

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



TESIS

“Factores que influyen en la elección del parto vaginal después de una cesárea en gestantes del Hospital Tingo María, 2023”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Sayritupac Rojas, Grecia Tamar

ASESORA: Castillo Ruiz, Veronica Del Pilar

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANOCA
<http://www.udh.edu.pe>

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

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

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

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

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

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

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 76055559

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 18010634

Grado/Título: Maestra en ciencias de la salud con mención en: salud pública y docencia universitaria

Código ORCID: 0000-0003-0448-5255

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacios Zevallos, Julia Marina	Doctora en ciencias de la salud	22407304	0000-0002-1160-4032
2	Flores Shupingahua, Merlyn	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	22964167	0000-0003-1770-260X
3	Basilio Atencio, Rosa Nancy	Obstetriz	23003327	0000-0002-1739-3918



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Tingo María, siendo las **once** con **cero** horas del día **tres** del mes de **diciembre** del año **dos mil veinticinco**, en el auditorio, edificio 2 de la Facultad de Ciencias de la Salud, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- DRA. JULIA MARINA PALACIOS ZEVALLOS
- MG. MERLYN FLORES SHUPINGAHUA
- OBSTRA. ROSA NANCY BASILIO ATENCIO

Nombrados mediante **RESOLUCION N° 4843-2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado: **"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DEL PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA EN GESTANTES DEL HOSPITAL TINGO MARIA 2023"**, presentado por la Bachiller en Obstetricia Srta. **GRECIA TAMAR SAYRITUPAC ROJAS**, para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

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

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola Aprobada por **Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de 1.6 y cualitativo de Bueno.

Siendo las, 12:00 horas del día **03** del mes de **diciembre** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

DRA. JULIA MARINA PALACIOS ZEVALLOS

DNI 22407304

ORCID 000-002-1160-4032

SECRETARIA

MG. MERLYN FLORES SHUPINGAHUA

DNI 22964167

ORCID 0000-0003-1770-260X

VOCAL

OBSTRA. ROSA N. BASILIO ATENCIO

DNI 23003327

ORCID 0000-0002-1739-3918



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: GRECIA TAMAR SAYRITUPAC ROJAS, de la investigación titulada "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DEL PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA EN GESTANTES DEL HOSPITAL TINGO MARÍA 2023", con asesor(a) VERÓNICA DEL PILAR CASTILLO RUIZ, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 2245-2023-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 25 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 22 de octubre de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

130. SAYRITUPAC ROJAS, Grecia Tamar.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

24%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net	4%
	Fuente de Internet	
2	repositorio.uap.edu.pe	4%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.udh.edu.pe	3%
	Fuente de Internet	
4	repositorio.unsaac.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.ug.edu.ec	1%
	Fuente de Internet	
6	redi.unjbg.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
7	Submitted to Universidad de Huanuco	1%
	Trabajo del estudiante	
8	repositorio.unjbg.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
9	repositorio.unsch.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
10	repositorio.upla.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047

cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687

cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

Agradezco inmensamente a Dios por iluminarme a seguir mi vocación, por ser mi fortaleza constante, por dar claridad a mis decisiones y orientarme en el camino de mi vocación.

A mis padres, quienes han sido mi principal fuente de inspiración y cuyo respaldo incondicional ha sido clave para avanzar hacia mis objetivos.

A mis hermanos que son mis compañeros de vida, por enseñarme el valor de la perseverancia y motivarme a seguir adelante, incluso en los momentos más difíciles, hasta ver cumplidos mis anhelos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, ser supremo y perfecto, por darme fortaleza física e intelectual, por sus bendiciones diarias y por acompañarme con su luz en cada jornada.

A mis padres y hermanos que son mi fuente de apoyo, mi más sincero agradecimiento por acompañarme a cumplir mis metas pese a todas las dificultades del camino.

A mi familia que con su apoyo incondicional contribuyeron en mí las ganas de superación, les expreso mi más profundo agradecimiento por su cariño y sabios consejos.

A todas aquellas personas que me animaron a seguir adelante en esta exigente, pero hermosa carrera que es la obstetricia, en especial a mis profesores y amistades, por su constante respaldo y motivación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCION	XI
CAPITULO I.....	13
PROBLEMA DE INVESTIGACION	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	16
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	16
1.3. OBJETIVOS	16
1.3.1. OBJETIVO GENERALE	16
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	17
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	17
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	18
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	18
1.5. LIMITACIONES	19
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	19
CAPITULO II.....	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL	20
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	23
2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL	27
2.2. BASES TEÓRICAS	29
2.2.1. CESÁREA.....	31
2.2.2. CATEGORIZACIÓN	31

2.2.3. ELECCIÓN DE LA VÍA DE PARTO.....	31
2.2.4. PARTO CON CESÁREA PREVIA.....	32
2.2.5. TASA DE ÉXITO DE PARTO POR VÍA VAGINAL	32
2.2.6. TASAS DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA	33
2.2.7. CONDICIONES PARA PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA	33
2.2.8. CONTRAINDICACIONES PARA PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA	36
2.2.9. RIESGO MATERNO	37
2.2.10. RIESGO FETALES.....	38
2.2.11. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DEL PARTO VAGINAL.....	38
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	40
2.4. HIPÓTESIS	41
2.5. VARIABLES	41
2.5.1. VARIABLES INDEPENDIENTES.....	41
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	41
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	42
CAPITULO III.....	43
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	43
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	43
3.1.1. ENFOQUE	43
3.1.2. ALCANCE O NIVEL	43
3.1.3. DISEÑO	43
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	44
3.2.1. POBLACIÓN O UNIVERSO	44
3.2.2. MUESTRA	44
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ..	45
3.3.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
3.3.2. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS.....	45
3.3.3. PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	46
CAPITULO IV	47
RESULTADOS	47

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS, ANÁLISIS DESCRIPTIVO	47
4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS Y PRUEBA DE HIPÓTESIS	58
CAPITULO V	60
DISCUSION DE RESULTADOS.....	60
5.1. PRESENTAR LA CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	60
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas más predominantes en gestantes del Hospital Tingo María, 2023.....	47
Tabla 2. Descripción del periodo intergenésico en gestantes del Hospital Tingo María, 2023.....	49
Tabla 3. Parto vaginal previo en gestantes del Hospital Tingo María, 2023 .	50
Tabla 4. Antecedente de aborto en gestantes del Hospital Tingo María, 2023	51
Tabla 5. Descripción del motivo de cesárea previa en gestantes del Hospital Tingo María, 2023.....	52
Tabla 6. Descripción de la edad gestacional en gestantes del Hospital Tingo María, 2023	53
Tabla 7. Descripción del ponderado fetal en gestantes del Hospital Tingo María, 2023	54
Tabla 8. Descripción de distocia funicular en las gestantes del Hospital Tingo María, 2023	55
Tabla 9. Descripción de sufrimiento fetal en las gestantes del Hospital Tingo María, 2023	56
Tabla 10. Descripción de la elección del parto vaginal en gestantes con cesárea previa, Hospital Tingo María, 2023.....	57
Tabla 11. Relación de los factores maternos influyen en el parto vaginal en gestantes con cesárea anterior en el hospital Tingo María, 2023	58
Tabla 12. Relación de los factores fetales influyen en el parto vaginal en gestantes con cesárea anterior en el hospital Tingo María, 2023	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. Características sociodemográficas	47
Gráfico 2. Periodo intergenésico.....	49
Gráfico 3. Parto vaginal previo.....	50
Gráfico 4. Antecedente de aborto	51
Gráfico 5. Motivo de cesárea previa	52
Gráfico 6. Edad gestacional.....	53
Gráfico 7. Ponderado fetal	54
Gráfico 8. Distocia funicular	55
Gráfico 9. Sufrimiento fetal	56
Gráfico 10. Parto vaginal tras cesárea previa	57

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores que favorecen la elección del parto vaginal en gestantes a término con una cesárea previa, Hospital Tingo María, 2023.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico, enfoque cuantitativo. La población 120 puérperas y la muestra fue 92. Donde para el análisis descriptivo se utilizó tablas de frecuencias y porcentajes y para el análisis inferencial se aplicó la prueba estadística chi cuadrado con valor $p < 0,05$.

Resultados: Dentro de las características sociodemográficas el 63,0% tuvieron de 30 a 49 años; un 88,0% estado civil conviviente; 64,1% grado de instrucción secundaria; su ocupación fue ama de casa con 73,9%; 80,4% lugar de procedencia fue rural, y en los factores maternos el periodo intergenésico existió 43,5% fue de 2 a 5 años; un 62,0% si tuvieron un parto vaginal previo; 56,5% no presento antecedente de aborto; 46,7% fueron otros motivos de cesárea previa; y los factores fetales un 91,30% presentaron de 36 a 40 semanas de edad gestacional; el 88,0% tuvieron de 2,501 a 3,999 kg; el 91,3% que no presentaron distocia funicular; 89,1% no presentaron sufrimiento fetal y el 87,0% si tuvieron un parto vaginal tras una cesárea previa. Al relacionar dichos datos, se obtuvo un valor de significancia $p \leq 0,05$ en todas las dimensiones.

Conclusiones: Existen factores maternos y fetales que influyen en el parto vaginal en gestantes con cesárea anterior en el hospital Tingo María, 2023, debido a que $p \leq 0,05$.

Palabras clave: Factores, maternos, fetales, parto, cesárea.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors that favor the choice of vaginal delivery in pregnant women at term with a previous cesarean section, Tingo María Hospital, 2023.

Methods: An observational, retrospective, cross-sectional, analytical study with a quantitative approach. The population was 120 pregnant women and the sample was 92. Frequency and percentage tables were used for descriptive analysis, and the chi-square test was applied for inferential analysis, with a $p\text{-value} < 0.05$.

Results: Regarding sociodemographic characteristics, 63.0% were aged 30 to 49 years; 88.0% were cohabiting; 64.1% had a secondary education level; 73.9% were homemakers; 80.4% were from rural areas; and among maternal factors, the interpregnancy period was 2 to 5 years (43.5%). 62.0% had a previous vaginal delivery; 56.5% had no history of miscarriage; 46.7% had other reasons for the previous cesarean section; and fetal factors: 91.30% had a gestational age between 36 and 40 weeks; 88.0% weighed between 2.501 and 3.999 kg; 91.3% did not have funicular dystocia; 89.1% did not experience fetal distress; and 87.0% had a vaginal delivery after a previous cesarean section. When these data were combined, a significance level of $p \leq 0.05$ was obtained in all dimensions.

Conclusions: Maternal and fetal factors influence vaginal delivery in pregnant women with a previous cesarean section at the Tingo María Hospital, 2023, due to the $p \leq 0.05$.

Keywords: Factors, maternal, fetal, delivery, cesarean section.

INTRODUCCION

La cesárea, es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en obstetricia; sin embargo, su incremento sostenido en las últimas décadas ha generado preocupación por los riesgos asociados en gestaciones posteriores. Ante esta situación, el parto vaginal después de una cesárea (PVDC) se presenta como una alternativa segura y viable en determinados casos, siempre que se identifiquen adecuadamente los factores clínicos que favorecen su éxito. En este contexto, la toma de decisiones debe basarse en una evaluación integral de factores maternos y fetales que puedan incidir positiva o negativamente en la elección de esta vía de parto, priorizando siempre la seguridad de la madre y el recién nacido.

La presente investigación tiene como objetivo identificar los factores que influyen en la elección del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea en el Hospital Tingo María durante el año 2023. Se considera relevante analizar aspectos como el periodo intergenésico, antecedentes obstétricos, condiciones fetales y la causa de la cesárea previa, ya que estos pueden determinar la viabilidad de un PVDC. Los resultados de este estudio permitirán aportar evidencia local que respalde la toma de decisiones clínicas y contribuya al diseño de estrategias institucionales que fomenten prácticas obstétricas seguras y humanizadas.

Dada la importancia de analizar las distintas dimensiones del estudio y de verificar con evidencias los resultados obtenidos según las variables analizadas, esta investigación se estructura en cinco capítulos.

Respecto al capítulo I expone la formulación del problema de investigación, los fundamentos que justifican su realización, los objetivos propuestos, así como las limitaciones identificadas y la factibilidad del estudio.

Además, en el capítulo II comprende el marco teórico, en el cual se sustenta conceptualmente el estudio mediante definiciones clave y antecedentes relevantes. Asimismo, se analizan las hipótesis formuladas, las variables involucradas y su pertinencia en el contexto de la investigación.

Siendo así que el Capítulo III describe el enfoque metodológico adoptado, detallando el tipo y diseño del estudio, su alcance, la población objetivo, el proceso de muestreo y los instrumentos utilizados para la recolección de información.

El Capítulo IV presenta los hallazgos del estudio junto a su respectiva interpretación, apoyándose en representaciones gráficas y tablas que facilitan la comprensión de los resultados.

Finalmente, el Capítulo V analiza los hallazgos y ofrece las conclusiones y recomendaciones. Asimismo, se incluye la bibliografía utilizada y los apéndices correspondientes a la investigación.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cesárea constituye un procedimiento quirúrgico destinado a extraer al feto y sus anexos ovulares a través de una incisión realizada en la pared abdominal y en el útero. La decisión de practicarla se basa en los antecedentes obstétricos y en las condiciones clínicas particulares de la gestante ¹.

Este procedimiento quirúrgico resulta eficaz para reducir la morbilidad materna y perinatal cuando su realización está clínicamente indicada; no obstante, cuando se efectúa sin una justificación médica, no aporta beneficios ni a la madre ni al recién nacido. Además, se vincula con complicaciones que pueden manifestarse tanto a corto como a largo plazo, las cuales podrían prolongarse por varios años tras la intervención y repercutir en la salud de la mujer, del neonato y en embarazos posteriores ¹.

Desde 1985, los organismos internacionales de salud han establecido que el rango óptimo de cesáreas debe ubicarse entre el 10 % y el 15 %. Estudios realizados en distintos contextos han evidenciado que la mortalidad materna y neonatal disminuye cuando la proporción de este procedimiento se aproxima al 10 % ¹.

En los países de África Occidental y Central, la tasa de cesáreas es de aproximadamente 4,1 %. En Europa Occidental alcanza el 26 %, mientras que en América Latina se eleva al 44,3 %, cifra considerablemente superior al rango del 10 % al 15 % recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹.

En la Región de las Américas, entre los años 2006 y 2010, cerca del 15 % de los partos fueron realizados por cesárea. En América Latina y el Caribe, esta proporción prácticamente se duplicó, llegando al 38 %. Brasil reportó la cifra más elevada, con un 50 %, seguido de México con un 43 %. En el caso

de Centroamérica, El Salvador presentó la tasa más alta, con un 25 %, mientras que Honduras registró la más baja, con un 13 %. Para el año 2012, en 25 países de la región que registraban más de 7 000 nacimientos anuales, se contabilizaron 13 939 455 partos, de los cuales 5 420 236 correspondieron a cesáreas, lo que representó un 38,9 %. Los datos disponibles indican que esta tendencia ha continuado en aumento. En ese periodo, las tasas de cesárea en los países del continente americano variaron desde un 8 % en Guatemala hasta un 55,6 % en Brasil, mientras que Nicaragua alcanzó la cifra más alta de Centroamérica, con un 34,2 % ³.

En el Perú, la tasa de cesáreas fue de 35,4 %, de acuerdo con los registros del Ministerio de Salud (MINSA) correspondientes al año 2015. Esta cifra supera el intervalo sugerido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que recomienda mantener la proporción de cesáreas entre el 10 % y el 15 % ⁴.

Según un estudio realizado por Quispe A. et al ⁵, en el Perú la tasa promedio de cesáreas en los establecimientos de salud de Lima alcanzó el 36,9 %, con un rango que osciló entre 16,5 % y 71,4 %. Este incremento, observado de manera progresiva entre los años 2001 y 2008, pone en evidencia que en varios hospitales la frecuencia de cesáreas supera ampliamente el límite sugerido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y que su crecimiento sostenido representa un factor que intensifica esta problemática.

Otra investigación indica que, en el Perú, la proporción de partos por cesárea se considera alta en comparación con el parámetro de referencia establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual sugiere un límite máximo del 15 %. A modo ilustrativo, en Paraguay la tasa fue de 36,2 %, en un hospital público de Lima alcanzó el 50,2 %, y en España, específicamente en una comunidad autónoma de Andalucía, se registró un 24,8 %. Las causas que explican el aumento global de las cesáreas son variadas; entre las más comunes destacan los embarazos múltiples, la existencia de antecedentes de cesárea y un nivel socioeconómico elevado, entre otros factores. En este marco, el presente estudio tiene como propósito

examinar ciertas características de los partos por cesárea en el Perú y analizar su comportamiento a lo largo de un período de cinco años ⁶.

