más recomendable para terminar su embarazo es la vía vaginal por lo tanto no es una indicación absoluta para cesárea.

Feto muerto: Cuando se confirma una muerte intrauterina lo más recomendable es que ese embarazo terminé por vía vaginal previa inducción.

Embarazo a término: En esta etapa las condiciones de la madre y del feto están en un buen estado.

Características sociodemográficas en pacientes de parto vaginal con cesárea anterior

Las características sociodemográficas más importantes y resaltantes en diversos estudios para pacientes de parto vaginal con cesárea previas son:

- Edad materna.
- Grado de instrucción.
- Estado civil.
- Procedencia.
- Ocupación.

Características obstétricas en pacientes de parto vaginal con cesárea anterior

Las características obstétricas que se describieron e incrementaron la posibilidad de parto vaginal después de una cesárea anterior y se estudiaron en diferentes investigaciones fueron los siguientes:

- Edad gestacional.

- Causa de cesárea anterior.
- Comorbilidad materna.
- Antecedente de parto vaginal antes o después de cesárea.
- Estado del recién nacido.

Elección de la vía del parto en pacientes con cesárea anterior

- Durante el control prenatal oportunamente antes de las 36 semanas, se debe orientar y proporcionar información científica adecuada a las gestantes acerca de los beneficios y riesgos mínimos del parto vaginal tras una cesárea anterior, así como los riesgos de una nueva cesárea (39) .
- El consentimiento informado idealmente debe ser un documento escrito y utilizado en el plan de parto de la gestante con antecedente de cesárea anterior (39).
- En el control ecográfico entre las 36 y 38 semanas de gestación la medida del grosor del segmento uterino puede ser pronóstico de ruptura uterina (35).
- La gestación de una mujer con cesárea anterior cursa de manera similar a las gestantes sin ninguna cesárea.

Criterios de selección según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) para una prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior (8)

- Pelvis clínicamente adecuada.
- No tener otro tipo de cicatrices en el útero o antecedente de ruptura uterina.
- Equipo multidisciplinario disponible durante todo el trabajo de parto activo, capaces de intervenir en caso fracase la prueba de trabajo de parto y realizar una cesárea de emergencia.

Contraindicaciones para la prueba de trabajo de parto post cesárea

- Incisión clásica o en forma de T o cirugías extensas en el fondo uterino.
- Que continúe el diagnóstico de la cesárea anterior.
- Cuando la paciente se niega a intentar prueba de trabajo de parto.

- No hay equipo médico e infraestructura de calidad disponible como el quirófano, anesthesiólogo, neonatólogo y etc.
- Exista complicaciones obstétricas o contraindicaciones absolutas que no permitan parto vaginal como la placenta previa, retardo de crecimiento intrauterino, enfermedades cardiovasculares, etc.
- Mal pronóstico del estado del feto.

Manejo del trabajo de parto vaginal en pacientes con cesárea anterior

Cada hospital debe contar con un protocolo para el manejo de pacientes de parto vaginal con cesárea anterior. A pesar de la vasta información sobre el manejo de estas pacientes, existe relativamente poca referencia sobre la manera en cómo debe dirigirse el trabajo de parto (39).

La prueba de parto por vía vaginal en una mujer con antecedente de cesárea debe tener un seguimiento y monitoreo continuo con personal capacitado. Para mayor seguridad la atención del parto se debe realizar en un hospital que cuente con personal médico y equipos de obstetricia, anestesia, pediatría y sala quirúrgica. La prueba fallida del trabajo de parto se relaciona con una mayor incidencia de ruptura uterina, histerectomía, trauma quirúrgico, transfusiones e infecciones (43).

El parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea anterior es más seguro que la cesárea tanto para la madre como para el feto, cuando es un corte de tipo segmentaria transversal baja. El incentivar y promocionar el trabajo de parto en éste grupo de pacientes puede disminuir la incidencia total de cesáreas llegando en algunas instituciones inclusive a menos del 10% (44).

Recomendaciones:

- La paciente no debe presentar contraindicación para el parto vaginal.
- Preparar psicológicamente a la gestante.
- Vigilar estrecha y continuamente durante todo el trabajo de parto.
- Estar preparados ante una cesárea de emergencia: Vía canalizada con cánula Nº 18, exámenes de laboratorio completos bajo parámetros normales y equipo de transfusión sanguínea.

- El uso de analgesia epidural no se encuentra contraindicado durante el trabajo de parto en pacientes con cesárea previa.
- La conducción con la oxitocina no es una contraindicación para el manejo activo del trabajo de parto.
- Evacuar la vejiga.
- Realizar una amplia episiotomía para la apertura del canal.
- Nunca realizar presión abdominal.
- No llegar a tener un trabajo de parto prolongado ni disfuncional.
- Examinar terminado el parto la histerorrafia (si hay sangrado o dolor).
- Monitorizar y controlar adecuadamente el puerperio (39).

Complicaciones del parto vaginal después de una cesárea anterior

La ruptura uterina es el riesgo que más prevalece y es de 0,2% a 1.5% en gestantes que intentan el parto vaginal con una cesárea previa con incisión transversal en el segmento uterino inferior; sin embargo, el riesgo se incrementa cuando la incisión es clásica o en T a un 4% a 9%, se ha registrado en estudios que el riesgo de rotura uterina disminuye a medida que se produzca un parto vaginal exitoso. La muerte materna es una complicación muy rara en pacientes sometidas a prueba de trabajo de parto vaginal y en la práctica obstétrica actual no hay registros de aumentar el riesgo (45).

Según la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) en el consenso del 2019 en pruebas para embarazos con feto único a término y con presentación de vértice mencionan cinco resultados de complicaciones frecuentes (46) :

- Hemorragia materna.
- Prolongada hospitalización materna.
- Morbilidad respiratoria neonatal.
- Placenta previa o acreta.
- Rotura uterina a posterior.

Beneficios del parto vaginal después de una cesárea anterior

El informe científico de diversas organizaciones de salud indica la importancia y el trabajo que se han realizado en incentivar y promocionar la práctica del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior como medida para evitar el incremento desproporcional de la tasa de cesárea por causa de la cesárea previa y disminuir la morbimortalidad asociada a ella.

Un parto vaginal exitoso en una cesareada anterior es un pronóstico favorable para que la mujer pueda tener más partos vaginales a futuro y se asocian de forma anecdótica con menos depresión materna; además, es más probable que la lactancia materna tenga éxito ya que es más fácil para las madres adoptar la posición para lactar al no tener dolor de la herida operatoria. No hace falta recordar que también evitaría en esencia los riesgos exclusivos de una cesárea (31).

Asimismo, la estancia hospitalaria será menor, tendrá menor sangrado, menor probabilidad de infección, menos eventos tromboembólicos, así también en el momento del parto se produce grandes dosis de hormonas como las endorfinas, oxitocina, morfina y prolactina que reducen el dolor producido por las contracciones además de crear un vínculo afectivo muy fuerte con el recién nacido al momento de nacer.

El éxito del parto vaginal está en seleccionar oportuna y adecuadamente a los pacientes identificando los factores asociados que favorecen la posibilidad de parto vaginal en este grupo de mujeres.

2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TERMINOS

Parto vaginal en una cesareada anterior

Mujer que ha experimentado una cesárea anterior y opta por tener un parto vaginal en lugar de una cesárea repetida.

Factores maternos perinatales

Son características o atributos que presenta la gestante y se asocia con el parto vaginal.

Cesárea

Operación, terminación quirúrgica de la gestación por medio de la apertura quirúrgica del útero en caso de peligro para la madre y el neonato.

Peso fetal

Peso promedio del feto, en gramos, obtenido al momento del ingreso al servicio.

Perfil biofísico fetal intraparto

Examen para evaluar el bienestar fetal, por medio de la observación ecográfica la cual se refuerza en el estudio cardiotocográfico, realizado al momento del ingreso al servicio.

Preparación Psicoprofiláctica

Gestantes que recibieron más de 4 sesiones del programa Psicoprofilaxis Obstétrica.

Estado de Membranas

Integridad o rotura del saco amniótico al comienzo del trabajo de parto.

Inicio de Trabajo de parto

Gestante con contracciones uterinas que causa incorporación y dilatación paulatina del cuello uterino.

Periodo intergenésico

Tiempo transcurrido entre un parto y otro.

Atención prenatal

Paciente que recibe más de 4 atenciones prenatales.

Dilatación cervical al momento del ingreso

Dilatación del cérvix mayor o igual a 4 cm al momento del ingreso a la hospitalización.