Una investigación desarrollada en el Hospital Cayetano Heredia mostró que, en el año 2022, la tasa de cesáreas alcanzó el 56,2 %, lo que representó un total de 2 239 procedimientos ⁷. No obstante, a nivel nacional, el promedio de cesáreas en el Perú fue de 36,3 %, según los resultados reportados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). ⁸.

Es importante destacar que la preocupación frente al aumento de las cesáreas se fundamenta en que, al tratarse de una intervención quirúrgica, conlleva riesgos tanto inmediatos como a largo plazo, los cuales pueden afectar la salud de la madre, del recién nacido e incluso de embarazos posteriores. A esto se añade el elevado costo económico que dichas intervenciones representan para el sistema sanitario.

Por otro lado, el parto vaginal después de una cesárea previa se considera una alternativa que ofrece múltiples beneficios para la madre y el neonato. Entre sus principales ventajas se incluyen la reducción del riesgo de infecciones, hemorragias, lesiones quirúrgicas, tromboembolismo y mortalidad materna. Además, se asocia con una estancia hospitalaria más corta, una recuperación más rápida y un mayor grado de satisfacción en las pacientes.

Sin embargo, este tipo de parto también puede implicar ciertos riesgos, como la ruptura uterina, la necesidad de histerectomía de urgencia, transfusión sanguínea, lesiones neonatales o incluso mortalidad perinatal. En los últimos años, la frecuencia de partos vaginales posteriores a cesárea ha disminuido, debido principalmente a la ausencia de respaldo médico-legal, al temor de las gestantes y a la preocupación del personal de salud ante posibles complicaciones.

El Hospital de Tingo María refleja esta misma situación. En 2018 se registraron 1 633 partos, de los cuales 744 correspondieron a cesáreas, alcanzando una tasa del 45,5 %, cifra que supera ampliamente las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En este sentido, el presente estudio tiene como propósito identificar los factores asociados a la elección del parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea atendidas en el Hospital Tingo María durante el año 2023.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores que favorecen la elección del parto vaginal después de una cesárea previa en gestantes del Hospital Tingo María, 2023?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la muestra en estudio?

¿Cuáles son los factores maternos para la elección de parto vaginal en mujeres con una cesárea previa en el Hospital Tingo María, 2023?

¿Cuáles son los factores fetales para la elección de parto vaginal en mujeres con una cesárea previa en el Hospital Tingo María, 2023?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERALE

Determinar los factores que favorecen la elección del parto vaginal en gestantes a término con una cesárea previa, Hospital Tingo María, 2023.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características sociodemográficas de la muestra en estudio.

Describir los factores maternos para la elección de parto vaginal en mujeres con una cesárea previa en el Hospital Tingo María, 2023.

Describir los factores fetales para la elección de parto vaginal en mujeres con una cesárea previa en el Hospital Tingo María, 2023.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El incremento continuo en la tasa de cesáreas representa uno de los desafíos más importantes para la salud pública, tanto a nivel nacional como global. Según los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en América Latina aproximadamente cuatro de cada diez nacimientos se producen mediante esta intervención quirúrgica. En el Perú, los datos del Ministerio de Salud (MINSA) revelan una tasa del 35,4 %, valor que sobrepasa de manera considerable el rango recomendado por la OMS, comprendido entre el 10 % y el 15 % ¹.

El parto vaginal tras una cesárea previa se considera una alternativa que brinda diversos beneficios tanto para la madre como para el recién nacido. Entre las principales ventajas se incluyen la reducción del riesgo de infecciones, hemorragias, complicaciones quirúrgicas, tromboembolismo y mortalidad materna. Además, este tipo de parto se asocia con una estancia hospitalaria más corta, una recuperación más ágil y un mayor nivel de satisfacción por parte de la madre.

El incremento sostenido de la tasa de cesáreas, a nivel nacional e internacional, representa un problema relevante de salud pública, especialmente cuando supera los niveles recomendados por la Organización Mundial de la Salud (10–15 %). En este marco, el parto vaginal posterior a una cesárea (PVDC) se presenta como una opción segura en casos cuidadosamente seleccionados. Esta alternativa no solo ayuda a reducir los riesgos vinculados con la cirugía, sino que además favorece una experiencia obstétrica más positiva para la gestante.

Desde el punto de vista teórico, la presente investigación se fundamenta en la necesidad de profundizar en los factores biopsicosociales, clínicos y obstétricos que influyen en la elección del PVDC. Su abordaje permitirá generar evidencia científica actualizada y contextualizada, que fortalezca el conocimiento sobre los determinantes

de un parto exitoso tras una cesárea previa, alineando la práctica clínica con los principios de la medicina basada en la evidencia.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

El aporte práctico de esta investigación radica en su potencial para incidir en la toma de decisiones clínicas en el ámbito obstétrico. Al identificar los factores que influyen en la elección del parto vaginal después de cesárea (PVDC), será posible fortalecer el asesoramiento a las gestantes con antecedente de cesárea, promover prácticas seguras y humanizadas, y respaldar al personal de salud en la implementación de estrategias orientadas a reducir la realización de cesáreas innecesarias.

Del mismo modo, este estudio puede constituirse en un insumo fundamental para el diseño de intervenciones educativas dirigidas tanto a las gestantes como al personal médico, contribuyendo al fortalecimiento de la consejería prenatal y a la promoción del PVDC como una alternativa viable, segura y preferible en contextos clínicamente adecuados.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Desde el punto de vista metodológico, esta investigación busca generar conocimiento empírico acerca de los factores que influyen en la elección del parto vaginal posterior a una cesárea, a partir del análisis de casos en un entorno hospitalario específico: el Hospital Tingo María. La recolección sistemática y el análisis de datos permitirán establecer asociaciones significativas entre las características maternas, obstétricas, psicosociales y la elección del tipo de parto.

Asimismo, la metodología propuesta proporcionará un enfoque contextualizado y adaptado a la realidad local, lo que facilitará la identificación de patrones y tendencias que podrían no ser evidentes en estudios realizados en otros países o regiones. De esta manera, se asegura la pertinencia y aplicabilidad de los hallazgos a la población

estudiada.

1.5. LIMITACIONES

Las principales limitaciones identificadas en el presente estudio fueron las siguientes:

- Demora en la búsqueda de historias clínicas.
- Historias clínicas con escritura poco legible.
- Historias clínicas con datos incompletos.

No obstante, pese a estas limitaciones, el estudio conserva validez interna y externa, garantizando la pertinencia y la aplicabilidad de los resultados obtenidos.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La información obtenida en este estudio resulta de gran importancia, ya que contribuye a mejorar la calidad de vida del binomio madre-hijo y a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materno-perinatal. Los datos necesarios para la investigación se encontraron disponibles en documentos oficiales, como las historias clínicas maternas y el libro de registro de partos del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Tingo María.

A pesar de las limitaciones, el análisis de la información fue factible gracias a la utilización de fuentes complementarias —como el libro de partos—, lo que permitió completar la recolección dentro del tiempo previsto y conforme a las fechas planificadas. En cuanto a los recursos humanos, se contó con la asesoría y el acompañamiento de especialistas capacitados en las diferentes fases del proceso investigativo, desde la recolección y el procesamiento de los datos hasta la presentación de los resultados.

Respecto a los recursos financieros, el estudio fue viable al ser solventado por la investigadora, cubriendo los costos establecidos en el presupuesto y asegurando la disponibilidad de los medios necesarios para su adecuada ejecución.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

En Ecuador-Guayaquil (2020), Cevallos E, Huayamave M. Se llevó a cabo una investigación con el propósito de identificar la cicatriz postcesárea como principal factor de riesgo de complicaciones maternas en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”, durante el periodo comprendido entre octubre de 2019 y marzo de 2020. El estudio fue de carácter observacional, descriptivo y de revisión bibliográfica, e incluyó una muestra de 120 pacientes. Los resultados mostraron que el 63,3 % de las mujeres eran segundigestas (G2 P1 C1) y que el 72,5 % presentó un intervalo intergenésico superior a dos años. La causa más frecuente de la cesárea previa fue el sufrimiento fetal agudo (43,3 %). Entre las complicaciones más comunes durante el parto se identificaron los desgarros del canal del parto (33,3 %), mientras que en el puerperio predominó la retención de restos (45,8 %). Como recomendación, los autores propusieron fortalecer la capacitación del personal de salud mediante programas y charlas de actualización sobre la atención de gestantes con antecedentes de cesárea ⁹.

En Mexico- Puebla (2021), Salvador Citlali, desarrolló la investigación titulada “Parto después de una cesárea previa, para disminución de morbilidad y mortalidad materno-infantil”, El estudio tuvo como propósito determinar si el parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y fetal. Se trató de una investigación descriptiva, observacional, retrospectiva y transversal, con un diseño de casos y no casos, desarrollada en la Unidad Materno Infantil ISSSTEP entre enero de 2018 y enero de 2020. La muestra incluyó 100 pacientes que cumplieran con

criterios específicos: embarazo único entre las 37 y 41 semanas, presentación cefálica, histerotomía tipo Kerr, intervalo intergenésico mayor de 18 meses y trabajo de parto espontáneo. Los resultados evidenciaron que el 60 % de los casos culminó en parto vaginal y el 40 % en una cesárea repetida. La causa más habitual de la cesárea anterior fue la de tipo electiva (34 %). Entre los factores asociados a una mayor probabilidad de éxito del parto vaginal destacaron: el inicio espontáneo del trabajo de parto (60 %), un periodo intergenésico superior a dos años (OR 2,48), el ingreso en fase activa con una dilatación mayor de 4 cm (OR 7,5), un borramiento cervical superior al 40 % (OR 2,48) y un peso fetal adecuado para la edad gestacional (OR 23,72). No se registraron infecciones, rupturas uterinas, atonía ni muertes maternas, además de observarse una menor frecuencia de hemorragia obstétrica (OR 18,3). En cuanto a los resultados perinatales, no se reportaron fallecimientos neonatales, y el parto vaginal posterior a cesárea mostró mejores desenlaces en comparación con la cesárea de repetición, evidenciando una menor incidencia de morbilidad respiratoria (OR 0,19), síndrome de distrés respiratorio (OR 0,32), taquipnea transitoria (OR 0,21) y menor necesidad de ingreso a la UCIN (OR 0,32). En general, la tasa de éxito del parto posterior a cesárea fue del 60 %, lo que demuestra que, en pacientes adecuadamente seleccionadas, esta práctica reduce las complicaciones maternas y perinatales, promoviendo resultados clínicos más favorables ¹⁰.

En Ecuador-Guayaquil (2020), Santana Ingrid y Yaucan Kevin, se tuvo como objetivo determinar los riesgos maternos asociados al parto vaginal después de cesárea (PVDC) durante el periodo comprendido entre junio de 2017 y junio de 2020. La investigación empleó una metodología de enfoque cuantitativo y diseño no experimental, con una población de 988 pacientes, de las cuales 225 cumplieron los criterios de inclusión establecidos. Los resultados evidenciaron que las principales complicaciones maternas asociadas al PVDC fueron la hipotonía uterina (11,1 %), hemorragia posparto (7,1 %), desgarro de cérvix (5,3 %), retención de restos ovulares (3,6 %), rotura

uterina (1,3 %) y histerectomía (0,9 %). Los autores concluyeron que, si bien el PVDC constituye una alternativa viable y segura en casos seleccionados, no está exento de riesgos; por ello, se enfatiza la importancia de una adecuada selección de las gestantes y un manejo obstétrico oportuno que permita prevenir complicaciones maternas graves ¹¹.

En Colombia (2022) Arango Montoya C, et al. Desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la proporción de partos vaginales exitosos en mujeres con antecedente de cesárea previa, así como describir las complicaciones maternas y perinatales y explorar los factores asociados al éxito del parto vaginal. Se trató de un estudio descriptivo de corte transversal, que incluyó a 286 gestantes con antecedente de una cesárea, edad gestacional mayor a 24 semanas y fetos únicos vivos, excluyéndose aquellas con más de una cesárea o con antecedentes de miomectomía. Los resultados evidenciaron un porcentaje de éxito del parto vaginal del 74,5 %. Las complicaciones maternas se presentaron en el 3,2 % de los partos vaginales y en el 6,8 % de las cesáreas, mientras que en los recién nacidos el 1,3 % presentó alguna complicación, reportándose además dos muertes perinatales. Entre los factores asociados al éxito del parto vaginal destacaron el antecedente de parto vaginal (OR 2,7), un puntaje de Bishop mayor a 6 (OR 2,2), el inicio espontáneo del trabajo de parto (OR 4,5) y la edad materna menor de 30 años (OR 2,28). Los autores concluyeron que el parto vaginal después de cesárea constituye una alternativa segura en pacientes seleccionadas, especialmente cuando se presenta inicio espontáneo del trabajo de parto o antecedentes de parto vaginal, recomendando la realización de estudios prospectivos que permitan confirmar estos hallazgos ¹².

En Brasil (2021), Pinto, Keli Regiane Tomeleri da Fonseca, et al. Se realizó un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia del parto vaginal después de una cesárea en una maternidad de alto riesgo e identificar las complicaciones maternas y neonatales asociadas. Se

empleó una metodología transversal, cuantitativa y retrospectiva, con una muestra de 44 mujeres que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea, utilizando para ello el análisis de registros médicos. El procesamiento de datos incluyó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas. Los resultados mostraron que la prevalencia del parto vaginal después de una cesárea fue del 13 %. En cuanto a las complicaciones, estas se presentaron en el 13,6 % de las mujeres y en el 4,5 % de los recién nacidos, sin registrarse casos de ruptura uterina. Los autores concluyeron que los resultados favorables respaldan la seguridad del parto vaginal después de una cesárea, tanto para la madre como para el recién nacido, y enfatizan la importancia de promover esta vía de resolución como una opción segura en gestantes con antecedente de cesárea previa ¹³.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Tacna, Ayma Velásquez D. L. (2020) Se desarrolló una investigación con el objetivo de identificar los factores predisponentes al parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna, durante el periodo 2017–2019. El estudio adoptó un diseño observacional, retrospectivo y analítico, considerando como población y muestra a las gestantes con edad gestacional entre 37 y 40 semanas. Los datos fueron recolectados mediante fichas de recolección y revisión de historias clínicas registradas en el sistema informático del Departamento de Gineco-Obstetricia. En total, se revisaron 787 historias clínicas de gestantes con antecedente de cesárea, de las cuales 234 culminaron en parto vaginal después de cesárea (PVDC) y 553 en cesárea iterativa, representando una frecuencia de PVDC del 29,79 % y una tasa de cesárea reiterativa del 70,27 %. Los factores asociados al éxito del parto vaginal fueron: edad materna menor de 35 años (OR 1,30; IC 95 %: 0,86–1,97), edad gestacional menor de 40 semanas (OR 1,10; IC 95 %: 0,78–1,55), antecedente de PVDC (OR 1,41; IC 95 %: 0,78–2,55), multiparidad (OR 3,94; IC 95 %: 2,82–5,50), periodo intergenésico mayor de 5 años (OR 1,15; IC 95 %: 0,85–1,57), control prenatal

adecuado (OR 1,05; IC 95 %: 0,70–1,45), peso del recién nacido menor de 4000 g (OR 2,49; IC 95 %: 1,59–3,90) y dilatación cervical ≥ 4 cm al ingreso (OR 43,38; IC 95 %: 28,90–65,1). La única complicación obstétrica reportada fue la hemorragia postparto, presente en el 0,43 % de los casos. Concluyeron que los factores materno-perinatales con mayor asociación al éxito del parto vaginal tras cesárea previa fueron: edad materna menor de 35 años, edad gestacional entre 37 y 39 semanas, antecedente de PVDC, multiparidad, periodo intergenésico mayor de 5 años, control prenatal adecuado, dilatación cervical ≥ 4 cm al ingreso y peso neonatal menor de 4000 g ¹⁴.