Edad materna

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento, se expresa en años y se clasifica en: adolescente menor de 20 años, joven de 21 a 34 años y adulto mayor de 35 años (11).

Grado de instrucción

Nivel académico obtenido a la fecha actual. Se clasifica en: sin instrucción, primaria, secundaria, superior. Un grado de instrucción avanzado permite conocer mejor las complicaciones y beneficios de someterse a un parto vaginal (47).

Estado civil

Situación jurídica de la gestante.

Procedencia

Lugar de nacimiento u origen de la gestante, se clasifica en: Urbano (circunscrita a la ciudad), urbano marginal (barrios alejados), rural (sectores apartados de la ciudad) (48).

Ocupación

Trabajo en el que se desempeña con regularidad previo al parto (33).

Edad gestacional

Tiempo de gestación en semanas desde la última menstruación hasta la fecha.

Causa de cesárea anterior

Diagnóstico Gineco obstétrico motivo de la cesárea previa.

Comorbilidad materna

Patología materna preexistente como diabetes, hipertensión, alergias etc. que influye en la vía de culminación del parto.

Antecedente de parto vaginal antes o después de cesárea

Número de partos vaginales previos de la paciente a quien se le practicó una cesárea. El antecedente de parto vaginal incrementa la probabilidad de éxito del parto vaginal después de una cesárea anterior (11).

Estado del recién nacido

Valoración del neonato sometido a prueba de parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea.

2.4 HIPÓTESIS

H1:

Los factores maternos perinatales como la preparación psicoprofiláctica, periodo intergenésico, atención prenatal, inicio de trabajo de parto espontáneo, grado de dilatación al momento de hospitalización, el estado de membranas al inicio del trabajo de parto, peso fetal y perfil biofísico fetal intraparto son factores que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017– 2020.

H0:

Los factores maternos perinatales como la preparación psicoprofiláctica, periodo intergenésico, atención prenatal, inicio de trabajo de parto espontáneo, grado de dilatación al momento de hospitalización, el estado de membranas al inicio del trabajo de parto, peso fetal y perfil biofísico fetal intraparto son factores que No favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017– 2020.

2.5 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores Maternos en pacientes con antecedente de cesárea anterior

- Preparación Psicoprofiláctica.
- Periodo intergenésico.
- Atención prenatal.
- Inicio de trabajo de parto.
- Grado de dilatación al momento de hospitalización.
- Estado de membranas al inicio del trabajo de parto.

Factores Perinatales en pacientes con antecedentes de cesárea anterior

- Peso fetal.
- Perfil biofísico fetal intraparto.

VARIABLE DEPENDIENTE

Parto vaginal.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada.

3.2 ENFOQUE DE ESTUDIO

Cuantitativa.

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Analítico.

3.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, retrospectivo, de corte transversal, analítico de caso control.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población en estudio estuvo conformada por 428 Historias Clínicas de pacientes con antecedentes de cesárea anterior, cuyo parto se produjo en el Hospital Regional de Ayacucho durante los años 2017- 2020.

Muestra

Casos: 214 historias clínicas de pacientes con antecedentes de cesárea anterior, cuyo parto vaginal se produjo en el Hospital Regional de Ayacucho durante los años 2017- 2020.

Control: 214 historias clínicas de pacientes con antecedentes de cesárea anterior, cuyo parto por cesárea se produjo en el Hospital Regional de Ayacucho durante los años 2017- 2020.

Tipo de muestreo

No Probabilístico, por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Historias Clínicas completas de pacientes con antecedentes de cesárea previa, cuyo parto se produjo en el Hospital Regional de Ayacucho.
- Historias clínicas de pacientes cuyos partos se atendieron en el Hospital Regional de Ayacucho.
- Historias clínicas de pacientes con embarazo a término que culminaron por vía vaginal o por cesárea.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas de pacientes con antecedentes de cesárea previa, cuyo parto se produjo en el Hospital Regional de Ayacucho.
- Historias clínicas de pacientes cuyos partos no se atendieron en el Hospital Regional de Ayacucho.
- Historias clínicas de pacientes con embarazo pretérmino que culminaron por vía vaginal o por cesárea.

3.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Revisión documental

3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Historia clínica materno perinatal.

Ficha de registros de datos (anexo 01).

3.8 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó autorización al director del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” para realizar la ejecución del proyecto de investigación en el servicio de Ginec Obstetricia.

- Después de obtener el permiso, se procedió a la identificación de historias clínicas de las pacientes en estudio en el sistema informático perinatal (SIP) del Hospital Regional de Ayacucho.
- Identificada las historias clínicas se procedió a pedir autorización al jefe del servicio de estadística del Hospital regional Ayacucho con la finalidad de autorizarnos la entrada al área de archivos de historias clínicas y revisar las historias clínicas minuciosamente.
- Se revisó las historias clínicas, identificando las características sociodemográficas, obstétricas y los factores maternos perinatales.
- Se registró los datos obtenidos en las fichas de recolección de datos con todos los criterios mencionados.

3.9 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

- Los datos y la información requerida se codificó y registró para el control de calidad.
- Se procedió a registrar en el programa Microsoft Excel 2016 debidamente codificadas.
- El análisis es numérico, porcentual y estadístico mediante el programa de SPSS 25 para el procesamiento y el análisis entre variables a través de pruebas estadísticas de Chi cuadrado y Odds ratio.
- Los resultados se presentan en cuadros estadísticos en los cuales se relacionan las variables de estudio, relacionando la variable dependiente con la variable independiente

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 01. Incidencia de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017-2020.

Incidencia de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior 2017	4.1%
Incidencia de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior 2018	4.2%
Incidencia de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior 2019	4.1%
Incidencia de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior 2020	4.8%

Fuente: Revisión de Historia Clínicas HRA

En la tabla 1, se observa que la incidencia de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior fue mayor en el año 2020 con 4.8%, seguido del año 2018 con 4.2% y en los años 2017 y 2019 presento una incidencia de 4.1% respectivamente, teniendo una incidencia acumulada del cuatrienio de 4.2%.

Nuestros resultados de investigación se asemejan a los reportados por Paguay, D. en Guayaquil (25), donde reporta que, del total de 2303 pacientes con antecedente de cesárea previa, 87 gestantes culminaron el embarazo por vía vaginal reportando una incidencia de 3%.

Coaquira, B. (28) en Tacna, reporta que del total de 10363 partos 260 gestantes con antecedente de cesárea anterior culminaron en parto vaginal representando una tasa de incidencia 2,5%, igualmente, Romero, J.(22) revela que, del total de 500 partos, 20 pacientes presentaron antecedentes de cesárea previa y culminaron en parto vaginal reportando una incidencia de 4%.

Castañeda, B. (33) en su investigación, reporta resultados bajos con una tasa de incidencia de 0,51% (32 pacientes con antecedente de cesárea anterior que culminaron en parto vaginal respecto al total de partos de dicho periodo), resultados muy bajos en comparación a la investigación.

Castillo, L. (29) , reporta que del total de 835 pacientes, el 26.71% (223) tuvieron parto vaginal, asimismo, Segura, E. (24), reportan que de 300 gestantes con antecedente de cesárea previa, 68 gestantes culminaron en parto vaginal representando una incidencia de 22.66%, resultados relativamente altos a la presente investigación.

Por el contrario, el artículo publicado por Sepúlveda Denisse y et al. (15) en México refieren que de 1,160 pacientes, el 42% (492) de gestantes con antecedente de cesárea culminaron en parto vaginal; Cervantes, D. (11) reporta que, del total de 163 pacientes con antecedentes de cesárea anterior, 99 gestantes culminaron el parto por vía vaginal con una incidencia de 60,74% y Marca, D. (31) en su investigación revela que del total de 825 gestantes sometidas a prueba de parto, culminaron en parto vaginal 628 gestantes con una alta incidencia de 73,1%, estos resultados representan altas incidencias del parto vaginal en comparación con nuestra investigación.

Los resultados encontrados en la presente investigación nos muestran una incidencia muy baja de parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea en la región de Ayacucho (4.2%). Resultado impactante, reflejo de la práctica desenfrenada de las cesáreas en el interior de nuestro país.

Tabla 02. Factores maternos que favorecen al parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior Hospital Regional de Ayacucho, 2017-2020.