En Huancayo (2021). Lenon P.O.J. realizó una investigación con el objetivo de determinar los factores pronósticos asociados al parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen durante el año 2019. El estudio adoptó un diseño no experimental, transversal y ex post, utilizando como técnica la revisión documentaria y como instrumento una ficha de recolección de datos. La población estuvo conformada por 344 gestantes con antecedente de cesárea, trabajándose con una muestra de 200 pacientes. Los resultados mostraron que, de los 182 casos evaluados, el 47,3 % culminó en parto vaginal y el 52,7 % en cesárea. En cuanto a las características sociodemográficas, se observó que el 44,4 % de las mujeres mayores de 35 años tuvo parto vaginal, mientras que el 100 % de las madres con posgrado fue sometido a cesárea. Asimismo, el 50,5 % de las mujeres procedentes de zona urbana y el 69,2 % de las de zona rural culminaron en parto vaginal. Respecto al nivel económico, el 81,7 % de las madres con bajos ingresos terminó en cesárea. En relación con la paridad, todas las gestantes con más de cuatro hijos fueron sometidas a cesárea. En el análisis inferencial, los factores edad materna, grado de instrucción, procedencia, nivel de ingresos, paridad, índice de masa corporal, enfermedad materna inducida por el embarazo, edad gestacional, periodo intergenésico y dilatación cervical mostraron asociación estadísticamente significativa con la vía de culminación del embarazo ($p < 0,05$). En contraste, el estado civil no presentó asociación

significativa ($p = 0,73$). Se concluyó que tanto los factores sociodemográficos (exceptuando el estado civil) como los factores obstétricos propios del embarazo poseen valor pronóstico en la vía de terminación del embarazo, constituyéndose en variables relevantes para el éxito del parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital El Carmen.¹⁵.

En Tacna (2021). Sosa Yujra F. Se llevó a cabo un estudio con el propósito de determinar la relación entre el parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa y la presencia de complicaciones maternas y perinatales en el Hospital Hipólito Unanue, durante los años 2014 y 2015. El diseño metodológico fue analítico, transversal y retrospectivo, con una muestra conformada por 84 mujeres con antecedente de cesárea. Los resultados mostraron que el período expulsivo tuvo una duración igual o menor a 20 minutos en el 89,2 % de los casos. En relación con el alumbramiento, se observó que el 72,6 % fue dirigido, mientras que el 27,4 % presentó una duración igual o superior a 15 minutos, siendo los tipos Schultze y Duncan los más frecuentes. Asimismo, el 65,6 % de las pacientes presentó un sangrado inferior a 200 cc. En cuanto a los recién nacidos, la mayoría tuvo un peso entre 3501 y 4000 gramos, con edades gestacionales comprendidas entre 38 y 41 semanas; además, el 95,2 % obtuvo un puntaje de Apgar entre 7 y 10 al primer minuto. Respecto a las complicaciones, se reportó que el 83,3 % de las gestantes no presentó eventos adversos, mientras que el 16,7 % registró desgarro perineal de primer grado o retención de membranas. Se concluyó que no existe una relación estadísticamente significativa entre el antecedente de cesárea previa y la aparición de complicaciones en el parto vaginal, lo que respalda la seguridad de esta vía de culminación del embarazo en la mayoría de los casos analizados.

¹⁶.

En Cusco (2019) Rojas Ch, L.A. Se realizó un estudio con el propósito de identificar los factores predictores de éxito del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa en el Hospital Antonio

Lorena, durante el periodo 2016–2019. La investigación fue de tipo casos y controles, desarrollada en pacientes atendidas tanto en consulta externa como en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia. Para el análisis se revisaron 202 historias clínicas de mujeres con edades comprendidas entre 19 y 42 años, observándose que la tasa de cesáreas en el hospital alcanzó el 32,9 %. Entre los factores asociados al éxito del parto vaginal, se identificaron los siguientes: edad materna entre 20 y 35 años (OR: 1,64; IC 95 %: 1,93–2,89; $p < 0,05$), antecedente de parto vaginal previo (OR: 3,74; IC 95 %: 1,87–7,49; $p < 0,05$), multiparidad (OR: 2,43; IC 95 %: 1,38–4,29; $p < 0,05$), periodo intergenésico de 2 a 5 años (OR: 1,79; IC 95 %: 1,17–3,25; $p < 0,05$), dilatación cervical mayor de 4 cm (OR: 2,29; IC 95 %: 1,20–4,37; $p < 0,05$), parto espontáneo (OR: 1,65; IC 95 %: 1,52–5,23; $p < 0,05$) y peso neonatal entre 2500 y 4000 gramos (OR: 2,98; IC 95 %: 1,11–7,96; $p < 0,05$). En conclusión, se determinó que los factores maternos (edad adecuada, antecedente de parto vaginal, multiparidad, periodo intergenésico óptimo y control prenatal completo), junto con los factores relacionados al trabajo de parto (dilatación cervical mayor a 4 cm y parto espontáneo) y los factores fetales (peso al nacer entre 2500 y 4000 g), constituyen predictores significativos de éxito para lograr un parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea.¹⁷.

En Lima (2019) Marca Ticona, D. F. (2019). Se llevó a cabo un estudio cuyo propósito fue determinar los factores asociados al éxito del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa que fueron sometidas a una prueba de trabajo de parto, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2017. El estudio presentó un diseño observacional, descriptivo y de corte transversal, e incluyó a 825 mujeres con antecedente de una cesárea y sin contraindicaciones para el parto vaginal. Los resultados evidenciaron que la frecuencia de parto vaginal exitoso en este grupo fue del 76,1 %. Asimismo, se identificaron como factores asociados al éxito los siguientes: índice de masa corporal menor de 30 kg/m², antecedente de parto vaginal posterior a una cesárea,

intervalo intergenésico de 2 a 4 años, más de seis controles prenatales, dilatación cervical igual o superior a 4 cm al ingreso y ausencia de uso de oxitócicos. En conclusión, se determinó que la tasa de éxito de la prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa fue elevada (76,1 %), y que factores maternos, obstétricos y del propio proceso del trabajo de parto ejercen una influencia significativa en la probabilidad de alcanzar un parto vaginal satisfactorio ¹⁸.

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL

En Huánuco (2022) Tucto Bruno, Esther Priscila y Vigilio Vega, Juana Yovana. Se realizó un estudio con el propósito de identificar las causas que conducen a la realización de partos por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán. La investigación fue de tipo descriptiva, retrospectiva y transversal, y contó con una muestra de 357 mujeres que fueron sometidas a intervención quirúrgica mediante cesárea. Para la recolección de la información se utilizó una ficha validada previamente como instrumento de registro de datos. Los resultados revelaron que diversas variables presentaron asociación estadísticamente significativa con la indicación de cesárea, entre ellas: antecedente de cesárea previa ($X^2 = 42,320$; $p = 0,000$), preeclampsia ($X^2 = 4,527$; $p = 0,033$), desproporción cefalopélvica ($X^2 = 4,347$; $p = 0,037$), distocias del trabajo de parto ($X^2 = 5,870$; $p = 0,015$), estado fetal no tranquilizador ($X^2 = 1,702$; $p = 0,022$), macrosomía fetal ($X^2 = 7,820$; $p = 0,005$), distocias de presentación fetal ($X^2 = 5,501$; $p = 0,019$) y placenta previa ($X^2 = 8,360$; $p = 0,004$). En conclusión, se estableció que las variables mencionadas constituyen factores determinantes en la resolución del parto mediante cesárea, lo que permitió aceptar la hipótesis de investigación y rechazar la hipótesis nula.

¹⁹.

En Tingo María (2022) Espinoza. Se llevó a cabo un estudio con el propósito de determinar los factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María durante el año 2022. Los resultados indicaron que las edades más frecuentes se encontraban

entre 20 y 30 años (45 %), y que el estado civil predominante fue el de convivientes (55 %), seguido por casadas (29 %). La mayoría de las participantes procedía de zonas urbanas (78 %), el 54 % contaba con nivel de escolaridad secundaria, y la ocupación más habitual fue ama de casa (48 %). En relación con las características obstétricas, se observó que el 75 % de las gestantes presentó una edad gestacional a término, el 53 % fueron multíparas, el 66 % asistió a entre 6 y 9 controles prenatales, y el 57 % tenía antecedente de cesárea previa. Respecto a las causas específicas de la intervención, las maternas representaron el 54 % de los casos, destacando la desproporción cefalopélvica (37 %) como la más frecuente; las fetales constituyeron el 27 %, siendo la distocia la causa principal (58 %); mientras que las ovulares abarcaron el 19 %, con el oligohidramnios (33 %) como diagnóstico predominante. Se concluyó que las causas maternas fueron las principales determinantes del parto por cesárea, seguidas por las fetales y, en menor proporción, por las ovulares. ²⁰.

En Tingo María (2022). Borromeo S. Joaquina. Se desarrolló el estudio titulado “Efectos maternos perinatales del parto eutócico exitoso en gestantes con parto distócico anterior en el Hospital Tingo María, 2020”, cuyo objetivo fue determinar los efectos maternos y perinatales del parto eutócico en gestantes con antecedente de parto distócico. La investigación adoptó un diseño descriptivo, prospectivo, analítico y transversal, con una muestra de 60 gestantes y la utilización de una ficha de recolección de datos generales como instrumento. Los resultados mostraron que el 44 % de las participantes tenía más de 30 años, el 50 % contaba con nivel de educación secundaria y el 66 % procedía de zona urbana. En cuanto a los antecedentes obstétricos, el 68 % tenía un solo hijo, el 100 % recibió atención prenatal, el 68 % presentaba antecedente de cesárea previa y el 90 % no tuvo un periodo intergenésico corto. Respecto a los efectos maternos anteparto, el 65 % no presentó cesárea electiva, el 78 % no cursó con preeclampsia y el 85 % no tuvo embarazo prolongado. Durante el parto, el 90 % no presentó sufrimiento fetal agudo y el 72 % no mostró desproporción cefalopélvica. En el postparto, el 100

% no presentó rotura uterina, el 92 % no experimentó hemorragia postparto y el 85 % no sufrió trauma obstétrico. En relación con los efectos perinatales, se reportó que el 30 % de los recién nacidos fueron macrosómicos y el 8 % presentaron bajo peso al nacer. Se concluyó que la mayoría de las gestantes con antecedente de parto distócico previo lograron un parto eutócico exitoso, sin complicaciones maternas graves y con resultados perinatales generalmente favorables, lo que evidencia la viabilidad de un manejo obstétrico adecuado en estos casos. ²¹.

2.2. BASES TEÓRICAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda mantener la tasa de cesáreas en un rango del 10 al 15 %, advirtiendo que valores superiores constituyen un indicador de un manejo obstétrico inadecuado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), tras diversos análisis sistemáticos, concluye que la cesárea constituye un procedimiento eficaz para salvar la vida de la madre y del recién nacido únicamente cuando está justificada por razones médicas. No obstante, tasas de cesárea superiores al 10 % no se asocian con una disminución en la mortalidad materna ni neonatal; por el contrario, pueden incrementar el riesgo de complicaciones y discapacidades significativas, algunas de carácter permanente o incluso mortal, especialmente en contextos con limitaciones en infraestructura y capacidad quirúrgica para atender adecuadamente las posibles complicaciones. En este sentido, la OMS recomienda que las cesáreas se realicen solo cuando existan indicaciones médicas estrictamente justificadas ¹.

El parto vaginal continúa siendo la vía de elección para la culminación del embarazo, dado que promueve una recuperación más rápida y evita la elevación de las tasas de cesáreas iterativas.

En un embarazo posterior, la mujer no necesariamente está obligada a someterse nuevamente a una cesárea, ya que puede optar por un parto vaginal después de cesárea (PVDC), procedimiento que ha demostrado ser seguro en pacientes seleccionadas, siempre que se realice bajo una

adecuada vigilancia médica y criterios clínicos bien definidos, considerando tanto sus beneficios como los riesgos potenciales asociados ²².

El Modelo de Nola Pender.

Pender²³ publicó el artículo titulado “Un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, el cual constituyó una base fundamental para estudiar el modo en que los individuos toman decisiones respecto al cuidado de su propia salud dentro del contexto de la promoción sanitaria. En dicho trabajo, Pender identificó diversos factores que influyen en la toma de decisiones y en las acciones orientadas a la prevención de enfermedades, estableciendo que el individuo posee factores cognitivos y perceptuales que pueden ser modificados por características situacionales, personales e interpersonales, lo que finalmente conduce a la participación en conductas que favorecen la salud, especialmente cuando existe una pauta o estímulo para la acción. El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender permite identificar los conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud e integrar los hallazgos de investigación, facilitando así la formulación de hipótesis comparables y aplicables en diferentes contextos clínicos y comunitarios. Esta teoría ha sido perfeccionada y ampliada con el tiempo, incrementando su capacidad explicativa respecto a las relaciones entre los factores que influyen en la modificación de la conducta sanitaria.

El modelo se fundamenta en la educación de las personas sobre el autocuidado y los estilos de vida saludables, partiendo de la premisa de que promover la salud es prioritario frente a los cuidados curativos, ya que prevenir la enfermedad reduce los gastos sanitarios, fomenta la independencia de las personas y mejora la calidad de vida en el futuro. En este sentido, el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender constituye una guía teórica para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud, orientando la observación y comprensión de los procesos biopsicosociales que intervienen en el comportamiento del individuo frente a su salud, y sirviendo como modelo de referencia para mejorar la calidad de vida y el bienestar integral.

2.2.1. CESÁREA

La cesárea se define como un procedimiento quirúrgico obstétrico cuyo objetivo es extraer al feto vivo o muerto a partir de las 22 semanas de gestación o más, junto con la placenta y sus anexos, mediante una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía). Esta intervención constituye una alternativa al parto vaginal y se indica cuando existen condiciones maternas o fetales que impiden un parto seguro por vía natural ²⁴.

2.2.2. CATEGORIZACIÓN

Las cesáreas pueden clasificarse según el grado de urgencia y el momento de su realización. Se considera una cesárea planificada o electiva aquella que se efectúa ocho horas o más después de la decisión médica, generalmente antes del inicio del trabajo de parto, y en condiciones programadas. Por otro lado, la cesárea urgente se practica entre los 30 minutos y las ocho horas posteriores a la decisión, ante la presencia de una condición que requiere una resolución oportuna pero no inmediata. Finalmente, se denomina cesárea inmediata o de emergencia a aquella que se realiza dentro de los primeros 15 a 30 minutos, motivada por una amenaza inminente para la vida o la salud materna y/o fetal ²⁵.

2.2.3. ELECCIÓN DE LA VÍA DE PARTO

Durante la atención prenatal, preferentemente antes de las 36 semanas de edad gestacional, es fundamental brindar información completa y comprensible a la gestante acerca de los riesgos y beneficios tanto del parto vaginal después de una cesárea previa (PVDC) como de la cesárea iterativa. Esta orientación permite que la mujer participe activamente en la toma de decisiones informadas sobre la vía de parto más adecuada, promoviendo la seguridad materna y perinatal, así como el respeto a su autonomía reproductiva. ²⁶ El consentimiento informado constituye un elemento esencial en el plan de parto de la mujer con antecedente de cesárea previa, ya que garantiza su derecho a decidir

libre y conscientemente sobre el tipo de parto, tras haber recibido información clara y suficiente acerca de los riesgos, beneficios y alternativas disponibles. ²⁷.

2.2.4. PARTO CON CESÁREA PREVIA

Definición: El parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea puede representar una opción más segura tanto para la madre como para el feto, especialmente cuando la incisión uterina previa fue transversal baja. No obstante, esta práctica no es uniforme en todos los centros de salud ni entre profesionales de distintos países. Permitir el trabajo de parto en pacientes con una cesárea previa puede contribuir a disminuir de manera importante la tasa global de cesáreas, alcanzando reducciones de hasta un 10 % en ciertos contextos. Además, la duración del trabajo de parto en estas mujeres suele ser comparable a la de aquellas sin cesárea anterior, por lo que es posible aplicar las mismas curvas de progreso propuestas por Friedman para el manejo de la fase activa del parto.

2.2.5. TASA DE ÉXITO DE PARTO POR VÍA VAGINAL

Se ha documentado que la tasa de éxito del parto vaginal posterior a una cesárea oscila entre el 72 % y el 76 % (nivel de evidencia IIa), incrementándose hasta un 87 % o 90 % cuando la mujer presenta antecedente de un parto vaginal previo. No obstante, ciertos factores pueden reducir la probabilidad de lograr un parto vaginal tras una cesárea anterior, entre ellos, que la indicación de la cesárea previa haya sido una distocia, haber tenido un parto pretérmino por cesárea o contar con un intervalo intergenésico menor de 18 meses ²⁸. Cuando no existen contraindicaciones para el parto vaginal, se debe ofrecer a todas las gestantes con antecedente de cesárea la posibilidad de intentar un parto por esta vía, siempre que previamente se hayan descartado riesgos potenciales y se haya brindado información completa sobre los beneficios y posibles complicaciones del parto vaginal. ^{26,27}.

2.2.6. TASAS DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA

El éxito del parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea varía según la causa de la intervención quirúrgica previa. Las tasas de éxito oscilan entre el 71% y el 92% cuando la cesárea anterior se realizó por sufrimiento fetal severo, mientras que en los casos de cesárea por parto distócico el porcentaje es menor, alrededor del 68%.²⁹

Factores como el peso fetal, la edad gestacional, las indicaciones de la cesárea anterior, el número de partos vaginales o cesáreas previas, el grado de dilatación cervical y la puntuación de Bishop han demostrado tener relevancia en el pronóstico del parto vaginal posterior a cesárea. En un estudio realizado por Piccardo en 1992 con 312 pacientes, se evidenció que estas variables poseían un alto valor predictivo positivo (94,5%) para el éxito del parto vaginal, aunque el valor predictivo negativo fue bajo (33,3%).

En cambio, otros factores como la raza, la edad materna, la talla, el peso, la paridad y la ruptura prematura de membranas no mostraron asociación estadísticamente significativa. Se ha sugerido incluso la elaboración de un sistema de puntuación que considere estas variables para estimar las probabilidades de éxito o fracaso del parto vaginal.

En otra investigación, Demjanczuk reportó una tasa de partos vaginales del 54,3% en mujeres con antecedente de cesárea, observando además un mayor uso de partos instrumentados (54% frente al 30% en mujeres sin cesárea previa).

2.2.7. CONDICIONES PARA PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA

Las gestantes con antecedente de cesárea deben ser hospitalizadas únicamente durante el trabajo de parto, salvo que exista alguna condición obstétrica que justifique una internación anticipada. Para la realización de un parto vaginal en estas pacientes es necesario

cumplir con ciertos criterios de seguridad y preparación.²⁹

- 1- Evaluación de laboratorio: se deben solicitar análisis clínicos básicos, incluyendo hemograma, tipificación sanguínea y factor Rh, pruebas de coagulación y la reserva de al menos dos unidades de sangre.
- 2- Monitoreo continuo: el trabajo de parto y el parto deben ser supervisados de forma estricta, con especial atención al control clínico y a la vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal.
- 3- Uso de sonda vesical: la colocación de una sonda Foley permite detectar tempranamente la presencia de hematuria, lo cual podría indicar complicaciones.
- 4- Disponibilidad quirúrgica: es indispensable contar con acceso inmediato a una sala de operaciones en caso de requerirse una cesárea de emergencia.
- 5- Acceso venoso adecuado: debe asegurarse una vía venosa permeable mediante un catéter apropiado, que permita la administración rápida de líquidos o soluciones intravenosas según sea necesario.

Por consiguiente, cuando se decide ofrecer el parto vaginal a mujeres con antecedente de cesárea, el establecimiento de salud debe disponer de todos los recursos necesarios para realizar una cesárea de emergencia en caso de ser requerida. El partograma, instrumento que permite registrar el progreso del trabajo de parto, debe llenarse de manera rigurosa y las decisiones clínicas deben basarse en su evolución. Se ha evidenciado que el riesgo de ruptura uterina aumenta cuando se sobrepasa el tiempo límite establecido en la curva de Friedman; no obstante, aplicar este control puede ocasionar un leve aumento en las cesáreas, aunque con el beneficio de reducir la incidencia de ruptura uterina y la morbilidad materno-fetal.

Asimismo, toda paciente debe recibir una información completa sobre los procedimientos, riesgos y beneficios, asegurando su consentimiento informado. Estudios reportan que, tras una adecuada

orientación, hasta un 81 % de las gestantes acepta intentar un parto vaginal.

El uso de la pelvimetría radiológica no se recomienda como parte de la evaluación previa, ya que no predice con fiabilidad los resultados del parto y tiende a elevar innecesariamente la tasa de cesáreas; por ello, esta práctica debería ser descartada.

El monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca fetal constituye una de las medidas más relevantes, puesto que las alteraciones en este parámetro suelen ser los signos más tempranos de una posible ruptura uterina. Aunque se ha sugerido el empleo de catéteres intrauterinos para detectar precozmente esta complicación mediante la observación de la presión intrauterina, investigaciones como la de Rodríguez y colaboradores —que revisaron 76 casos de ruptura uterina, 39 de ellos con catéter— demostraron que la pérdida de presión no siempre se presenta; incluso un 10 % de los casos mostró aumento de la presión basal, sin diferencias en la morbilidad materno-fetal. Por ello, este método no se recomienda como herramienta de vigilancia.

En cuanto a la revisión manual del segmento uterino, algunos autores la sugieren tras el parto para evaluar la integridad de la cicatriz previa o ante signos clínicos de alarma, como dolor abdominal intenso, sangrado excesivo o atonía uterina; sin embargo, otros estudios no respaldan su uso rutinario debido a su baja sensibilidad para detectar rupturas. Finalmente, la ecografía del segmento uterino inferior ha mostrado cierto valor predictivo, al observarse que el riesgo de ruptura uterina disminuye conforme aumenta el grosor del segmento. Se ha establecido un punto de corte de 3.5 mm, con un valor predictivo positivo del 11.8 % y negativo del 99.3 %. No obstante, se considera que se requieren más investigaciones para confirmar su utilidad clínica.

Ventajas para la madre:

- Favorece una mejor regulación de la presión arterial, contribuyendo al bienestar hemodinámico durante el trabajo de parto.

- Optimiza el flujo de oxígeno hacia la placenta y el feto, manteniendo estables los niveles de glucosa en sangre.
- Promueve una mayor conexión emocional y física de la mujer consigo misma, fortaleciendo su vivencia del proceso de parto.
- El trabajo de parto natural contribuye al adelgazamiento progresivo del segmento inferior del útero, lo que, en caso de requerirse una cesárea, reduce el riesgo quirúrgico al facilitar la incisión y permite una recuperación más rápida.

Ventajas para el recién nacido:

- Facilita la expulsión del líquido pulmonar residual, favoreciendo una mejor adaptación respiratoria al medio extrauterino.
- Mejora la oxigenación sistémica y cerebral, promoviendo un inicio vital más estable.
- El neonato suele presentar mayor estado de alerta y reactividad tras el nacimiento.
- El contacto piel a piel temprano favorece la lactancia materna, estimulando la producción de leche.
- Permite que el bebé permanezca inmediatamente junto a sus padres, fortaleciendo el vínculo afectivo desde los primeros momentos de vida.

2.2.8. CONTRAINDICACIONES PARA PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA

Solo alrededor del 15,6 % de las gestantes con antecedente de cesárea presentan contraindicaciones absolutas o relativas para intentar un parto por vía vaginal. Entre las contraindicaciones absolutas se incluyen las cesáreas de tipo corporal clásica o con incisión en “T” invertida, así como los casos de dehiscencia o ruptura previa de la cicatriz uterina que requirieron reparación quirúrgica, incluso cuando se trata de adelgazamientos importantes del segmento uterino. Las contraindicaciones relativas abarcan la presencia de dos o más cesáreas anteriores, cicatriz uterina de tipo desconocido, embarazo gemelar o

diagnóstico ecográfico de macrosomía fetal. Se estima que las mujeres con dos o más cesáreas representan cerca del 2,3 % de la población obstétrica, posiblemente porque en el primer procedimiento algunas optan por la ligadura tubárica como método anticonceptivo definitivo.²⁹

Algunos autores sostienen que haber tenido dos cesáreas previas no constituye necesariamente una contraindicación, ya que los índices de éxito del parto vaginal pueden ser comparables a los de mujeres con una sola cesárea (alrededor del 75,3 %). No obstante, otros estudios advierten un riesgo tres veces mayor de ruptura uterina, por lo que el abordaje debe individualizarse. En cuanto a la macrosomía fetal, los resultados de las investigaciones son contradictorios. Aunque algunos trabajos muestran una reducción en la tasa de partos vaginales exitosos cuando el peso fetal estimado supera los 4 000 g (43 % frente a 58 %), otros no reportan diferencias significativas (73 % vs. 76 %). Además, la sobredistensión uterina por embarazo múltiple o polihidramnios no parece incrementar el riesgo de ruptura uterina. Respecto a las presentaciones podálicas y embarazos gemelares, diversos estudios coinciden en que no deben considerarse contraindicaciones absolutas para el parto vaginal, aunque existe el riesgo de que la manipulación obstétrica pueda transformar un defecto uterino mínimo en una ruptura completa, por lo que se requieren más investigaciones al respecto. Por otro lado, la implantación placentaria sobre la cicatriz uterina podría relacionarse con un mayor riesgo de ruptura y hemorragia, aunque la evidencia actual no es concluyente.

2.2.9. RIESGO MATERNO

Es importante determinar si la histerotomía realizada en la cesárea anterior fue de tipo segmentaria transversa. Si existe una alta probabilidad de que así haya sido, se recomienda ofrecer a la gestante la posibilidad de intentar un parto por vía vaginal. En la mayoría de los casos en los que el tipo de incisión es desconocido, esta corresponde a una incisión transversa baja (alrededor del 92%), lo que implica un bajo riesgo de ruptura uterina²⁶. Las gestantes que son candidatas a un parto

vaginal después de una cesárea deben recibir información completa sobre los posibles riesgos. Según un metaanálisis que incluyó más de 400.000 casos, el riesgo de ruptura uterina en estos partos es de aproximadamente entre 0,3% y 0,4%, en comparación con un 0,03% observado en las cesáreas programadas^{28,31} Con los datos actualmente disponibles, no se han encontrado diferencias significativas entre el parto vaginal después de una cesárea y la cesárea electiva en cuanto a la incidencia de histerectomía, hemorragia, necesidad de transfusión o infecciones. Sin embargo, se ha observado una mayor mortalidad materna asociada a la cesárea electiva, aunque las cifras absolutas son muy bajas (0,013% frente a 0,004%; $p = 0,027$), (nivel de evidencia IIa).^{28,29}

2.2.10. RIESGO FETALES

Las mujeres que son candidatas a un parto vaginal después de una cesárea deben ser informadas sobre los posibles riesgos perinatales que implica intentar este tipo de parto. Se ha identificado un incremento en el riesgo de mortalidad perinatal, con un nivel de evidencia IIa³¹. Este riesgo está directamente relacionado con la posibilidad de rotura uterina, ya que se ha observado que la acidosis metabólica neonatal severa está presente en aproximadamente el 33% de los casos de rotura uterina a término (nivel de evidencia IIa). Dado que la parálisis cerebral postparto a término es un evento poco frecuente, y solo un número reducido de casos se asocia directamente con complicaciones del parto, se considera necesario realizar investigaciones de gran tamaño poblacional para evaluar de manera más concluyente estos posibles riesgos.²⁷

2.2.11. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DEL PARTO VAGINAL

Diabetes gestacional: La presencia de diabetes gestacional reduce la probabilidad de lograr un parto vaginal después de una cesárea previa; sin embargo, la morbilidad materna y fetal asociada a esta condición no muestra diferencias significativas en comparación con

otros casos.^(33, 34)

Período intergenésico: Se ha observado que cuando el intervalo entre embarazos es menor a 2 años, la vascularización útero-placentaria puede ser insuficiente debido a una limitada adaptación vascular. En pacientes con antecedente de cesárea, esto afecta directamente la extensibilidad y contractilidad del útero, ya que la cicatriz uterina conserva menos fibras musculares y presenta hipoperfusión. Por consiguiente, un período intergenésico corto se asocia con una cicatriz uterina más débil y, por ende, mayor riesgo durante un parto posterior⁽³⁵⁾.

Los períodos intergenésicos menores a 6 meses se incrementan el riesgo de aborto. Se ha evidenciado que un intervalo intergenésico menor a 18 meses multiplica por tres el riesgo de ruptura o dehiscencia uterina. Además, si el intervalo es inferior a 2 años, se incrementa la probabilidad de parto pretérmino en un 27 %. Por otro lado, intervalos mayores a 4 años pueden generar alteraciones en la vascularización, conduciendo a hipoperfusión placentaria y eventual daño endotelial. En consecuencia, se considera que el período intergenésico óptimo para minimizar complicaciones maternas y neonatales se encuentra entre 2 y 4 años, lo que explica que a menudo se recomienda optar por cesárea en gestantes con intervalos menores a 18 meses.³⁶

Parto vaginal previo: Tener antecedentes de parto previo se considera un factor pronóstico favorable, ya que incrementa las probabilidades de éxito del parto vaginal y reduce el riesgo de ruptura uterina.^(37,38) El inicio del trabajo de parto en pacientes con cesárea previa debe considerarse de alto riesgo, por lo que la conducta del obstetra debe ser más cautelosa que en gestantes sin antecedentes de cesárea, prestando especial atención a las etapas iniciales del trabajo de parto.⁽³⁵⁾ Cuando no hay una condición médica que justifique un nacimiento inmediato, es recomendable esperar el inicio espontáneo del trabajo de parto, ya que esto no incrementa el riesgo de rotura uterina ni

afecta negativamente el pronóstico del mismo. Si la respuesta a la oxitocina es favorable desde el inicio, existe una mayor probabilidad de éxito; en cambio, si no se observa progreso en las dos primeras horas, aumenta la posibilidad de que sea necesaria una cesárea.³⁴ En términos generales, el parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea continúa siendo un tema de debate, debido a las diversas controversias relacionadas con su manejo, especialmente respecto a la vía más adecuada para culminar el embarazo y los beneficios potenciales tanto para la madre como para el recién nacido. Además, existen múltiples factores que pueden influir en la decisión de intentar un parto vaginal tras una cesárea, como la edad materna, el nivel educativo, el número de gestaciones previas, el índice de masa corporal antes del embarazo y la frecuencia de los controles prenatales, entre otros. ^{40,41, 42,43, 44.}

En la actualidad, el parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea se considera una alternativa segura, dado que no implica un aumento significativo en la morbilidad ni en la mortalidad materno-fetal, siempre que no existan contraindicaciones médicas. Tradicionalmente, la principal razón para evitar esta práctica era el temor a la ruptura uterina; sin embargo, las investigaciones epidemiológicas han demostrado que este riesgo es bajo y no supera los beneficios que ofrece el parto por vía vaginal.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Cesárea o parto por cesárea: Se define como un procedimiento quirúrgico destinado a finalizar el embarazo, que consiste en realizar incisiones en la pared abdominal y en la parte anterior del útero para permitir la extracción del feto. Este tipo de intervención se efectúa cuando la vida de la madre o del feto está en riesgo y el parto vaginal no resulta seguro.

Parto vaginal: Es la finalización natural del embarazo que comienza de manera espontánea y se mantiene así hasta el alumbramiento. En este proceso, el recién nacido llega al mundo por vía vaginal en presentación cefálica, generalmente entre las semanas 37 y 42 de gestación, y tanto la

madre como el bebé presentan buenas condiciones tras el parto.

Parto vaginal en cesareada anterior y periodo intergenésico corto:

Parto eutócico en una paciente con antecedente de cesárea previa y con un intervalo intergenésico menor a 24 meses (2 años), lo que implica un mayor riesgo obstétrico debido a la posible debilidad de la cicatriz uterina y la menor adaptación vascular uteroplacentaria.

Factores maternos: Son las características propias de la madre que pueden influir en la decisión de intentar un parto vaginal tras una cesárea previa.

Factores fetales: Corresponden a las condiciones o particularidades del feto que pueden determinar la viabilidad y seguridad de un parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea.

2.4. HIPÓTESIS

Hi: Los factores maternos y fetales influyen significativamente en el parto vaginal en gestantes con cesárea anterior en el hospital Tingo María, 2023.

Ho: Los factores maternos y fetales no influyen significativamente en el parto vaginal en gestantes con cesárea anterior en el hospital Tingo María, 2023.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

Factores maternos

Factores fetales

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Parto vaginal en gestantes con cesárea anterior.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
INDEPENDIENTE: Factores maternos y fetales	Son aquellas características maternas y fetales que influyen en la decisión de parto vaginal en mujeres con cesárea previa.	Son aquellas condiciones o características maternas que influyen en la decisión de parto vaginal en mujeres con cesárea previa en el HTM, 2023.	MATERNAS (antecedente ginecoobstetrico)	Periodo intergenesico	2-5 Mayor a 5
				Parto vaginal previo	Si/No
				Antecedente de aborto	Si/No
				Motivo de cesárea previa: -SFA	Si/No
				-Macrostomia Fetal	Si/No
			FETALES	-Preeclampsia	Podalica/cefalica
				-Presentación fetal	
				Edad gestacional	36-40 sem Mayor a 40 sem
				Ponderado fetal	2500-3999 gr 4.000 a más kg
				Distocia funicular	Si/No
DEPENDIENTE Parto vaginal en mujeres con cesárea anterior	Parto eutócico con antecedentes de cesárea anterior	Parto que se inicia espontáneamente con antecedentes de cesárea anterior, permaneciendo hasta el alumbramiento, en gestantes del HTM, 2023.	SI	Sufrimiento fetal agudo	Si/No
				Características Ginecobstetricias: CPN	Menor de 6 Mayor o = 6
				Gestaciones	Segundigesta/Múltipara
				Inicio de parto espontaneo	Si/No
			NO	Decisión de vía de culminación	Medico/paciente
				Parto distócico/Complicaciones	Si/No
				Ruptura uterina	Si/No
				Hemorragia postparto	Si/No
				Otros	Si/No
				Ninguna	Si/No

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la participación del investigador, el estudio se clasificó como observacional, ya que no se efectuó ninguna manipulación sobre las variables analizadas.