Factor	Casos	Controles	OR IC 95% (LI – LS)	P
Preparación psicoprofiláctica (Sí)	65,0% (139/ 214)	55,6 % (119/ 214)	1,48 (1,002 - 2,18)	0,048
Periodo intergenésico (Adecuado)	91,6% (196/ 214)	81,8% (175/ 214)	2,43 (1,34 - 4,40)	0,003
Atención prenatal (Sí)	88,3% (189/ 214)	80,8% (173/ 214)	1,79 (1,05 – 3,07)	0,032
Inicio de trabajo de parto (Espontáneo)	70,1% (150/ 214)	51,9% (111/ 214)	2,18 (1,46 - 3,23)	0,000
Grado de dilatación al momento de hospitalización (Mayor o igual de 4 cm)	89,3% (191/ 214)	35,5% (76/ 214)	15,08 (9,01 –25,24)	0,000
Estado de membranas al inicio del trabajo de parto (Íntegras)	81,8% (175/ 214)	85,5% (183/ 214)	0,76 (0,45 – 1,27)	0,296

Fuente: Revisión de Historia Clínicas HRA

En la tabla 2, podemos observar que en el grupo de casos (pacientes con antecedente de cesárea anterior y parto vaginal) el 89,3% (191) presentó un grado de dilatación mayor o igual de 4 cm al momento de la hospitalización, mientras que en el grupo control (pacientes con antecedente de cesárea anterior sin parto vaginal) sólo el 35,5%(76) presentó un grado de dilatación mayor o igual de 4 cm al momento de la hospitalización, los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado nos indica que existe asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$) entre grado de dilatación mayor o igual de 4 cm al momento de la hospitalización y el parto vaginal y según la prueba estadística OR la probabilidad

de presentar un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea es 15,08 (9,01 – 25,24) veces más cuando la paciente presenta un grado de dilatación mayor o igual de 4 cm al momento de la hospitalización, constituyendo un factor que favorece el parto vaginal.

Así mismo observamos que en el grupo de casos el 91,6% (196) presentó un periodo intergenésico adecuado, mientras que en el grupo control sólo el 81,8% (175) lo presentó, los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado nos indica que existe asociación estadísticamente significativa ($p=0,003$) entre periodo intergenésico adecuado y el parto vaginal y según la prueba estadística OR la probabilidad de presentar un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea es 2,43 (1,34 - 4,40) veces más cuando la paciente presenta un periodo intergenésico adecuado, constituyendo un factor que favorece el parto vaginal.

Seguidamente, en el grupo de casos el 70,1% (150) presentó inicio de trabajo de parto espontáneo, mientras que en el grupo control sólo el 51,9% (111) lo presentó, los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado nos indica que existe asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$) entre el Inicio de trabajo de parto espontáneo y el parto vaginal y según la prueba estadística OR la probabilidad de presentar un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea es 2,18 (1,46 - 3,23) veces más cuando la paciente presenta el inicio de trabajo de parto espontáneo, constituyendo un factor que favorece el parto vaginal.

Así mismo en el grupo de casos el 88,3% (189) recibió atención prenatal y el grupo control 80,8% (173) también recibió atención prenatal, sin embargo los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado nos indica que existe asociación estadísticamente significativa ($p=0,032$) entre recibir atención prenatal y el parto vaginal y según la prueba estadística OR la probabilidad de presentar un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea es 1,79 (1,05 – 3,07) veces más cuando la paciente recibe atención prenatal, constituyendo un factor que favorece el parto vaginal.

Finalmente observamos que en el grupo de casos el 65%(139) recibió preparación psicoprofiláctica, mientras que en el grupo control sólo el 55,6%(119) lo recibió, y los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado nos indica que existe asociación estadísticamente significativa ($p=0,04$) entre la preparación psicoprofiláctica y el parto vaginal y según la prueba estadística OR la probabilidad de presentar un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea es 1,48 (1,002-2,18) veces más cuando recibe preparación psicoprofiláctica, constituyendo un factor que favorece el parto vaginal.

Por otro lado, observamos que las membranas integras al momento del inicio de trabajo de parto no es reconocido como un factor que favorece el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea anterior por tener un $OR < 1$ (0,76), con un intervalo de confianza al 95% < 1 (0,45 – 1,27) y no tuvo significancia estadística ($P= 0,296$) con el parto vaginal.

En conclusión los factores maternos que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea anterior según el grado de asociación y prueba estadística OR son, el grado de dilatación mayor o igual a 4cm al momento de la hospitalización ($OR:15,08$ y $p=0,000$), presentar periodo intergenésico adecuado ($OR: 2,43$ y $p=0,003$); presentar inicio de trabajo de parto espontaneo ($OR:2,18$, $p=0,000$); haber recibido atención prenatal ($OR:1,79$, $p=0,032$) y preparación psicoprofiláctica ($OR: 1,48$ $p=0,048$).

Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Rojas, L. (32) quien reporta que la dilatación cervical mayor o igual a 4cm ($OR 2.29$ y $p = 0.016$) (81.2% de los casos); el tipo de parto espontaneo ($OR 1.65$ y $p = 0.031$) (95.0% de los casos); los controles prenatales mayores a 6 ($OR 1.60$ y $p = 0.005$) (88.1% de los casos); la psicoprofilaxis ($OR 1.55$ y $p = 0.001$) (54.5% de los casos) y el periodo intergenésico de 2-5 años ($OR 1.79$ y $p = 0.001$) (57.4% de los casos), son factores asociados a parto vaginal exitoso.

Marca, D. (31) en su investigación, reporta que los factores maternos clínico-obstétricos asociados al éxito de parto vaginal son el periodo intergenésico de 2 a 4 años ($OR 1,79$); la dilatación cervical al ingreso igual o mayor a 4 cm (OR ;

4.24), las gestantes con número de controles prenatales adecuados (OR 2,13) y las pacientes que no recibieron oxitócicos durante el trabajo de parto (OR 2,78), resultados que se asemejan a la investigación.

Cervantes, D. (11) en su investigación cuyo objetivo principal fue identificar los factores asociados con el éxito o fracaso del parto vaginal en pacientes con labor de parto y antecedente de cesárea, señala que los factores asociados con el éxito de parto vaginal también fueron la dilatación cervical mayor o igual a 4 cm en el momento del ingreso OR: 3.96 y $p=0.0001$.

Castañeda, B. (33) reporta que el 62,5% de pacientes con antecedente de cesárea anterior y parto vaginal presentó un periodo intergenésico mayor a 2 años; Coaquira, B. (28) reporta que el 45% presentó un periodo intergenésico de 5 años a más; Paguay, D. (25) reportó un 88.2% de pacientes con periodo intergenésico de 2 años o más, Ybaseta, G. (12) reporta un 80% de pacientes con periodo intergenésico de 2 a 4 años y Romero, J. (22) reportó un 60% con periodo intergenésico también mayor a 2 años; constituyendo así el periodo intergenésico adecuado un factor favorable para el parto vaginal, resultados similares a nuestra investigación.

El artículo publicado por Sepúlveda, D. (15) en México (2015) sobre los factores asociados con el éxito del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea se reportó como uno de los factores asociados el trabajo de parto espontáneo (OR: 3.68 y $p<0.05$) (90.8% de los casos); asimismo, Liberato, S. (27) reporta que los factores pronósticos para el parto vaginal después de una cesárea previa fue el trabajo de parto espontáneo (OR: 3.7 y $p=0,002$) (72.6% de los casos).

Castañeda, B. (33) también reporta que el 93.8% de pacientes con parto vaginal después de una cesárea no requirieron el uso de oxitocina para la estimulación de la actividad uterina ni para la acentuación del trabajo de parto; por el contrario, Romero, J. (22) en su investigación reportó que el 85% de los trabajos de parto fueron conducidos, ésta última que difiere con los resultados de la investigación.

Castillo, L. (29) en su investigación, reportó como uno de los factores predictores de parto vaginal en pacientes con cesárea previa la preparación psicoprofiláctica (RR=2.79 y $p=0.000$) (8.38% de los casos), constituyendo un factor que favorece

el parto vaginal y el factor de control prenatal no tuvo significancia estadística ($p = 0.1950$) con el parto vaginal.

Asimismo, Coaquira, B. (28) reporta que el 64,6% gestantes con antecedente de cesárea atendidas por parto vaginal tuvieron entre 5 a 8 controles prenatales, Ybaseta, G. (12) en su estudio reporta que un 90% presentaron control prenatal adecuado y Romero Pacheco, Julia reportó que un 60% recibió más de 5 controles prenatales, por lo que constituye un factor favorable para el parto vaginal, resultados congruentes a la investigación.