En relación con la planificación de la medición, se trató de un estudio retrospectivo, debido a que se evaluaron hechos ocurridos en el pasado a partir de datos previamente registrados.

Finalmente, considerando el número de mediciones, la investigación fue de tipo transversal, pues se llevó a cabo en un único momento, lo que permitió recopilar, analizar y describir los casos dentro de un período determinado.

3.1.1. ENFOQUE

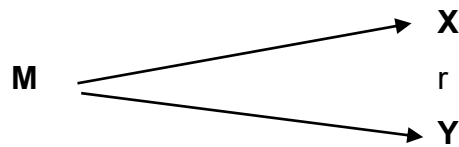
El trabajo de investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo, dado que la información recolectada fue procesada y analizada mediante técnicas de estadística descriptiva e inferencial, con el fin de evaluar la hipótesis planteada.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

De acuerdo con el número de variables de interés, el estudio se clasificó como de nivel analítico, ya que se examinaron dos variables, las cuales fueron sometidas a un análisis estadístico bivariado, permitiendo evaluar cada una de las hipótesis planteadas en la investigación.

3.1.3. DISEÑO

El diseño a seguir fue una investigación observacional de nivel relacional, seguirá el siguiente esquema:



M = Población muestral

X = Variable Independiente

Y = Variable Dependiente

r = La relación probable entre las variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN O UNIVERSO

La población estuvo conformada por las historias clínicas de 120 gestantes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea, atendidas en el Hospital Tingo María durante el año 2023.

3.2.2. MUESTRA

El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula para poblaciones finitas, tomando como referencia el número de puérperas con parto vaginal y antecedente de cesárea atendidas en el Hospital Tingo María.

Para el cálculo del tamaño muestral se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Dónde:

N= 120 puérperas de parto vaginal con cesárea previa

n= Tamaño de la muestra

p= 0,5 probabilidad de ocurrencia de los casos

q= Probabilidad de no ocurrencia de los casos

Zα= desviación normal de la muestra al nivel de error aceptado

α = 0.05 = 1.96 (para el 95% de confiabilidad)

d = precisión de la muestra

$$n = \frac{(196)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 120}{(0.05)^2 \times 119 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 92 \text{ puérperas}$$

$$(0.05)^2 \times 119 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5$$

La muestra estuvo conformada por las historias clínicas de 92 puérperas con parto vaginal y antecedente de cesárea, atendidas en el Hospital Tingo María, quienes fueron incluidas en el estudio considerando la información registrada en sus historias clínicas.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la presente investigación, la técnica utilizada fue documental, mediante la cual se revisaron las historias clínicas de las mujeres que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea.

Instrumentos de recolección de datos

El instrumento: Se utilizó una ficha de recolección de datos diseñada para registrar las características de la muestra en estudio. Dicha ficha permitió obtener información relacionada con los factores maternos y fetales asociados a la indicación de parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea, atendidas en el Hospital de Tingo María durante el año 2023, a partir de un conjunto de ítems estructurados para tal fin.

Se utilizó el instrumento utilizado por Cynthia Carrión Barreto ⁽⁴⁴⁾, en la investigación Factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa en la clínica particular Cori Gyn, Distrito Los Olivos 2015. Dicho instrumento ha sido modificado por la investigadora.

3.3.2. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS

Una vez recolectados los datos, se procedió a elaborar una base de datos en SPSS versión 25, y adicionalmente se utilizó Excel 2010 en el entorno Windows para su organización y procesamiento.

3.3.3. PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para el análisis de los datos, se empleó estadística descriptiva mediante promedios, y la información se presentó en tablas y gráficos elaborados en SPSS y Excel. La estadística inferencial se aplicó mediante la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado, considerando significativo un valor de $p \leq 0,05$.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS, ANÁLISIS DESCRIPTIVO

➤ Datos sobre características sociodemográficas

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas más predominantes en gestantes del Hospital Tingo María, 2023

Características sociodemográficas	N= 92	
	fi	%
Edad		
18 a 29 años	34	37,0
30 a 49 años	58	63,0
Estado civil		
Casado	8	8,7
Soltera	3	3,3
Conviviente	81	88,0
Grado de instrucción		
Ninguno	1	1,1
Primaria	16	17,4
Secundaria	59	64,1
Superior	16	17,4
Ocupación		
Ama de casa	68	73,9
Estudiante	3	3,3
Trabaja	21	22,8
Lugar de residencia		
Urbano	18	19,6
Rural	74	80,4

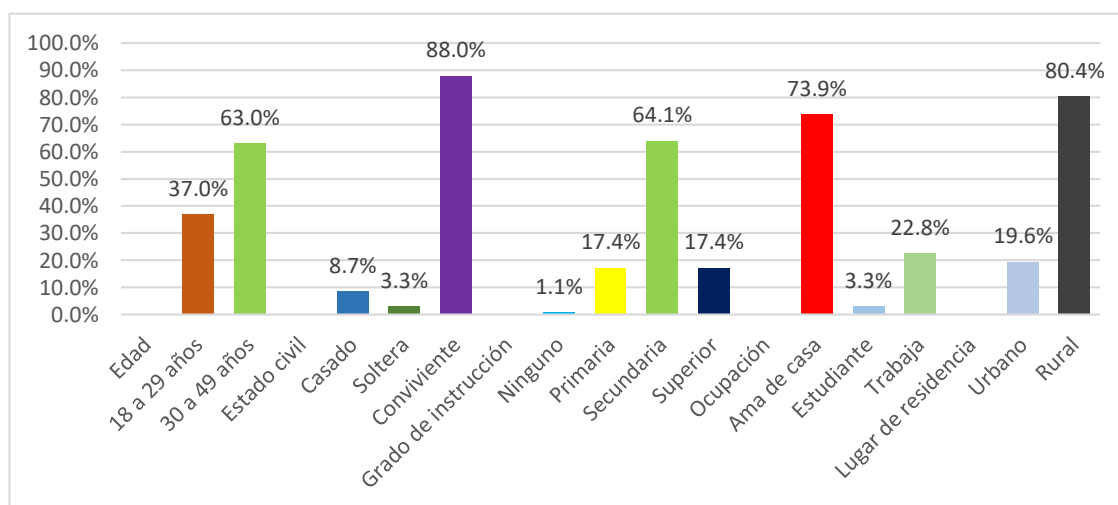


Gráfico 1. Características sociodemográficas

En la tabla 1; se aprecia que la mayoría de gestantes se encuentran en el rango de 30 a 49 años 63,0%, predominando el estado civil conviviente

88,0%; en cuanto al nivel educativo, el 64,1% alcanzó estudios secundarios, mientras que solo una minoría accedió a educación superior, la principal ocupación fue ama de casa 73,9% y en relación al lugar de residencia, sobresale la procedencia rural con un 80,4%. Estos resultados reflejan un perfil materno caracterizado por mujeres en edad adulta, con predominio de la unión libre, dedicadas al hogar y provenientes mayoritariamente de zonas rurales.

➤ **Datos sobre factores maternos**

Tabla 2. Descripción del periodo intergenésico en gestantes del Hospital Tingo María, 2023

Periodo intergenésico	N= 92	
	fi	%
Menor de 2 años	28	30,4
De 2 a 5 años	40	43,5
Mayor a 5 años	24	26,1

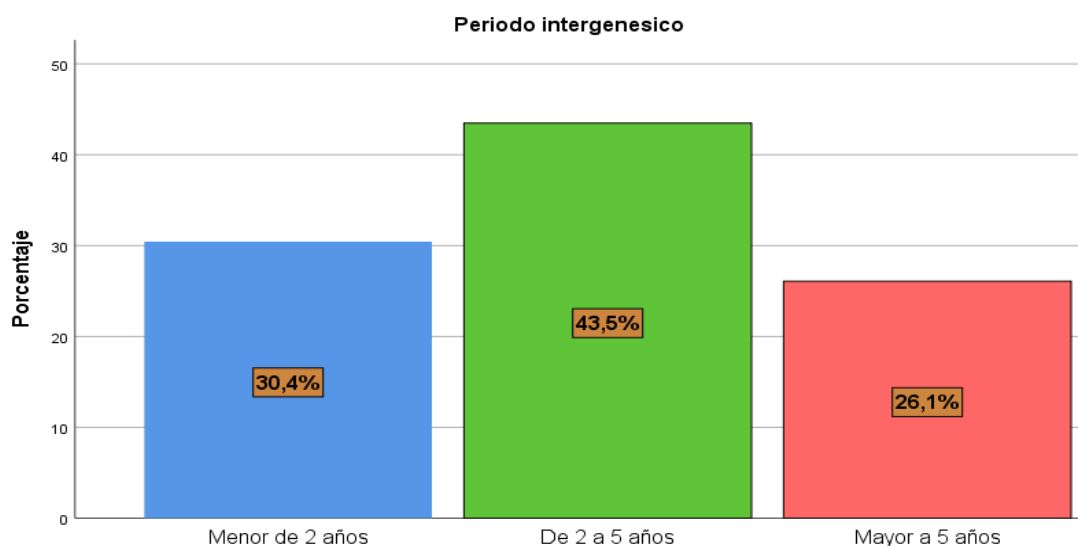


Gráfico 2. Periodo intergenésico

En relación con el periodo intergenésico, se encontró que la mayoría de gestantes presentó intervalos de 2 a 5 años entre embarazos 43,5%, seguido de aquellas con menos de 2 años 30,4% y, en menor proporción, las que tuvieron más de 5 años 26,1%.

Tabla 3. Parto vaginal previo en gestantes del Hospital Tingo María, 2023

Parto vaginal previo	N= 92	
	fi	%
Si	57	62,0
No	35	38,0

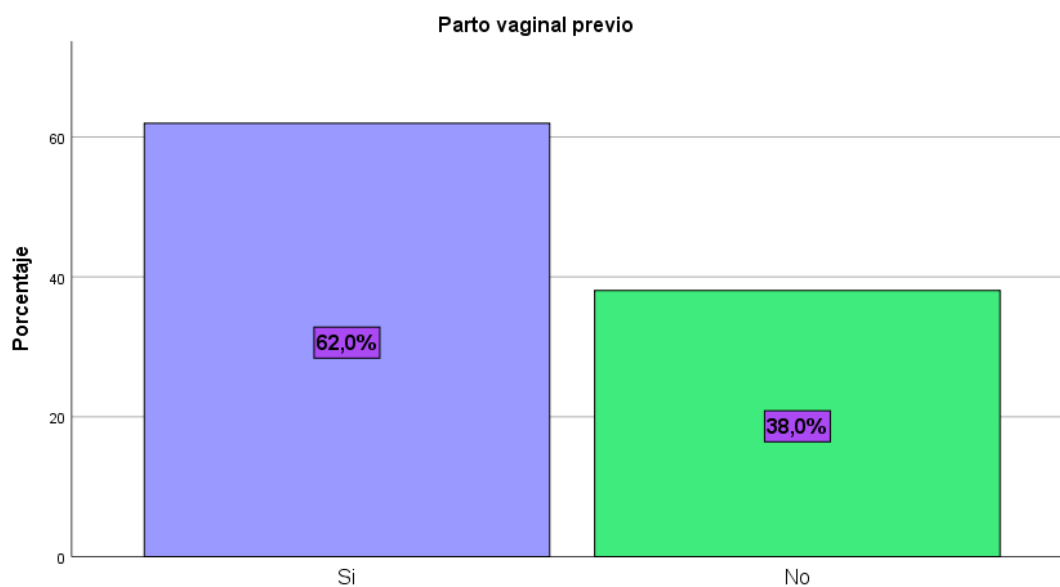


Gráfico 3. Parto vaginal previo

En cuanto al parto vaginal previo, el 62,0% de las gestantes refirió haber tenido al menos uno previo, mientras que el 38,0% no presentó dicho parto previo.

Tabla 4. Antecedente de aborto en gestantes del Hospital Tingo María, 2023

Antecedente de aborto	N= 92	
	fi	%
Si	40	43,5
No	52	56,5

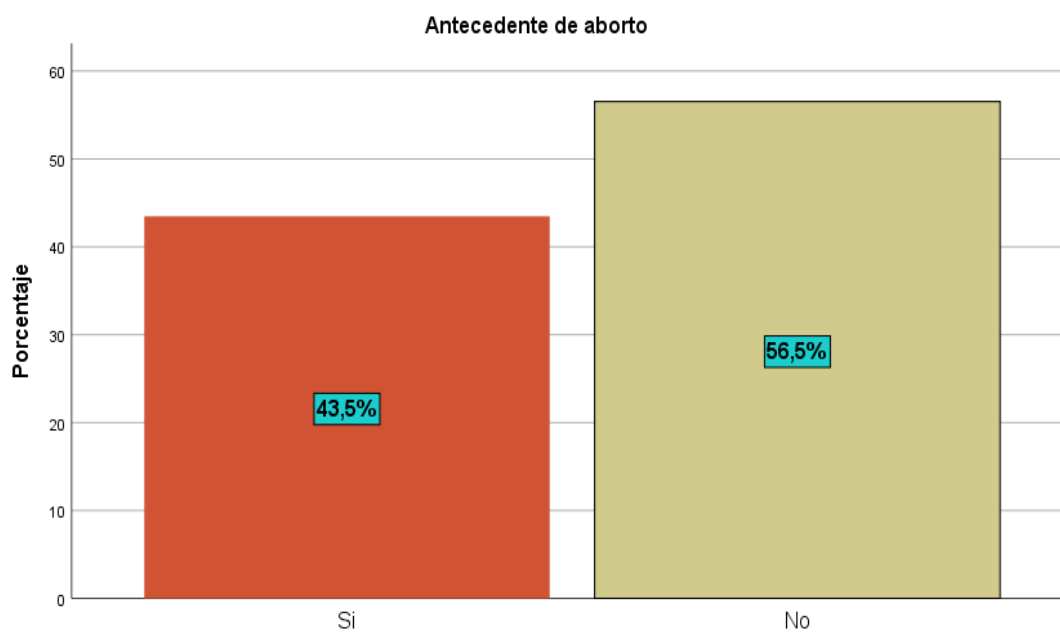


Gráfico 4. Antecedente de aborto

En relación con el antecedente de aborto, el 56,5% de las gestantes no lo presentó, mientras que el 43,5% sí refirió haber tenido al menos un aborto.

Tabla 5. Descripción del motivo de cesárea previa en gestantes del Hospital Tingo María, 2023

Motivo de cesárea previa	N= 92	
	fi	%
Sufrimiento fetal agudo	18	19,6
Macrostomía fetal	7	7,6
Preeclampsia	5	5,4
Feto podálico	19	20,7
Otros (Placenta previa, desproporción céfalo-pélvica, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado)	43	46,7

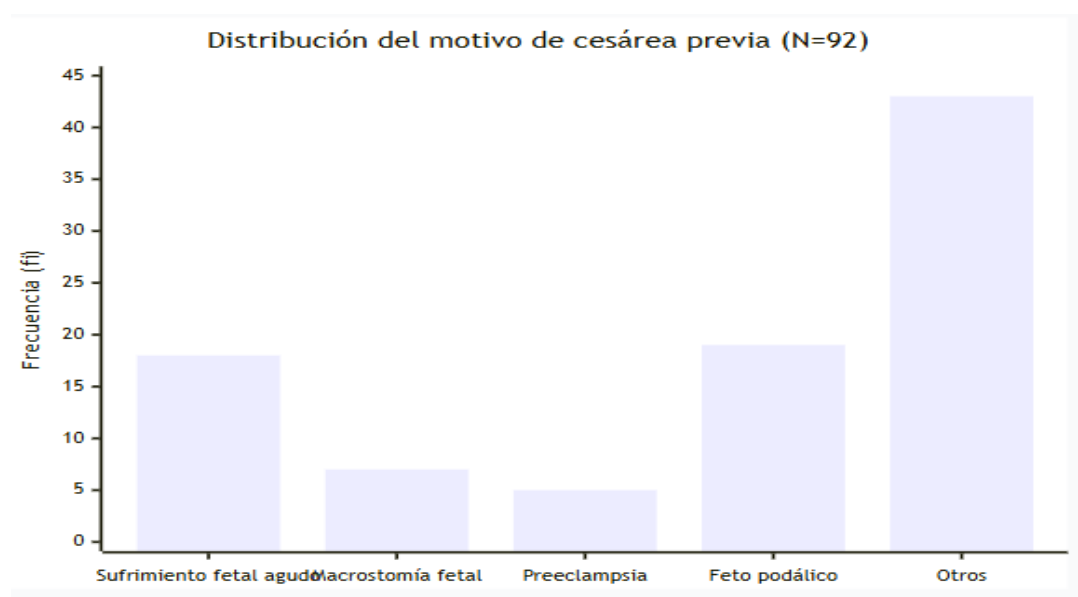


Gráfico 5. Motivo de cesárea previa

Respecto al motivo de cesárea previa, el 46,7% correspondió a otras causas como placenta previa, desproporción céfalo-pélvica, ruptura prematura de membranas o trabajo de parto prolongado; seguido del feto podálico con 20,7%, sufrimiento fetal agudo con 19,6%, macrostomía fetal con 7,6% y preeclampsia con 5,4%.

➤ **Datos sobre factores fetales**

Tabla 6. Descripción de la edad gestacional en gestantes del Hospital Tingo María, 2023

Edad gestacional	N= 92	
	fi	%
36 a 40 semanas	84	91,3
Mayor de 40 semanas	8	8,7

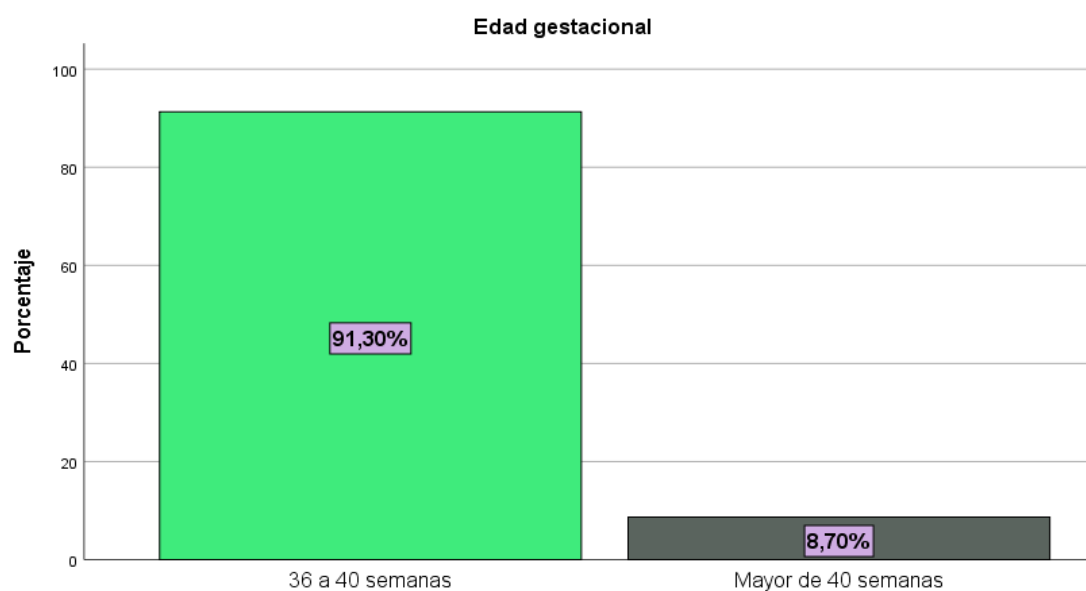


Gráfico 6. Edad gestacional

En cuanto a la edad gestacional, la gran mayoría de gestantes (91,3%) se encontraba entre las 36 y 40 semanas, mientras que solo el 8,7% presentó más de 40 semanas.

Tabla 7. Descripción del ponderado fetal en gestantes del Hospital Tingo María, 2023

Ponderado fetal	N= 92	
	fi	%
Menor de 2,000 kg	8	8,7
De 2,501 a 3,999 kg	81	88,0
Mayor de 4,000 kg	3	3,3

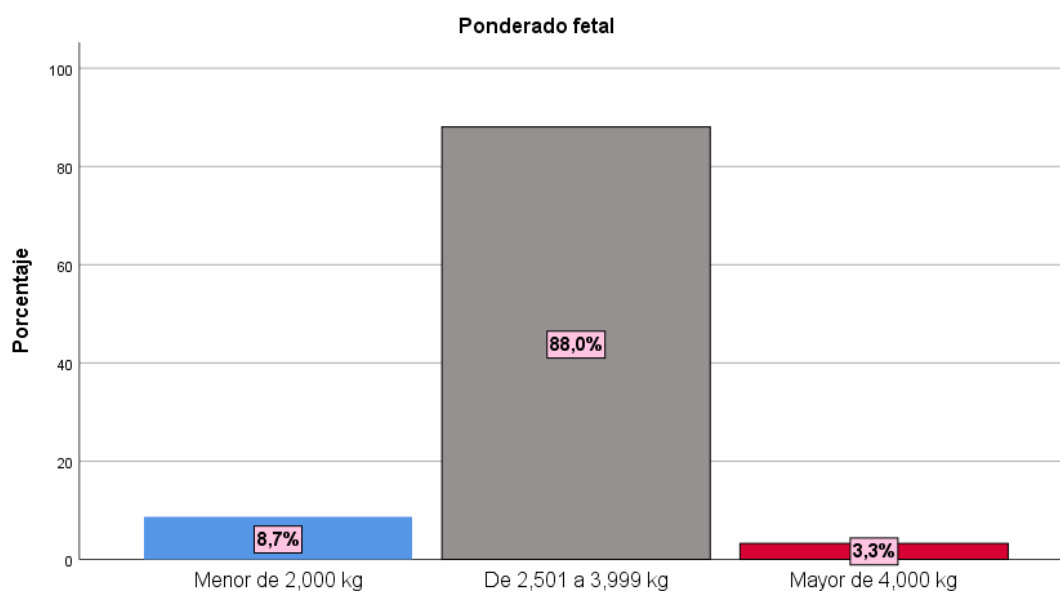


Gráfico 7. Ponderado fetal

En relación con el peso fetal, el 88,0% de las gestantes presentó un rango de 2,501 a 3,999 kg, mientras que el 8,7% registró menos de 2,000 kg y solo el 3,3% superó los 4,000 kg.

Tabla 8. Descripción de distocia funicular en las gestantes del Hospital Tingo María, 2023

Distocia funicular	N= 92	
	fi	%
Si	8	8,7
No	84	91,3

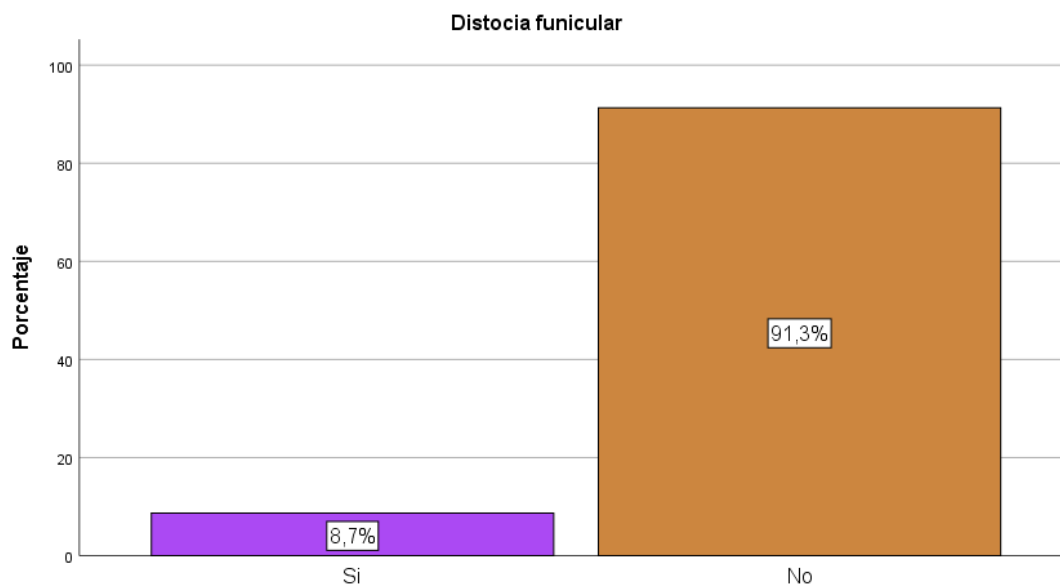


Gráfico 8. Distocia funicular

En el grafico 8, en cuanto a la distocia funicular, el 91,3% de las gestantes no la presentó, mientras que el 8,7% sí presento la distocia funicular.

Tabla 9. Descripción de sufrimiento fetal en las gestantes del Hospital Tingo María, 2023

Sufrimiento fetal	N= 92	
	fi	%
Si	10	10,9
No	82	89,1

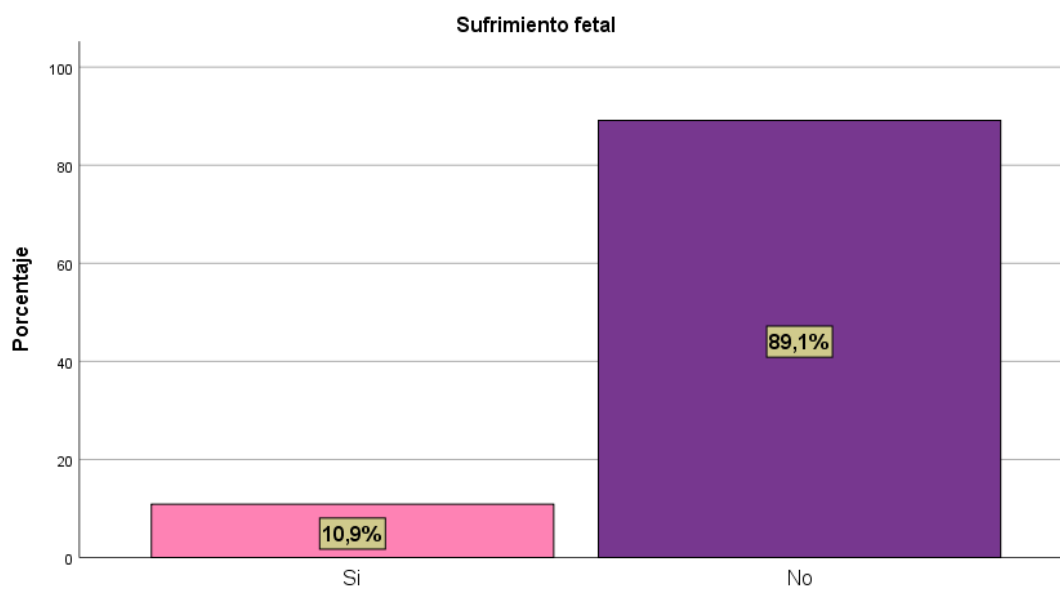


Gráfico 9. Sufrimiento fetal

En relación con el sufrimiento fetal, el 89,1% de las gestantes no lo presentó, mientras que el 10,9% sí evidenció esta complicación.

➤ **Datos sobre la elección del parto vaginal cesárea previa**

Tabla 10. Descripción de la elección del parto vaginal en gestantes con cesárea previa, Hospital Tingo María, 2023

Parto vaginal tras cesárea previa	N= 92	
	fi	%
Si (solo cesárea)	80	87,0
No (cesárea + parto vaginal)	12	13,0

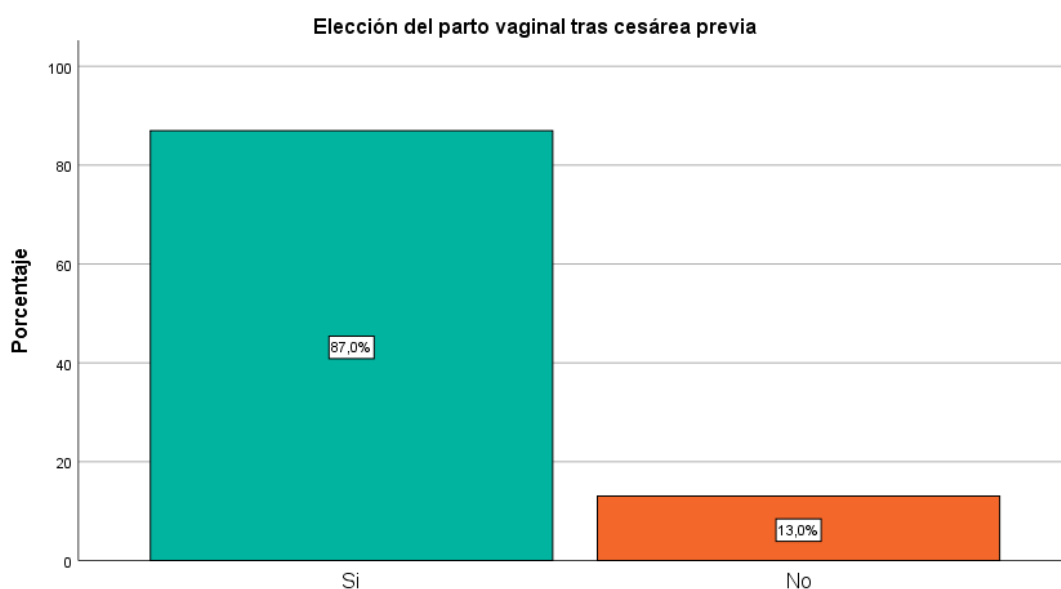


Gráfico 10. Parto vaginal tras cesárea previa

Según al grafico 10, en cuanto a la elección de parto en gestantes con cesárea previa, el 87,0% optó nuevamente por cesárea exclusiva, mientras que el 13,0% logró un parto vaginal posterior a la cesárea.

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

➤ HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Los factores maternos y fetales influyen en el parto vaginal en gestantes con cesárea anterior en el hospital Tingo María, 2023.

Ho: Los factores maternos y fetales no influyen en el parto vaginal en gestantes con cesárea anterior en el hospital Tingo María, 2023.

Tabla 11. Relación de los factores maternos influyen en el parto vaginal en gestantes con cesárea anterior en el hospital Tingo María, 2023

Factores maternos	Parto vaginal en gestantes con cesárea anterior				Total		X2	P (valor)
	Si		No					
	fi	%	fi	%	fi	%		
Periodo intergenesico								
Menor de 2 años	27	29,3	1	1,1	28	30,4	8,924	0,012
De 2 a 5 años	30	32,6	10	10,9	40	43,5		
Mayor a 5 años	23	25,0	1	1,1	24	26,1		
Parto vaginal previo								
Si	53	57,6	4	4,3	57	62,0	4,797	0,029
No	27	29,3	8	8,7	35	38,0		
Antecedente de aborto								
Si	31	33,7	9	9,8	40	43,5	5,580	0,018
No	49	53,3	3	3,3	52	56,5		
Motivo de cesárea previa								
Sufrimiento fetal agudo	13	14,1	5	5,4	18	19,6	10,625	0,031
Macrostomia fetal	7	7,6	0	0,0	7	7,6		
Preeclampsia	3	3,3	2	2,2	5	5,4		
Feto podálico	19	20,7	0	0,0	19	20,7		
Otros	38	41,3	5	5,4	43	46,7		

Los resultados evidencian que existen factores maternos significativamente asociados al parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea. Se observó que un periodo intergenésico de 2 a 5 años, la presencia de un parto vaginal previo y el antecedente de aborto se relacionaron de manera significativa con la posibilidad de lograr un parto vaginal. Asimismo, el motivo de la cesárea anterior resultó un factor determinante, destacando que aquellas gestantes cuya indicación previa correspondió a causas no recurrentes presentaron mayores probabilidades de culminar con parto vaginal. Estas asociaciones fueron estadísticamente significativas ($p=0.012$; $p=0.029$; $p=0.018$; $p=0.031$), lo que permite aceptar la

hipótesis del investigador y rechazar la hipótesis nula, confirmando la existencia de factores maternos influyentes en la elección y desenlace del parto vaginal tras una cesárea.