Los resultados encontrados en la presente investigación nos muestran una alta posibilidad de tener un parto vaginal con una dilatación cervical mayor o igual de 4 cm al momento de la hospitalización en pacientes con antecedentes de cesárea anterior en la región de Ayacucho, similares a la registradas en investigaciones nacionales, por ello se puede afirmar que durante el trabajo de parto en fase activa el cuello del útero se reblandece, se acorta y se vuelve más delgada de manera rápida esto permite que la paciente llegue a una dilatación completa.

En relación al periodo intergenésico adecuado la investigación nos muestra una alta posibilidad de tener un parto vaginal en mujeres con antecedentes de cesárea, es así que aquella paciente con un periodo intergenésico adecuado tiene una buena perfusión útero-placentaria, debido a la capacitancia vascular y, en caso de las pacientes con antecedentes de cesárea directamente afectará a la extensibilidad y contractilidad uterina por la notable disminución de fibras musculares y baja perfusión uteroplacentaria, por lo que el periodo intergenésico debe de estar dentro de los parámetros establecidos para que la cicatriz uterina sea más fuerte y no exista riesgos materno fetales como la ruptura uterina y si el periodo intergenésico es menor de 18 meses se indica la cesárea.

En relación al inicio de trabajo de parto espontáneo los resultados encontrados en la presente investigación nos muestran una alta posibilidad de tener un parto vaginal con inicio de trabajo de parto espontáneo en pacientes con antecedentes de cesárea anterior en la localidad de Ayacucho, por eso se dice que cuando no existe ninguna complicación es preferible que el trabajo de parto inicie de manera espontáneo ya que en este grupo de pacientes no implica directamente riesgo de

ruptura uterina ni es un elemento de pronóstico desfavorable para la prueba del trabajo de parto, pero en pacientes que son inducidos o que inicie su trabajo de parto con medicamento es mucho más probable que la inducción falle por lo tanto el parto culminará en una cesárea.

En relación a la preparación psicoprofiláctica los resultados encontrados en la presente investigación nos muestran una alta posibilidad de tener un parto vaginal con la preparación psicoprofiláctica en mujeres con antecedentes de cesárea, similares a las registradas en investigaciones nacionales, ya que a través de las preparaciones teóricas-físicas y las prácticas psicoafectivas las pacientes forman un comportamiento saludable y una actitud positiva frente al embarazo, parto y puerperio.

En relación a la atención prenatal los resultados encontrados nos muestran una alta posibilidad de tener un parto vaginal cuando reciben atención prenatal las mujeres con antecedentes de cesárea en la región de Ayacucho, es así que podemos afirmar que el asesoramiento prenatal, la transmisión científica de información, la intervención multidisciplinaria y atención integral con el fin de prevenir la morbimortalidad materna perinatal conlleva en gran parte al éxito registrado en nuestro estudio, ya que es muy importante sobre todo en países como el nuestro, donde el monitoreo y seguimiento continuo y adecuado a nuestras pacientes no es fácilmente alcanzable principalmente en la población de alto riesgo.

Tabla 03. Factores perinatales que favorecen al parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior Hospital Regional de Ayacucho, 2017-2020.

Factor	Casos	Controles	OR IC 95% (LI – LS)	P
Peso Fetal (Feto con peso menor de 3500 gr)	76,6% (164/ 214)	67,8% (145/ 214)	1,56 (1,02 – 2,40)	0,040
Perfil Biofísico Intraparto (Normal)	89,3% (191/ 214)	74,8% (160 / 214)	2,80 (1,65 – 4,77)	0,000

Fuente: Revisión de Historia Clínicas HRA

En la tabla 3, podemos observar que en el grupo de casos (pacientes con antecedente de cesárea anterior y parto vaginal) el 89,3% (191) presentó perfil biofísico normal, mientras que en el grupo control (pacientes con antecedente de cesárea anterior sin parto vaginal) sólo el 74,8% (160) presentó perfil biofísico normal, los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado nos indica que existe asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$) entre perfil biofísico normal y el parto vaginal y según la prueba estadística OR la probabilidad de presentar un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea es 2,80 (1,65 – 4,77) veces más cuando el feto presenta un perfil biofísico normal, constituyendo un factor que favorece el parto vaginal. Asimismo, observamos que en el grupo de casos el 76,6% (164) presentó peso fetal menor a 3500gr, mientras que en el grupo control solo el 67,8% (145) lo presentó, los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado nos indica que existe asociación estadísticamente significativa ($p=0,040$) entre peso fetal menor a 3500gr y el parto vaginal y según la prueba estadística OR la probabilidad de presentar un parto vaginal en pacientes con antecedente de Cesárea es 1,56 (1,02 – 2,40) veces más cuando la paciente presenta un peso fetal menor a 3500gr, constituyendo un factor que favorece el parto vaginal.

En conclusión, los factores perinatales que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea anterior según el grado de asociación y prueba

estadística OR son, el perfil biofísico intraparto normal (OR:2,80 y $p=0,000$) y el peso fetal menor a 3500gr (OR: 1,56 y $p=0,040$).

Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Rojas, L. (32) quién reporta que el peso del recién nacido entre 2500gr a 4000gr (OR 2.98 y $p = 0.028$) (94.1% de los casos) es un factor asociado a parto vaginal exitoso y Sepúlveda, D. (15) reporta como factor asociado con éxito de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea el peso fetal de 2860gr a 3640gr (OR 0,99 $p<0,05$).

Castañeda, B. (33) en su investigación, reporta que el 93.8% presentó un peso adecuado del recién nacido de 2500gr a 4000gr; Ybaseta, G. (12) reportaron que el 84% presentó un peso fetal de 2500gr a 4000gr y Romero, J. (22) reportó un 70% con peso fetal entre 2500gr a 3500gr; constituyendo así el peso fetal un factor favorable para el parto vaginal, resultados similares a nuestra investigación.

En cuanto al perfil biofísico fetal no se encontraron investigaciones para comparar con nuestros resultados, aunque sería muy conveniente realizar otros estudios y determinar la relación con el éxito del parto vaginal después de una cesárea.

Los resultados encontrados en la presente investigación nos muestran una alta posibilidad de tener un parto vaginal con un peso fetal menor de 3500gr en pacientes con antecedentes de cesárea anterior en la localidad de Ayacucho, similares a las registradas en las investigaciones descritas anteriormente, es por ello que el peso fetal adecuado es de 2500gr a 3500gr esto permite que la paciente al término del embarazo no tenga complicaciones al momento del parto, sabemos por estudios que a mayor peso fetal mayor es el riesgo de desarrollar desproporción céfalo- pélvica por lo tanto el parto culminará en cesárea.

En relación al perfil biofísico intraparto normal es un factor favorable para el parto vaginal en pacientes post cesareadas en nuestra localidad, ya que a través del test no estresante (NST) y la observación ecográfica mostrarán datos morfológicos y morfométricos normales por lo que nos indica que el feto está en buenas condiciones esto nos permite continuar con el trabajo de parto en estas gestantes.

Tabla 04. Características Obstétricas de pacientes con antecedentes de cesárea anterior Hospital Regional de Ayacucho, 2017-2020.

Características Obstétricas	CASOS		CONTROLES	
	N ⁰	%	N ⁰	%
Edad Gestacional				
37-39	140	65,4%	137	64,0%
40-42	74	34,6%	77	36,0%
Total	214	100%	214	100%
Causa de la cesárea anterior				
SFA	41	19,2%	43	20,1%
Oligohidramnios	37	17,3%	38	17,8%
DCP	45	21,0%	49	22,9%
Otros	91	42,5%	84	39,2%
Total	214	100%	214	100%
Comorbilidad materna				
Si	30	14,0%	36	16,8%
No	184	86,0%	178	83,2%
Total	214	100%	214	100%
Antecedente de parto vaginal antes o después de cesárea				
Si	41	19,2%	65	30,4%
No	173	80,8%	149	69,6%
Total	214	100%	214	100%
Estado del recién nacido				
Sin complicaciones	208	97,2%	202	94,4%
Con Complicaciones	6	2,8%	12	5,6%
Total	214	100%	214	100%

Fuente: Revisión de Historia Clínicas HRA

En la tabla 4, se observa que en el grupo de casos (pacientes con antecedentes de cesárea anterior y parto vaginal) el mayor porcentaje presentaron una edad gestacional de 37 a 39 semanas con un 65,4% (140), el 86% (184) no presentó comorbilidad materna y el 97,2% (208) de sus recién nacidos no presentaron complicaciones; por otro lado, el mayor porcentaje 21% (45) tuvieron como principal causa de la cesárea anterior la desproporción céfalo pélvica y el 80,8% (173) no tuvieron antecedente de parto vaginal, mientras que en el grupo control (pacientes con antecedentes de cesárea anterior sin parto vaginal) el 64,0%(137) presentaron una edad gestacional de 37 a 39 semanas, el 83,2% (178) no presentó comorbilidad materna y el 94.4% (202) de sus recién nacidos no presentaron complicaciones; asimismo, el mayor porcentaje 22,9% (49) tuvieron como principal causa de la cesárea anterior la desproporción céfalo pélvica y el 69,6% (149) no tuvieron antecedente de parto vaginal.

Nuestros resultados coinciden con los reportados por Cervantes, D. (11) quien refiere que el 61,35% (62) de pacientes con antecedentes de cesárea anterior y parto vaginal presentaron una edad gestacional 39 a 40 semanas; el 93% (92) no presentó comorbilidad durante el embarazo, el 95,9% (95) de sus recién nacidos no presentaron complicaciones neonatales adversos y, por otro lado, el 70.7% (70) no presentaron antecedente de parto vaginal, por el contrario, Rojas, L. (32) en su investigación, reporta que las pacientes con antecedente de cesárea que culminaron en parto vaginal el 86.1% (87) presentó antecedente de parto vaginal, igualmente, Sepúlveda, D.(15) reportó un 49.5% (244) de pacientes con antecedente de uno o más partos vaginales que culminaron en parto vaginal post cesárea, resultados que difieren de la presente investigación en cuanto a esta última característica.

Coaquira, B. (28) en su investigación, refiere que el mayor porcentaje de gestantes con antecedentes de cesárea anterior que culminaron en parto vaginal llegaron al tercer trimestre de gestación el 98.1% (255), cerca del 70% no presentaron comorbilidad en el embarazo, el 99,2% (258) de sus recién nacidos no presentaron complicaciones perinatales, resultados que se asemejan a la

investigación, por otro lado, más del 73% presentaron antecedente de parto vaginal por lo que ésta característica difiere con nuestro estudio.

Paguay, D. (25) en su estudio, reporta que el mayor porcentaje de gestantes con parto vaginal post cesárea tuvieron un embarazo a término de 37 a 40 semanas con 69% (59) y el 68.6% (59) de sus neonatos no presentaron ninguna complicación al nacer, resultados congruentes con la investigación, no obstante, el 57.6% (49) de todas ellas presentaron por lo menos un parto vaginal anterior, por lo tanto este último difiere de la presente investigación ya que en nuestro estudio la mayoría de las pacientes no cuentan con antecedentes de parto vaginal.

Castañeda, B. (33) en su investigación reporta que el mayor porcentaje de éstas pacientes presentaron una edad gestacional de 37 a 39 semanas siendo un total de 75% (24) y el 65,5% (21) no tuvieron partos vaginales previos a la cesárea. Romero, J. (22) reportó un 90% (18) de gestantes con edad gestacional de 38 a 40 semanas, el 85% (7) no presentó comorbilidad materna, el 90% (18) de sus recién nacidos no presentó ninguna complicación; entre tanto, Urquizo, Y. (26), reportó que del total de las pacientes con parto vaginal post cesárea, el 92.6% (205) de sus recién nacidos no presentaron complicaciones y el 52.6% (112) no tuvieron antecedentes de parto vaginal, resultados que coinciden con la investigación. Por el contrario, Castillo, L. (29) en su estudio, reportó que el antecedente de parto vaginal, edad gestacional de 41 semanas están relacionadas con el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa.

Segura, E. (24) en su investigación, reportó que el mayor porcentaje de mujeres con cesárea previa que se sometieron al parto vaginal, el 96% (65) presentó edad gestacional más de 37 semanas y en cuanto a la causa de la cesárea anterior el 35.30% (24) fue el sufrimiento fetal agudo y el 10.30% (7) fue desproporción céfalo pélvica, resultados que se asemejan a nuestra investigación sin embargo, en esta última nuestro estudio reportó como principal causa de cesárea anterior la desproporción céfalo pélvica.

Por otro lado, Urquizo, Y. (26) en su estudio, reportó el 29.58% (63) de las pacientes presentaron como principal causa de cesárea anterior distocia de presentación, el 23% (49) dilatación estacionaria, el 21.6% (46) sufrimiento fetal

agudo, el 9.86% (21) enfermedad hipertensiva del embarazo, el 7.04% (15) estrechez pélvica, el 6.57% (14) macrosomía fetal y el 2.35% (5) embarazo doble, resultados que difieren de la investigación.

En este sentido, la presente investigación nos muestra una alta posibilidad de tener un parto vaginal con una edad gestacional de 37 a 39 semanas, no presentar comorbilidad materna y tener neonatos sin complicaciones en mujeres con antecedentes de cesárea en la región de Ayacucho, comparadas a las registradas en las investigaciones descritas anteriormente, y por otro lado en su mayoría no tuvieron antecedente de parto vaginal, es así que aquella paciente con una gestación a término presenta un bajo riesgo para el inicio de trabajo de parto espontáneo, además el riesgo de rotura uterina es menor y la prevalencia de complicaciones neonatales son muy bajas, por lo tanto, no se asocian a resultados adversos maternos ni neonatales, y se podría considerar que es un elemento protector contra algunas patologías durante el embarazo, por el contrario, el incremento de la edad gestacional se relaciona con la disminución del éxito del parto vaginal post cesárea. En relación a la comorbilidad materna y las complicaciones de salud del recién nacido, estas situaciones de salud pueden modificar el resultado del éxito del parto vaginal en pacientes con cesárea previa; asimismo, estudios señalan que el antecedente de un parto vaginal (antes o después de la cesárea) se considera como un factor favorable con una alta posibilidad para el éxito del parto y disminuye considerablemente el riesgo de ruptura uterina, no obstante, en nuestro estudio se encontró una minoría de población con esta característica donde efectivamente culminaron en parto vaginal sin ninguna complicación.

Tabla 05. Características sociodemográficas de pacientes con antecedentes de cesárea anterior Hospital Regional de Ayacucho, 2017- 2020.

Características sociodemográficas	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Edad				
Menor o igual a 19 años	15	7,0%	11	5,1%
20-35 años	163	76,2%	172	80,4%
Mayor o igual a 36 años	36	16,8%	31	14,5%
Total	214	100%	214	100%
Ocupación				
Ama de casa	168	78,5%	161	75,2%
Agricultora	2	0,9%	4	1,9%
Ganadera	0	0%	0	0%
Negociante	20	9,3%	16	7,5%
Otros	24	11,2%	33	15,4%
Total	214	100%	214	100%
Grado de Instrucción				
Sin instrucción	3	1,4%	2	0,9%
Primaria	43	20,1%	42	19,6%
Secundaria	111	51,9%	88	41,1%
Superior	57	26,6%	82	38,3%
Total	214	100%	214	100%
Estado civil				
Soltera	18	8,4%	9	4,2%
Casada	37	17,3%	46	21,5%
Conviviente	159	74,3%	158	73,8%
Viuda	0	0%	1	0,5%
Total	214	100%	214	100%
Procedencia				
Urbano	91	42,5%	96	44,9%
Urbano Marginal	29	13,6%	29	13,6%
Rural	94	43,9%	89	41,6%
Total	214	100%	214	100%

Fuente: Revisión de Historia Clínicas HRA

En la tabla 5, se observa que en el grupo de casos (pacientes con antecedentes de cesárea anterior y parto vaginal) el mayor porcentaje se encontraron en el grupo etáreo de 20 a 35 años con un 76,2% (163), el 78,5% (168) fue ama de casa, el 51,9% (111) presentó grado de instrucción secundaria, el 74,3% (159) es conviviente y el 43,9% (94) proceden de la zona rural, mientras que en el grupo control (pacientes con antecedentes de cesárea anterior sin parto vaginal) el 80,4% (172) tuvieron de 20 a 35 años, el 75,2% (161) fue ama de casa, el 41,1% (88) presentó grado de instrucción secundaria, el 73,8% (158) es conviviente y el 44,9% (96) proceden de la zona urbana.

Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Velasco, P. (30) en su investigación, quién reporta que las pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal tuvieron edades entre 25 a 29 años con un 46.12%, el 90.29% fueron convivientes, el 80.10% tuvieron grado de instrucción secundaria y el 90.78% fueron amas de casa.

Coaquira, B. (28) en su estudio, reporta que éstas pacientes presentaron edades de 20 a 34 años con un 72,3%, el 78.5% fueron convivientes, el 69.6 % culminaron la secundaria, el 74.6% se dedican a ser amas de casa y el 64.2% provienen de las zonas urbanas de Tacna.