Tabla 12. Relación de los factores fetales influyen en el parto vaginal en gestantes con cesárea anterior en el hospital Tingo María, 2023

Factores fetales	Parto vaginal en gestantes con cesárea anterior				Total		X2	P (valor)
	Si		No					
	fi	%	fi	%	fi	%		
Edad gestacional								
36 a 40 semanas	76	82,6	8	8,7	84	91,3	10,551	0,001
Mayor de 40 semanas	4	4,3	4	4,3	8	8,7		
Ponderado fetal								
Menor de 2,000 kg	8	8,7	0	0,0	8	8,7	21,467	0,000
De 2,501 a 3,999 kg	72	78,3	9	9,8	81	88,0		
Mayor de 4,000 kg	0	0,0	3	3,3	3	3,3		
Distocia funicular								
Si	5	5,4	3	3,3	8	8,7	4,621	0,032
No	75	81,5	9	9,8	84	91,3		
Sufrimiento fetal								
Si	0	0,0	10	10,9	10	10,9	74,797	0,000
No	80	87,0	2	2,2	82	89,1		

De acuerdo con la Tabla 12, se identificaron factores fetales significativamente asociados al parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea. La mayoría de partos vaginales se produjeron entre las 36 y 40 semanas de gestación, y el peso fetal entre 2,501 y 3,999 kg fue predominante en quienes lograron este desenlace. Asimismo, la ausencia de distocia funicular se relacionó con una mayor frecuencia de partos vaginales, mientras que el sufrimiento fetal se presentó exclusivamente en gestantes que no alcanzaron un parto vaginal, evidenciando una fuerte asociación negativa. Estas variables mostraron significancia estadística ($p=0.001$; $p=0.000$; $p=0.032$; $p=0.000$), lo que permite aceptar la hipótesis del investigador y rechazar la hipótesis nula, confirmando que existen factores fetales que influyen de manera determinante en la probabilidad de parto vaginal tras una cesárea.

CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. PRESENTAR LA CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre ciertos factores maternos y el parto vaginal en gestantes con cesárea anterior, tales como el periodo intergenésico de 2 a 5 años, la presencia de parto vaginal previo, antecedentes de aborto y el motivo de la cesárea anterior. Estos hallazgos coinciden con lo señalado por Salvador Citlali ¹⁰, quien concluyó que el período intergenésico mayor a 2 años, el trabajo de parto espontáneo, el ingreso con una dilatación mayor a 4 cm y un peso fetal adecuado se asociaron con una mayor probabilidad de parto vaginal exitoso. Esta coincidencia refuerza la importancia del tiempo entre embarazos como un factor pronóstico relevante.

De igual forma, Ayma Velásquez ¹⁴ encontró que factores como el antecedente de parto vaginal después de una cesárea, el período intergenésico mayor a 5 años y la multiparidad estaban significativamente relacionados con el éxito del parto vaginal. En su estudio, la dilatación cervical al ingreso también fue una variable decisiva, coincidiendo con la importancia del antecedente de parto vaginal previo reportada en nuestra investigación. Asimismo, reportó una baja tasa de complicaciones, lo cual también fue observado en nuestro análisis respecto a la influencia de antecedentes obstétricos favorables.

Por otro lado, Santana e Yaucan ¹¹ contradicen parcialmente estos resultados al reportar una mayor incidencia de complicaciones maternas en gestantes que optaron por parto vaginal después de una cesárea previa, destacando riesgos como hipotonía uterina (11,1%), hemorragia postparto (7,1%) y desgarros del cérvix. Si bien estos autores no niegan la posibilidad de un parto vaginal exitoso, advierten sobre un mayor riesgo materno

asociado, lo cual difiere del panorama positivo observado en el presente estudio, donde las gestantes con factores maternos favorables mostraron una evolución clínica satisfactoria. Esta diferencia podría explicarse por las distintas condiciones de manejo obstétrico, protocolos institucionales o criterios de selección de las gestantes.

Así también de según los resultados obtenidos evidencian que los factores fetales tienen una influencia significativa en la posibilidad de lograr un parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea. Se identificó que la edad gestacional entre las 36 a 40 semanas, el peso fetal entre 2,501 a 3,999 kg, la ausencia de distocia funicular y la inexistencia de sufrimiento fetal fueron condiciones determinantes para el éxito del parto vaginal, con significancia estadística altamente relevante ($p < 0.05$ en todos los casos).

Estos hallazgos coinciden con el estudio desarrollado por Cevallos y Huayamave ⁹, quienes concluyeron que la edad gestacional óptima para un parto vaginal postcesárea se encuentra entre las 37 y 40 semanas, señalando que fuera de este rango se incrementan los riesgos perinatales. Asimismo, respaldan lo planteado por Pinto et al. ¹³, quienes, en su investigación realizada en Brasil, observaron que los neonatos con peso entre 2,500 y 3,999 gramos tienen mayores posibilidades de un parto exitoso por vía vaginal, ya que pesos superiores se vinculan con distocia de hombros, desgarros severos y necesidad de intervención quirúrgica.

De forma concordante, Ayma Velásquez ¹⁴ también encontró que la ausencia de sufrimiento fetal y complicaciones como la distocia funicular están directamente relacionadas con un mayor porcentaje de partos vaginales luego de una cesárea, indicando que un adecuado monitoreo fetal permite identificar oportunamente los casos aptos para intentar el parto por esta vía.

A estos hallazgos se suma el estudio de Sosa Yujra ¹⁶, quien en su investigación en un hospital de nivel regional, evidenció que cuando los factores fetales como la edad gestacional adecuada, el peso fetal promedio y el bienestar fetal estaban presentes, el éxito del parto vaginal después de cesárea era significativamente mayor. Su análisis detallado sugiere que estos

factores deben ser cuidadosamente evaluados por el equipo obstétrico para reducir riesgos y optimizar resultados materno-perinatales.

No obstante, los resultados contrastan parcialmente con lo señalado por Borromeo ²¹, quien refiere que el sufrimiento fetal no siempre representa una contraindicación absoluta para el parto vaginal, ya que en su estudio algunos casos fueron controlados con éxito mediante monitoreo continuo y vigilancia intensiva durante el trabajo de parto. Esta diferencia puede atribuirse a las condiciones de infraestructura, el acceso a tecnología de monitoreo fetal y la experiencia del equipo obstétrico, que varían de un centro de salud a otro.

CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas predominantes en las gestantes atendidas en el Hospital Tingo María durante el año 2023, con parto vaginal previamente cesareada, la mayoría de las participantes tenían entre 30 y 49 años, eran convivientes, contaban con educación secundaria, se dedicaban principalmente a labores del hogar y residían en zonas rurales.
- Los factores maternos, tienen una asociación significativa con el parto vaginal posterior a una cesárea, específicamente, el periodo intergenésico de 2 a 5 años, el antecedente de parto vaginal previo, y la existencia de abortos anteriores fueron determinantes que influyeron positivamente en la probabilidad de lograr un parto por vía vaginal, asimismo, el motivo de la cesárea previa fue un factor crucial, ya que aquellas gestantes cuya cesárea fue realizada por causas no repetibles tuvieron más posibilidades de parto vaginal.
- En los factores fetales, se encontró relación significativa con la elección del tipo de parto, la mayoría de los partos vaginales se presentaron en gestantes con edades gestacionales entre las 36 y 40 semanas, con un peso fetal entre 2,501 y 3,999 kg, sin presencia de distocia funicular y sin signos de sufrimiento fetal.
- Los hallazgos respaldan la hipótesis del investigador, confirmando que tanto los factores maternos como fetales influyen de manera significativa en la posibilidad de parto vaginal en gestantes con cesárea anterior.

RECOMENDACIONES

➤ **Para la Directiva del Hospital Tingo María**

- Implementar protocolos institucionales para el manejo del parto vaginal tras cesárea, basados en evidencias científicas y adaptados a la realidad local, priorizando la seguridad materno-fetal.
- Fortalecer la capacitación continua del personal de salud, especialmente gineco-obstetras, médicos generales y obstetras, sobre criterios de selección, riesgos y beneficios del parto vaginal tras cesárea.
- Promover el registro y análisis de casos de parto vaginal tras cesárea, con el fin de generar indicadores de calidad, identificar barreras institucionales y tomar decisiones clínicas más seguras.

➤ **Para el Programa Académico de Obstetricia**

- Actualizar el plan de estudios incluyendo contenidos sobre el manejo clínico del parto vaginal en gestantes con cesárea previa, incorporando temas como selección adecuada, factores de riesgo y criterios de exclusión.
- Desarrollar talleres y simulaciones clínicas que permitan a los estudiantes adquirir habilidades en la atención segura de PVDC, fomentando la toma de decisiones clínicas en escenarios reales.
- Fomentar investigaciones estudiantiles relacionadas con la salud materna, particularmente en mujeres con cesárea anterior, promoviendo la generación de conocimiento contextualizado y útil para la práctica clínica.

➤ **Para las Gestantes con Antecedente de Cesárea**

- Asistir regularmente a los controles prenatales, donde se pueda evaluar su historia obstétrica y recibir orientación sobre la posibilidad y condiciones para un parto vaginal seguro.

- Solicitar consejería médica oportuna, para comprender los beneficios y riesgos del parto vaginal después de cesárea, y así tomar decisiones informadas en conjunto con el personal de salud.
- Mantener estilos de vida saludables durante el embarazo, lo que incluye una alimentación adecuada y control del peso fetal, factores que influyen directamente en la viabilidad de un parto vaginal exitoso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/#.VTQrxM7A4Sk.email
2. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2012.
http://www.unicef.org/spanish/sowc2012/pdfs/SOWC%202012%20Main%20Report%20LoRes%20PDF_SP_03132012.pdf
3. CLAP. Nota técnica. “Acerca de la Declaración OMS sobre Cesáreas”
MINSa
4. Quispe A, Santibáñez A, Leyton I, Pomasunco D. Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: Análisis de tendencia en el período 2001-2008. Rev Per Med Exp Salud Pública. 2010; 7 (1): 45-50.
5. Munares-García Oscar. 2023. EVOLUCION DE CESAREAS EN EL PERU, UN ELEMENTO DE EVALUACION. Rev. Internacional Materno Fetal. EDITORIAL. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Departamento de Obstetricia, Lima, Perú
<https://doi.org/10.47784/rismf.2023.8.2.270>
6. Saldaña Gianmarco, Inderique Jose Martin. 2023. Situación de porcentaje de cesáreas basado en la clasificación de ROBSON en un hospital peruano de tercer nivel de atención. Trabajo de investigación para optar por el título profesional de médico cirujano. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima 2023.
7. INEI. Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021. Informe Principal. Lima, Perú, mayo del 2022
8. Cevallos E, Huayamave M. (2020). “Factores de riesgo y complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cicatriz uterina que terminan en parto vaginal”. En Ecuador-Guayaquil.

9. Salvador Citlali, (2021), "Parto después de una cesárea previa, para disminución de morbilidad y mortalidad materno infantil" En Mexico-Puebla.
10. Santana Ingrid y Yaucan Kevin, (2020), "Riesgos maternos asociados a la realización de un parto vaginal posterior a una cesárea" En Ecuador-Guayaquil.
11. Arango-Montoya MD, Carolina; López-Arroyave MD, María Ximena; Marín-Ríos MD, Juliana; Colonia-Toro MSc, Alejandro; Bareño-Silva MD, MSc, José. Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología Rev. colomb. obstet. ginecol ; 73(4): 369-377, Oct.-Dec. 2022. tab, graf Artículo en Español | LILACS, COLNAL | ID: biblio-1423867
12. Pinto, Keli Regiane Tomeleri da Fonseca; Almeida, Juliana Sousa de; Alves, Emily Marques; Sodré, Thelma Malagutti; Bernardy, Catia Campaner Ferrari. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) ; 13: 1506-1511, jan.-dez. 2021. Tab .Artículo en Inglés, Portugués | LILACS, BDENF - Enfermería | ID: biblio-1337725. Biblioteca responsable: BR1208.1 Ubicación: BR1208.1
13. Ayma Velasquez, D. L. (2020). Factores Predisponentes a Parto Vaginal después de una Cesárea Previa en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 – 2019. <http://hdl.handle.net/20.500.12969/1396>
14. Lenon, P. O. J. (2021). Factores pronóstico asociados a parto vaginal después de una cesárea previa en un hospital de Huancayo, 2019. <https://hdl.handle.net/20.500.12848/4153>
15. Sosa Yujra, F. (2021). Parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea y complicaciones materno-perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. <http://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/revista2018/article/view/162>

16. Rojas Chihuantito, L. A. (2019). Factores asociados de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el Hospital Antonio Lorena, Cusco, 2016-2019. <http://hdl.handle.net/20.500.12918/4021>
17. Marca Ticona, D. F. (2019). 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. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3637>
18. Tucto Bruno, Esther Priscila y Vigilio Vega, Juana Yovana. "Causas que conllevan a partos por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano. Huánuco – 2021", <https://hdl.handle.net/20.500.13080/7979>
19. Huerta J Lupita y Pajuelo C Evelia. En la investigación "Predictores materno - fetales asociados a la incidencia de cesáreas en el Hospital Tingo Maria, Huánuco – 2018". <https://hdl.handle.net/20.500.13080/4809>
20. Espinoza. "Factores asociados al parto por cesarea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María, 2022 – Huánuco". <https://repositorio.udh.edu.pe/handle/20.500.14257/4775>
21. American College of obstetricians and Gynecologists. Parto vaginal después de una cesarea - ACOG [Internet]. [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Parto-vaginal-despues-de-un-partocesarea?IsMobileSet=fals>
22. CICAT. Teorías y modelos de enfermería. 2015. Disponible desde: <http://cicatnet.com/web/2015/06/15/teorias-y-modelos-de-enfermeria/>.
23. Secretaria de Salud. Cesárea segura. Dirección General de Salud Reproductiva, México D.F.: 2012
24. Huamán N., Palacios C., Rojas M., Guerrero C. Factors Related to Cesarean Births at Hospital II ES-SALUD in Huánuco. Rev Peru Research Health. 2018;2(1):10-17.

25. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth: No. 155. J Obstet Gynaecol Can. 2005; 27: 164-174.
26. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth After Previous Caesarean Birth: Green-Top Guideline No. 45. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007.
27. Bujold E, Gauthier R. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. Obstet Gynecol. 2010; 115: 1000-6
28. Romero Pacheco, Julia, Determinación de los factores favorables para un parto vaginal post cesárea en primigestas juveniles de 15 a 20 años en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel. Ecuador 2013.
29. Guise J, Denman M, Emeis C, Marshall N, Walker M, Fu R, et al. Vaginal birth after cesarean. New insights on maternal and neonatal outcomes. Obstet Gynecol 2010; 115: 1267-78
30. Blackwell S, Hassan S, Wolfe H, Michaelson J, Berry S, Sorokin Y. Vaginal birth after cesarean in the diabetic gravida. J Reprod Med. 2000; 45: 987-990.
31. Coleman T, Randall H, Graves W, Lindsay M. Vaginal birth after cesarean among women with gestacional diabetes. Am J Obstet Gynecol. 2001; 184: 1104-1107.
32. Blackwell S, Hassan S, Wolfe H, Michaelson J, Berry S, Sorokin Y. Vaginal birth after cesarean in the diabetic gravida. J Reprod Med. 2000; 45: 987-990.
33. García C, López M, Monzalbo D. Parto después de cesárea ¿una opción segura? Ginecol Obstet Mex. 2015; 83: 69-87.