Castañeda, B. (33) en Huacho reporta que las pacientes que tuvieron parto vaginal después de una cesárea previa, con gran frecuencia fueron de edades de 20 a 30 años con un 56.3%, el 68.8% presento grado de instrucción secundaria, el 65.5% fueron amas de casa y el 78.1% proceden de la costa, resultados que se asemejan a nuestra investigación.

Cervantes, D. (11) en su investigación, reporta que las pacientes con que culminaron en parto vaginal presentaron una edad menor a 35 años con un 89.90%, el 47.47% tuvieron grado de instrucción secundaria y el 43.43% fueron de estado civil casadas por lo que esta última característica difiere con nuestro estudio.

Rojas, L. (32) en su investigación, reporta que el grupo de pacientes que culminaron en parto vaginal post cesárea fueron de 24 a 34 años de edad con un 65.3% y el 70.3% estudiaron secundaria completa.

Ybaseta, G. (12) reportan que las pacientes en trabajo de parto con cesárea previa fueron de edades de 20 a 30 años con un 80%, el 62% tuvieron estudios secundarios y el 81% vivían en zona rural.

Paguay. D. (25) reportó que las pacientes con parto vaginal con antecedentes de cesárea previa fueron las que tuvieron edades de 25 a 35 años representando el 50.5% y Segura, E. (24) reportan que el 39.71 % presentaron edades de 21 a 25 años, resultados que se asemejan a la investigación.

Por otro lado, Rodríguez, M. (21) reporta en su investigación otras características sociodemográficos más en pacientes con antecedentes de cesárea que culminaron en parto vaginal y fueron la religión católica con un 88.4% y el 50.6% presentaron un estado nutricional normal; características que difieren con nuestra investigación.

Al analizar la distribución de las pacientes con antecedentes de cesárea anterior y parto vaginal (grupo de casos) se puede observar que el mayor porcentaje fueron aquellas que tuvieron edades entre 20 a 35 años de edad, por lo tanto, los expertos consideran que la edad idónea para concebir a un hijo es entre las edades de 20 a 30 años porque en esta edad el organismo tiene las condiciones más favorables para concebir, llevar el embarazo y dar parto un hijo.

Asimismo se determinó que la ocupación de las pacientes que predominan son las amas de casa esto debido a la escasa oportunidad laboral por el mismo embarazo, solo algunas generan sus propios ingresos la mayoría son dependientes económicamente, por lo que se considera esta ocupación una característica favorable para el parto vaginal ya que las pacientes en gran parte no harán un sobreesfuerzo físico por ende llegarán al término del embarazo sin complicaciones de esta manera podrían intentar el trabajo de parto.

Respecto al grado de instrucción la mayoría de las pacientes tienen estudios secundarios seguido del nivel superior, lo que hace de suponer que este grupo de pacientes tienen previos conocimientos acerca del parto vaginal post cesárea y

comprenden mejor cuando se les informa sobre los beneficios y riesgos de tener un parto vaginal, por lo cual aceptan dicho procedimiento que a diferencia de los que tienen un bajo grado de instrucción una gran mayoría de éstas pacientes por falta de conocimiento y miedos no se someten a parto vaginal post cesárea.

En relación al estado civil, se encontró que la mayor parte son convivientes, por lo que a diferencia de las solteras este grupo de pacientes tienen el apoyo constante de la pareja, esto hace que lleguen con una emoción y mente positiva al momento del parto y elegir la vía de su culminación.

Así mismo, se observó que las pacientes son de procedencia rural lo que se relacionaría con acudir adecuadamente a sus controles prenatales para culminar su embarazo en parto vaginal y evitar complicaciones para el regreso temprano a sus labores.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en promedio fue de 4.2% durante el periodo 2017-2020.
2. Los factores maternos que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea anterior son, el grado de dilatación mayor o igual a 4cm al momento de la hospitalización (OR:15,08 y $p=0,000$), periodo intergenésico adecuado (OR: 2,43 y $p=0,003$); presentar inicio de trabajo de parto espontáneo (OR:2,18 y $p=0,000$); haber recibido atención prenatal (OR:1,79 y $p=0,032$) y preparación psicoprofiláctica (OR: 1,48 y $p=0,048$).
3. Los factores perinatales que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea anterior son el perfil biofísico intraparto normal (OR: 2,80 y $p=0,000$) y el peso fetal menor a 3500gr (OR: 1,56 y $p=0,040$).
4. Como características obstétricas, en pacientes con antecedente de cesárea anterior y parto vaginal, encontramos que, el mayor porcentaje 65,4% (140) presento edad gestacional de 37 a 39 semanas, 86% (184) no presentó comorbilidad materna, el 97,2% (208) de sus recién nacidos no presentaron complicaciones, el 80,8% (173) no tuvieron antecedente de parto vaginal y la principal causa de la cesárea anterior fue la desproporción céfalo pélvica 21% (45).
5. En cuanto a las características sociodemográficas el mayor porcentaje de pacientes con antecedente de cesárea anterior sometidas a parto vaginal, fueron de 20 a 35 años de edad 76,2% (163), ocupación ama de casa 78,5% (168), con nivel de instrucción secundaria 51,9% (111), estado civil conviviente 74,3% (159) y de procedencia rural 43,9% (94).

RECOMENDACIONES

1. Concientizar y capacitar al personal de salud en contacto con las gestantes con antecedentes de cesárea anterior que acudan al servicio y establecer un programa multidisciplinario que permita elevar las tasas de parto vaginal en la institución.
2. Tomar en consideración los factores favorables descritos en la presente investigación que incrementan la posibilidad de parto vaginal en gestantes con antecedentes de cesárea anterior de esta manera seleccionar de forma adecuada aquellas pacientes que ameritan darles la posibilidad de intento de trabajo de parto.
3. Potenciar el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica que permita la preparación integral y diferenciada de gestantes con antecedente de cesárea anterior y realizar un plan de parto oportuno tomando en consideración los factores maternos perinatales que favorecen el parto vaginal en el servicio de Gineco-Obstetricia.
4. Mejorar la calidad de atención durante el control prenatal informando a toda gestante con antecedente de cesárea anterior los beneficios y factores maternos perinatales que favorecen el parto vaginal.
5. Debe ser necesario incluir a la prueba de parto vaginal a toda gestante con antecedente de cesárea anterior que no presenten indicaciones absolutas de cesárea, manejada por un equipo multidisciplinario.
6. Se recomienda seguir realizando investigaciones que evalúen los factores que favorecen el parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea anterior, en poblaciones mayores y estudios prospectivos de cohorte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Konechne T. Cesarean. *Perform Res.* 2001;6(1):90–3.
2. Sobhy S, Zamora J, Dharmarajah K, Arroyo-Manzano D, Wilson M, Navaratnarajah R, et al. Anaesthesia-related maternal mortality in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2016;4(5):e320–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30003-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30003-1)
3. Talledo L. Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un hospital público de Piura, Perú. *Cimel* [Internet]. 2016;21(2):35–7. Available from: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/648>
4. Zuñiga Monje N. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de enero a diciembre del 2018. 148:148–62.
5. INEI. Peru Encuesta Demografica y de Salud familiar ENDES 2020. Inei. 2021;101–14.
6. Sinchitullo E. Factores asociados a partos por cesárea en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central, 2014-2018. *Univ Ricardo Palma* [Internet]. 2020;2014–8. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2937>
7. Neyra MB, Ildefonso PQ. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. 2020;66(3).
8. ACOG. Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 Feb;133(2):e110–27. Available from: <https://journals.lww.com/00006250-201902000-00040>
9. INEI. Maternidad En La Adolescencia 2017. *J Chem Inf Model.* 2013;53(9):1689–99.
10. Sánchez QMK. Criterios epidemiológicos e indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III Essalud-Tacna en el año 2012 y 2016. 2019;

11. Cervantes Ortega DH. Factores Asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea. 2017;55. Available from: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14336/tesis MD Cervantes.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14336/tesis_MD_Cervantes.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
12. Ybaseta G, Quijandria C, Ybaseta M. Parto Vaginal En Gestantes Con Cesárea Previa En Un Hospital General De Perú. *Rev Médica Panacea*. 2020;9(1):4–12.
13. Mozo Valdivieso EG. Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. 2014;149, 156, 158, 161, 162, 166, 167. Available from: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/29014/1/T35877.pdf>
14. Campos J, Álvarez J, García P, Rojas M, Nemer C. Parto vaginal después de una cesárea. *Rev del Hosp Matern Infant Ramón Sardá*. 2007;26(1):15–20.
15. Sepúlveda-Mendoza DL, Galván-Caudillo M, Soto-Fuenzalida GA, Méndez-Lozano DH. Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea. *Ginecol Obstet Mex*. 2015;83(12):743–9.
16. Santisteban Aquino JE, Sánchez Pérez MDC, Leyva Minaya L. Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe. 2004-2008. *Aporte Santiaguino*. 2010;3(2):222.
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Atención del parto por cesárea: Guía Práctica Clínica. 2016. 1–41 p.
18. Ricci A. P, Perucca P. E, Altamirano A. R. Nacimiento por parto vaginal despues de una cesarea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repeticion:Rotura uterina,una complicacion posible. *Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]*. 2003;68(6). Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600013&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Bobadilla Ubillús LE, León Jimenez F. En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras? *Rev Peru Ginecol y Obstet*. 2018;63(4):659–60.
20. Ajahuana Condori CY. Tasa de cesáreas aplicando el modelo de clasificación de Robson en el Hospital Regional de Ayacucho Enero-Junio 2018. *Repos Tesis- Un [Internet]*. 2019;1–70. Available from:

- <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/9723>
21. Rodriguez Deleg M. Prevalencia y factores predictores de parto vaginal post cesárea. Centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2010. :1–55.
 22. Romero J. Determinación de los factores favorables para un parto vaginal post cesárea en primigestas juveniles de 15 a 20 años en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel. De septiembre de 2012 a febrero del 2013. *Int Migr Rev [Internet]*. 2013;47(2):330-373. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/imre.12028/abstract>
 23. Ronquillo I. Incidencia de parto vaginal en embarazo a término con antecedente de una cesárea previa, en el Hospital Verdi Cevallos Balda, estudio realizado en el periodo de octubre del 2013 hasta marzo del año 2014. 2019;
 24. Segura E, Jenyffer R. Incidencia de partos vaginales en mujeres con cesárea uterina previa ingresadas en la Maternidad Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel del 2014 a 2015. *Ekp*. 2015;13(3):1576–80.
 25. Paguay Quichimbo DJ. Parto Vaginal Con Antecedente De Cesárea Previa. 2017;23–34. Available from: <http://201.159.223.2/handle/123456789/1887>
 26. Urquizo Y. Frecuencia del parto vaginal en pacientes con cesárea previa y sus principales complicaciones materno-perinatales en el Hospital III Goyeneche entre los años 2008 al 2013. 2017;1–50.
 27. Ore P, Echevarria V. Parto vaginal después de una cesárea previa. Hospital San Bartolomé Lima (Perú) 2013. 2015;1–14. Available from: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2078/1/echevarria_pv.pdf
 28. Coaquira B. Caracterización de la gestante con antecedente de cesárea anterior atendida por parto vaginal en el Hospital Unanue de Tacna durante el 2013 al 2015. 148:148–62.
 29. Castillo L. Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa. 2017;18–9. Available from: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/827/Factores_CastilloOli

- va_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Velazco P. Complicaciones materno neonatales y su asociación con la vía de culminación del parto de pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado-2017. Tesis. 2018;107.
 31. Marca D. Factores asociados con el éxito de prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2017. 148:148–62.
 32. Rojas Chihuantito LA. Factores asociados de parto vaginal en pacientes con cesarea previa. 2016;1–19.
 33. Castañeda Huavil BN. Características Epidemiológicas y Frecuencia de pacientes que Llevan a cabo parto vaginal luego de una Cesárea. Univ Nac Jose Fustino Sánchez Carión. 2005;42(4):1.
 34. Palacios Alcantara LA. Tasa de cesáreas por modelo de clasificación de robson en el Hospital II Cañete - Essalud, 2013 – 2014. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2016;1–46. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4648>
 35. Ebensperger E. Operacion Cesárea. 2019;84(3):167–8.
 36. Huaquipaco Polanco A del R. Características clínico epidemiológicas y complicaciones de gestantes que tuvieron parto en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, ESSALUD Cusco, 2014. Unsa Repos tesis. 2017;1–50.
 37. Muñoz-Enciso JM, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, Serrano-Díaz CL. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Ginecol Obstet Mex. 2011;79(2):67–74.
 38. Jm D, Ca C, Huertas E, Jm G, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth (Review). 2013;(12).
 39. Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Guia de práctica clinica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2018. 536 p. Available from: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias de Practica Clinica y de>

- procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018.pdf
40. RCOG. Green-top Guideline No. 45: Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guidel [Internet]. 2015;45(45):31. Available from: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf
 41. Huertas Tacchino E, Pocco Hinostraza D. Prueba De Trabajo De Parto En Cesareada Anterior. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2015;56(4):284–8.
 42. Asistenciales P. Protocolo SEGO: Parto vaginal tras cesárea. Progresos Obstet y Ginecol. 2010;53(12):534–44.
 43. Meza Lluén AP. Macrosomía fetal como factor asociado para parto vaginal fallido en gestantes con cesárea previa atendidas en el Hospital Rezola de Cañete 2016-2017. 2016;1–37. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1383/AMEZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 44. Dávila Ayvar H. Prevalencia y principales indicaciones de cesárea en el “Hospital Vitarte” de Ate, durante el periodo enero-diciembre 2014 [Tesis de grado]. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2016;79. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/504>
 45. Lalonde AB. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2005 Jun;89(3):319–31. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2005.03.015>
 46. Lucca A, Ortiz A, Amenabar S. Consenso de Obstetricia FASGO : Cesárea a demanda. 2014;1–11.
 47. Indira Q, Ramos R. Evolución clínica de las pacientes según causa de cesárea. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho-enero del 2013 a junio del 2014 . Proc 8th Bienn Conf Int Acad Commer Consum Law [Internet]. 2014;1(hal 140):43. Available from: <http://www.springer.com/series/15440%0Apapers://ae99785b-2213-416d-aa7e-3a12880cc9b9/Paper/p18311>
 48. Huamaní S, Ventura R. Factores de riesgo y percepciones que limitan el acceso y continuidad de las gestantes al Programa De Psicoprofiláxis Obstétrica.

Centro De Salud San Juan Bautista, Junio- Agosto 2015. 2007;2006–7.
Available from: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1018>

ANEXOS

APLICANDO FÓRMULA PARA HALLAR LA INCIDENCIA

Incidenca: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior en ese año} \times 100}{\text{Población total de pacientes atendidas en su parto vaginal en ese año}}$

Año 2017	$i = \frac{60}{1477} * 100$	4.1%
Año 2018	$i = \frac{59}{1407} * 100$	4.2%
Año 2019	$i = \frac{55}{1350} * 100$	4.1%
Año 2020	$i = \frac{40}{842} * 100$	4.8%
Total	$i = \frac{214}{5074} * 100$	4.2%



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Anexo N°1

FACTORES MATERNOS PERINATALES QUE FAVORECEN EL PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESAREA ANTERIOR.HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO.2017-2020

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES DE LA FICHA

CÓDIGO:	FECHA:
LUGAR:	

I.CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	
Edad gestacional: 37ss a 39ss () 40ss a 42ss () Causa de cesárea anterior: SFA () Oligohidramnios() DCP() Otros() Comorbilidad materna: Si () No ()	Antecedente de parto vaginal antes o después de la cesárea: Si () No () El estado del recién nacido: Sin complicaciones () Con complicaciones ()
II. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	
Edad: ≤19 años () 20 a 35 años() ≥36 años() Ocupación: Ama de casa () agricultora() ganadera () negociante() otros() Grado de instrucción: Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior ()	Estado civil: Soltera () Casada () conviviente () viuda () Procedencia: Urbana () urbano marginal () Rural ()
III. FACTORES MATERNOS PERINATALES	
Preparación Psicoprofiláctica: -asistió a las 4 sesiones () - no asistió a las 4 sesiones () Periodo intergenésico: - Periodo intergenésico mayor de 2 años () - Periodo intergenésico menor de 2 años () Atención prenatal: - Si () - No () Inicio de trabajo de parto: - Inicio de contracciones uterinas de manera espontánea sin medicación () - Inicio de contracciones uterinas no espontanea con medicación ()	Dilatación cervical al momento de hospitalización: - menor de 4 cm () - mayor o igual de 4 cm () Membranas al inicio de trabajo de parto: Integras () Rotas () Peso fetal: -menor de 3500gr () - mayor de 3500gr() Perfil biofísico fetal Intraparto: -Puntaje normal 8 a 10 () - Puntaje patológico menor 8 ()
III.PARTO VAGINAL	
Si ()	No ()
OBSERVACIONES:	

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuáles son los factores maternos perinatales que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho 2017 – 2020?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS -¿Cuál es la incidencia de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho 2017-2020? -¿Cuáles son los factores maternos que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. 2017 – 2020? -¿Cuáles son los factores perinatales que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. 2017 – 2020? -¿Cuáles son las características obstétricas y sociodemográficas de las pacientes con antecedente de cesárea anterior que tuvieron parto vaginal?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL -Conocer los factores maternos perinatales que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho.2017-2020.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS -Determinar la incidencia de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017-2020. -Determinar si los factores maternos como la preparación psicoprofiláctica, periodo intergenésico, atención prenatal, inicio de trabajo de parto, grado de dilatación al momento de hospitalización y estado de membranas al inicio de trabajo de parto, favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho 2017-2020. -Determinar si los factores perinatales como peso fetal y perfil biofísico intraparto favorecen el parto vaginal en</p>	<p>El presente trabajo de investigación es actual y pertinente por la escasez de datos estadísticos sobre la incidencia de parto vaginal en pacientes con cesárea anterior,, siendo aún más importante no se conocen en nuestra región los factores que favorecen el parto vaginal después de una cesárea anterior, hecho que generó interés y motivó la realización de esta investigación, ya que es un problema existente dentro de nuestra realidad, por lo que sería punto de referencia para futuros trabajos en los diferentes hospitales de la región de Ayacucho con el fin de lograr un adecuado manejo de la gestante con antecedente de cesárea por ende en un corto y mediano plazo reducir la tasa de cesáreas y poder alcanzar los niveles recomendados por la OMS y realizar el</p>	<p>H1: Los factores maternos perinatales como la preparación psicoprofiláctica, periodo intergenésico, atención prenatal, inicio de trabajo de parto, grado de dilatación al momento de hospitalización, estado de membranas al inicio del trabajo de parto, peso fetal y perfil biofísico intraparto son factores que favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017- 2020.</p> <p>H0: Los factores maternos perinatales como la preparación psicoprofiláctica, periodo intergenésico, atención prenatal, inicio de trabajo de parto, grado de dilatación al momento de hospitalización, estado de membranas al inicio del trabajo de parto, peso fetal y perfil biofísico intraparto son factores que no favorecen el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2017- 202.</p>	<p>VARIABLES</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Factores Maternos en pacientes con antecedente de cesárea anterior -Preparación Psicoprofiláctica. -Periodo intergenésico. -Atención prenatal. -Inicio de trabajo de parto. -Grado de dilatación al momento de hospitalización. -Estado de membranas al inicio del trabajo de parto.</p> <p>Factores Perinatales en pacientes con antecedentes de cesárea anterior -Peso fetal. -Perfil biofísico fetal intraparto.</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE Parto vaginal.</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Aplicada.</p> <p>ENFOQUE DE ESTUDIO Cuantitativa.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN Analítico.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Observacional, retrospectivo, de corte transversal, analítico de caso control.</p> <p>POBLACIÓN La población en estudio estuvo conformada por 428 Historias Clínicas de pacientes con antecedentes de cesárea anterior, cuyo parto se produjo en el Hospital Regional de Ayacucho durante los años 2017- 2020.</p> <p>MUESTRA Casos: 214 historias clínicas de pacientes con antecedentes de cesárea anterior, cuyo parto vaginal se produjo en el Hospital Regional de Ayacucho durante los años 2017- 2020. Control: 214 Historias clínicas de pacientes con antecedentes de cesárea anterior, cuyo parto por cesárea se produjo en el Hospital Regional de Ayacucho durante los años 2017- 2020. Tipo de muestreo: No Probabilístico por conveniencia. Criterios de inclusión --- Historias Clínicas completas de pacientes con antecedentes de cesárea anterior, cuyo parto se produjo en el Hospital Regional</p>

	<p>pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho 2017-2020.</p> <p>-Describir las características obstétricas: edad gestacional, causa de cesárea anterior, comorbilidad materna, antecedente de parto vaginal antes o después de cesárea y el estado del recién nacido, de las pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho 2017-2020.</p> <p>-Describir las características sociodemográficas: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia, de las pacientes con antecedentes de cesárea anterior atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho 2017-2020.</p>	<p>procedimiento de cesárea solo en caso que realmente ameriten evitando así en lo posible el riesgo de morbilidad materna fetal, el alto costo social y económico que conlleva el efectuar una nueva cesárea y disminuyendo los días de hospitalización. Los resultados obtenidos estarán al alcance del personal médico y obstetras de esta forma las principales beneficiarias serán todas las mujeres embarazadas que acuden a este hospital, en quienes se decidirá si son candidatas a una prueba de trabajo de parto.</p>			<p>de Ayacucho.</p> <p>-Historias clínicas de pacientes cuyos partos se atendieron en el Hospital Regional de Ayacucho.</p> <p>-Historias clínicas de pacientes con embarazo a término que culminaron por vía vaginal o por cesárea.</p> <p>Criterios de exclusión Historias Clínicas incompletas de pacientes con antecedentes de cesárea anterior, cuyo parto se produjo en el Hospital Regional de Ayacucho.</p> <p>-Historias clínicas de pacientes cuyos partos no se atendieron en el Hospital Regional de Ayacucho.</p> <p>-Historias clínicas de pacientes con embarazos pretérminos que culminaron por vía vaginal o por cesárea.</p> <p>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Revisión documental.</p> <p>INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Historia clínica materno perinatal. Ficha de registros de datos.</p>
--	--	--	--	--	---

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ÍNDICE	ESCALA DE MEDICIÓN	TÉCNICA
Variable Independiente Factores maternos					
Preparación Psicoprofiláctica	Gestantes que recibieron más de 4 sesiones del programa Psicoprofilaxis Obstétrica.	SI NO	- Asistió a 4 sesiones del PPO. - No asistió a 4 sesiones del PPO	Nominal	Revisión de Historias Clínicas
Periodo intergenésico	Tiempo transcurrido entre un parto y otro.	Corto Adecuado	- Periodo intergenésico mayor de 2 años. - Periodo intergenésico menor de 2 años.	Nominal	Revisión de Historias Clínicas
Atención Prenatal	Paciente que recibe más de 4 atenciones prenatales.	SI NO	- Mayor de 4 controles - Menor de 4 controles	Nominal	Revisión de Historias Clínicas
Inicio del trabajo de parto	Gestante con contracciones uterinas que causan incorporación y dilatación paulatina del cuello uterino.	Espontáneo Conducido	- contracciones uterinas de manera espontánea sin medicación. - contracciones uterinas no espontáneas con medicación.	Nominal	Revisión de Historias Clínicas
Dilatación cervical al momento de hospitalización	Dilatación cervical al momento del ingreso.	Mayor o igual de 4 cm. Menor de 4 cm.	- Mayor o igual de 4 cm. - Menor de 4 cm.	Nominal	Revisión de Historias Clínicas
Estado de Membranas al inicio del trabajo de parto	Integridad o rotura del saco amniótico al comience del trabajo de parto.	Integras Rotas	- Membranas íntegras al inicio del trabajo de parto - Membranas rotas al inicio del trabajo de parto.	Nominal	Revisión de Historias Clínicas

Factores perinatales					
Peso fetal	Peso promedio del feto, en gramos, obtenido al momento del ingreso al servicio.	Feto con peso menor de 3500gr Feto con peso Mayor de 3500gr	- Feto con peso menor de 3500gr - Feto con peso Mayor de 3500gr	Nominal	Revisión de Historias Clínicas
Perfil biofísico fetal intraparto	Examen para evaluar el bienestar fetal, por medio de la observación ecográfica la cual se refuerza en el estudio cardiotocográfico, realizado al momento del ingreso al servicio.	Normal Patológico	- Puntaje normal (8-10) -Puntaje patológico (menor a 8)	Nominal	Revisión de Historias Clínicas
Variable dependiente Parto vaginal.	Fenómenos fisiológicos dados para salida del feto y anexos ovulares desde la cavidad uterina al exterior por el canal del parto.	SI NO	- Parto por vía vaginal. - Parto por cesárea	Nominal	Revisión de Historias Clínicas

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO “Miguel Ángel Mariscal Llerena”



Sistema de Información Perinatal (SIP) donde nos encargamos de seleccionar a nuestra población para luego pasar al servicio de archivos.



Jefa del Servicio de Archivo (Encargada de entregar las Historias Clínicas)



Recolección de datos de las Historias Clínicas.