34. Huang W, Nakashima D, Rumney P, et al. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 41-44.
35. Cahill A, Stamilio D, Odibo A. Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery? *Obstet Gynecol*. 2006; 195: 1143-1147.
36. Srinivas S, Stamilio D, Stevens E. Predicting failure of a vaginal birth attempt after cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2007; 109: 800-805.
37. Mc Donagh M, Osterweil P, Guise J. The benefits and risks of inducing labour in patients with prior caesarean delivery: a systematic review. *BJOG* 2005; 112: 1007-1015.
38. Crespo R, Alvir A, Lapresta M, Andrés M, Campillos J, Castán S. Impacto de la edad materna avanzada en las complicaciones obstétricas y perinatales de las gestaciones gemelares. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2012; 39 (6): 230-235.
39. Arrunátegui G. Factores predictores para prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria. [Tesis para optar título de médico cirujano]. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2015.
40. Vargas A, Lévano J, Ángeles M. Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso a un hospital. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2013; 59 (4): 261-266. 45
41. Sepúlveda D, Galván M, Soto G, Méndez D. Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea. *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83: 743-749.
42. 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 Procel. De septiembre de 2012 a febrero de 2013. [Tesis para optar título de obstetra]. Guayaquil (Ecuador): Universidad de

Guayaquil; 2013. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1789/1/TESIS.pdf>

43. Castillo M, Arenas J. Muñoz P, Santos M, López P, Castaño L. Factores relacionados con la vía de parto tras cesárea anterior. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2009; 36 (4):122-126
44. Caldas M. Factores para la decisión del parto vaginal en mujeres con cesárea previa en la clínica particular CORI GYN, distrito los olivos 2015. [Tesis para optar título de obstetra]. Lima (Perú): Universidad Alas Peruanas; 2015. Disponible en:
<https://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/1337/1314>

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Sayritupac G. Factores que influyen en la elección del parto vaginal después de una cesárea en gestantes del Hospital Tingo María, 2023 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE PROYECTO DE TESIS

TITULO: “FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DEL PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA EN GESTANTES DEL HOSPITAL TINGO MARIA 2023”

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACION /MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTOS RECOLECCION DE DATOS
GENERAL ¿Cuáles son los factores que favorecen la elección del parto vaginal después de una cesárea previa en gestantes del Hospital Tingo María, 2023?	GENERAL Determinar los factores que favorecen la elección del parto vaginal después de una cesárea en gestantes del HTM, 2023. ESPECÍFICOS Describir los factores maternos para la elección de parto vaginal en mujeres con una cesárea previa en el Hospital Tingo María, 2023. Describir los factores fetales para la elección de parto vaginal en mujeres con una cesárea	GENERAL Ha: los factores maternos favorecen en la elección de parto vaginal en mujeres con una cesárea previa en el Hospital Tingo María. Ho: los factores maternos favorecen en la elección de parto vaginal en mujeres con una cesárea previa en el Hospital Tingo María.	Variable Dependiente Factores maternos Factores Fetales Variable Independiente Parto vaginal en gestantes con cesárea anterior	Población o Universo La población va estar constituida por 120 mujeres que tuvieron parto vaginal con una cesárea previa en el Hospital Tingo María, 2023. Muestra Se determinó a través de la fórmula para calcular Poblaciones conocidas. Tomando como referencia el número de púerperas. La muestra estará conformada por 92 mujeres que tuvieron parto vaginal con una cesárea previa en el	Enfoque: El trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo Alcance o Nivel Observacional Retrospectivo Transversal Analítico DISEÑO: El diseño a seguir será de una investigación observacional de nivel relacional, seguirá el siguiente esquema: M X r Y	TÉCNICA: Para la presente investigación, la técnica de recolección de datos que se utilizará es a partir de la revisión de historias clínicas INSTRUMENTO: El instrumento de recolección de datos constó de 10 ítems, los tres primeros correspondieron a datos generales; los siguientes fueron relacionados con los factores que

previa en el Hospital Tingo María, 2023.	Hospital Tingo María, 2023, teniendo en cuenta el muestreo probabilístico por conveniencia	M = Población muestral X = Variable Independiente Y = Variable Dependiente r = La relación probable entre las variables	influyen en el parto vaginal de mujeres con cesárea previa.
--	--	--	---

ANEXO 2

INSTRUMENTO

“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DEL PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA EN GESTANTES DEL HOSPITAL TINGO MARIA 2023”

Esta ficha será utilizada para la recolección de datos del trabajo de investigación “Factores predisponentes a parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital Tingo María 2023” esta información recolectada será utilizada de manera adecuada y respetando la privacidad de la paciente evaluada.

Fecha:

Ficha de Recolección de Datos:

I. Características Generales

1.- Edad

12 a 17 años ()

18 a 29 años ()

30 a 49 años ()

2.- Estado Civil

Casada ()

Soltera ()

Divorciada ()

Conviviente ()

3.- Grado de Instrucción

Ninguno ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

4.- Ocupación

Ama de Casa ()

Estudiante ()

Trabaja ()

5.- Lugar de Residencia

Urbano ()

Rural ()

II.- Factores maternas

1.- N° total de gestaciones: _____

2.- N° total de partos: ____ N° abortos: ____ Tipo: N° Cesáreas ____ N° Vaginal ____

3.- Paridad: N° partos: _____ Parto vía abdominal previo: Motivo: _____

4.- N° de controles prenatales: _____

5.- Período intergenésico (PIN):..... Años () PIN corto: < 2 años () 2 – 5 años () PIN largo: > 5 años

6.- Parto vaginal previo: () No () Si ¿Cuántos? _____

7.- Inicio de parto espontáneo: () Si () No

8.- Tiempo de período de dilatación: _____

9.- Tiempo de período expulsivo: _____

10.- Decisión de vía de culminación de parto: () Médico () Gestante

11.- Tiempo de período de alumbramiento: _____

12.- Complicaciones en el puerperio inmediato: _____

13.- Complicaciones en el puerperio mediato: _____

II. Factores fetales

1. Posición: () cefálico () podálico () transverso () indiferente
2. Edad gestacional:..... semanas
3. Ponderado fetal:..... kg.
4. Distocia funicular: () Si () No
5. Sufrimiento fetal: () Si () No
6. Malformaciones fetales: () Si () No

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS CONSOLIDADO

DATOS GENERALES		Historia clínica N°	
EDAD		EDAD GESTACIONAL	
☐ < a 35 años ☐ ≥ a 35 años		☐ < a 40 semanas ☐ ≥ a 40 semanas	
ANTECEDENTES DE LA MADRE			
Antecedente de parto vaginal después de una cesárea		Período intergenésico	
☐ 1 — 2 partos vaginales ☐ 3 parto vaginales		☐ 2 — 5 años ☐ ≥ 5 años	
Número de partos		Controles prenatales	
☐ primípara ☐ multípara		☐ < 6 CPN (inadecuado) ☐ ≥ 6 CPN (adecuado)	
Distocia Funicular: ☐ Si ☐ No			
FACTORES FETALES			
Parto espontaneo	Dilatación cervical	Peso del RN	
☐ SI ☐ NO	☐ < a 4 cm ☐ ≥ 4 cm	☐ 2500 a 3999 gr ☐ > 4000 gr	
Gestación: ☐ Segundigesta ☐ Multigesta			
Decisión de la vía de culminación del parto ☐ Medico ☐ Paciente			
COMPLICACIONES			
☐ Ruptura uterina ☐ Hemorragia postparto ☐ Otros ☐ Ninguna			

ANEXO 4

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

ESCALA DE CLASIFICACIÓN:

Estimado: Marin Orellana Lorena

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

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

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....


 Lorena M. Marin Orellana
 OBSTETRA
 COP 36317

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO:.....

GRACIAS

ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

ESCALA DE CLASIFICACIÓN:

Estimado: Alvarado Zevallos Gustavo Adolfo

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

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

SUGERENCIAS:


MINISTERIO DE SALUD
PERU
Gustavo Adolfo Zevallos
 C.O.P. 5433

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO:

GRACIAS

ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

ESCALA DE CLASIFICACIÓN:

Estimado: Sadeth Hensel Yacha Pujay

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

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

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....


 Sadeth M. Yacha Pujay
 OBSTETRA
 COP 12982

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO:.....

GRACIAS

ANEXO 5

**DOCUMENTOS DE PERMISO DE LA EJECUCIÓN DEL
ESTUDIOSOLICITUD DE PERMISO**

SOLICITO: Permiso para ejecutar Trabajo de Investigación

SEÑOR: OCTAVIO CARLOS DIAZ GIL

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL TINGO MARIA



Yo, **SAYRITUPAC ROJAS GRECIA TAMAR** Identificada con DNI N° 76055559, con domicilio Av. Iquitos – distrito castillo grande provincia leoncio prado. Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado la carrera profesional de **OBSTETRICIA** en la Universidad De Huánuco, solicito a Ud. permiso para realizar trabajo de Investigación en su Institución sobre **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DEL PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESÁREA EN GESTANTES DEL HOSPITAL TINGO MARIA 2023”** para optar el grado de Obstetra.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Tingo maria, 14 de enero del 2025

**SAYRITUPAC ROJAS GRECIA
TAMAR**
DNI N° 76055559

ANEXO 6

CARTA DE AUTORIZACIÓN



GOBIERNO REGIONAL
HUÁNUCO

HOSPITAL
TINGO MARÍA

UNIDAD DE APOYO A LA
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Tingo María, 21 de Enero del 2025.

CARTA DE AUTORIZACION N° 003 - 2025-GRH-GRDS-DIRESA-HTM/UADI.

Srta.
SAYRITUPAC ROJAS, GRECIA TAMAR

Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACION PARA EJECUCION DE TRABAJO DE INVESTIGACION.

Por medio del presente me dirijo a usted para saludarle, el motivo de la presente es para comunicarle que mediante Proveído N° 002-2025-GRH-DRSH-HTM da viabilidad a su solicitud, por lo que la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, **AUTORIZA** la recolección de datos para su Trabajo de Investigación, Titulado **"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DEL PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESÁREA EN GESTANTES DEL HOSPITAL TINGO MARIA,2023"**

Asimismo, deberá contar con su equipo de protección personal a la hora de ingresar a nuestro establecimiento de salud por su seguridad bajo responsabilidad; reportar sus hallazgos de recolección de datos obtenidos al término de su Investigación, además dejará 1 ejemplar de su trabajo de investigación.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



WGGR/MPT/aaag
C.c.Archivo

Reg. Doc.	05615011
Reg. Exp.	03279639

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
U.F. 401 HOSPITAL TINGO MARÍA
MAGALY PEREZ TARAZONA
OBSTETRA
COP. N° 19455
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN - UADI

Hospital de Tingo María - Unidad Ejecutora 401

ANEXO 7

BASE DE DATOS

CG1	CG2	CG3	CG4	CG5	FM1	FM2	FM2.2	FM2.3	FM7	FM11	FM12	FM13	FF1	FF2	FF3	DG1	DG2	ADLM1	ADLM2	ADLM3	ADLM4	ADLM5	FAF1	FAF2	FAF3	FAF4	FAF5	C1	FM3.1	FM5	F_M6	FM2_1	EG	PF	FF4	FF5	VG	FF6	FM6
3	4	2	1	2	4	3	1	2	1	5	2	2	2	38	3,295	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	4	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2
3	4	3	2	2	3	3	1	2	2	5	2	2	1	40	3,650	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2
3	4	3	1	2	4	3	1	2	1	5	2	2	1	39	3,810	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	3	5	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
2	4	2	1	2	2	2	2	1	1	5	2	2	1	37	3,650	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1
3	1	4	3	1	3	3	1	2	1	10	2	2	1	38	3,718	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	1	3	1	1	1	2	2	2	1	2	2
2	4	3	1	2	2	0	1	1	2	7	2	2	1	41	3,840	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	3	5	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1
3	4	3	1	2	5	4	1	3	1	5	2	2	1	38	3,710	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2
3	4	3	1	2	4	3	1	2	1	5	2	2	1	39	3,710	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2
2	4	3	3	1	2	2	1	1	1	5	2	2	1	38	3,565	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	4	3	1	3	3	1	2	1	10	2	2	1	40	3,379	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2
3	4	3	1	2	3	3	1	2	1	5	2	2	1	39	3,085	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	3	5	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2
3	4	4	3	1	3	3	1	2	1	10	2	2	1	40	3,379	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	3	1	2	1	1	2	2	1	2	2
3	4	3	1	2	3	3	1	2	1	5	2	2	1	40	3,085	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	3	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2
2	4	3	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,685	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	1	3	2	2	1	1	2	2	1	2	1
2	4	4	1	1	2	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,575	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	3	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,615	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	3	1	1	1	2	2	2	1	2	1
3	4	2	1	2	3	3	1	2	1	5	2	2	1	38	3,650	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	3	1	1	1	2	2	2	1	2	2
2	4	1	1	2	3	3	1	2	2	10	2	2	1	37	2,890	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	3	5	3	1	1	1	2	2	1	2	2	2
3	4	3	1	2	4	4	1	3	1	5	2	2	1	39	3,370	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2
3	4	3	1	2	2	2	1	1	2	5	2	2	1	40	3,615	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	4	3	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1

2	4	2	1	2	3	3	1	2	2	5	2	2	1	39	3,710	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	3	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2
3	4	3	3	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	38	2,986	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	4	4	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1
3	4	3	1	2	3	3	1	2	1	5	2	2	1	40	3,085	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	3	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2
2	2	3	3	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,725	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1
3	4	3	1	2	3	3	1	2	1	5	2	2	1	40	3,780	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	4	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2
2	4	3	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,810	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1
3	4	2	1	2	5	3	1	2	2	5	2	2	1	37	3,745	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	3	3	2	1	2	1	3	1	1	2	2	2
3	4	3	3	1	4	4	1	3	1	5	2	2	1	40	3,650	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2
3	4	3	1	2	3	3	1	2	2	5	2	2	1	40	3,670	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	3	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2
3	4	2	1	2	5	4	1	3	1	5	2	2	1	38	2,800	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	4	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2
3	4	3	1	2	3	3	1	2	2	5	2	2	1	40	3,085	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	3	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2
3	4	3	1	2	3	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,200	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	4	3	1	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	3	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	39	2,885	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	3	1	2	3	2	1	1	1	5	2	2	1	41	4,223	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1
2	4	3	1	1	2	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,560	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	4	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1
3	4	4	3	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	40	3,640	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	4	1	3	1	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	3	1	1	3	2	1	1	1	5	2	2	1	39	2,970	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	4	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1
3	4	3	3	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	38	3,460	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	1	3	1	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	3	1	2	3	3	1	2	1	5	2	2	1	37	2,990	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2
3	4	3	1	1	2	2	1	2	1	5	2	2	1	38	3,370	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	4	3	2	2	1	2	2	2	1	2	1
2	1	4	3	1	2	2	1	1	1	5	2	2	1	38	3,190	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	4	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	4	3	1	3	2	1	1	1	8	2	2	1	39	3,300	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	3	2	1	1	2	2	2	1	2	1
3	4	3	3	1	3	3	2	1	1	10	2	2	1	39	3,890	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	4	3	2	2	1	2	2	2	1	2	1
2	1	4	3	2	2	2	1	1	1	10	2	2	1	39	3,600	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	4	3	2	1	1	2	2	2	1	2	1
3	4	3	1	2	2	2	1	1	2	5	2	2	1	39	3,500	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	3	5	1	2	1	1	3	2	1	2	2	1
3	4	3	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	37	3,215	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1

3	4	3	1	2	5	3	1	2	1	5	2	2	1	40	3,120	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	4	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2
3	1	4	3	1	2	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,470	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1
2	4	3	3	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	38	3,580	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	3	1	1	4	3	1	2	1	5	2	2	1	41	3,740	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2
2	4	3	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	38	2,950	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	2	1	2	3	3	1	2	1	5	2	2	1	39	2,850	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	4	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2
3	1	2	1	2	4	4	1	3	1	5	2	2	1	39	3,080	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2
2	4	3	1	2	2	1	1	1	1	5	2	2	1	38	3,180	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2
3	4	2	1	2	5	5	1	4	1	5	2	2	1	39	3,750	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	4	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2
2	4	2	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	38	3,705	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1
3	1	3	1	2	3	3	1	3	2	10	2	2	1	41	3,060	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	3	3	2	2	1	2	3	2	1	2	2	2
2	4	3	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	40	3,340	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	4	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2
2	4	3	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	40	3,420	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	4	3	1	2	1	2	2	2	1	2	1
2	4	4	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	38	3,520	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	3	1	1	2	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,100	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1
3	1	4	3	2	3	3	1	2	1	5	2	2	1	40	3,450	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2
2	4	3	1	2	2	2	1	2	1	5	2	2	1	38	2,890	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	3	2	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	2	1	2	5	5	1	4	1	5	2	2	1	39	3,520	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	4	4	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2
2	4	3	2	2	3	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,270	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1
3	1	4	3	1	3	3	1	2	1	5	2	2	1	39	3,240	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	3	1	2	1	2	1	2	1	2	2
3	4	3	1	2	4	4	1	3	1	5	2	2	1	40	3,190	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	4	5	3	1	2	1	2	2	2	1	2	2
3	4	3	1	2	4	3	1	2	1	5	2	2	1	38	3,080	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2
3	4	4	3	2	3	2	1	1	1	5	2	2	1	38	3,260	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	3	1	2	4	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,430	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	2	1	2	3	3	1	2	1	5	2	2	1	39	2,220	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	3	3	1	2	1	1	2	2	1	2	2
3	4	3	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	40	3,710	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	4	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1

3	4	3	1	2	5	4	1	3	1	5	2	2	1	38	3,530	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	3	1	1	1	2	2	2	1	2	2
3	4	3	1	2	4	4	1	3	1	5	2	2	1	41	4,223	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2
3	4	3	1	2	2	2	1	2	1	5	2	2	1	39	3,560	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	2	1	2	4	3	1	2	1	5	2	2	1	39	3,500	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	4	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2
2	4	3	1	1	2	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,150	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	4	3	2	2	1	2	2	2	1	2	1
2	4	3	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,300	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1
2	4	4	3	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,480	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1
3	4	3	1	2	3	2	1	2	1	5	2	2	1	38	2,970	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2
3	4	4	3	2	3	3	1	2	1	5	2	2	1	40	3,540	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2
2	4	3	1	2	4	4	1	2	1	5	2	2	1	39	2,780	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	3	1	2	1	2	2	2	1	2	2
3	4	3	1	2	4	3	1	3	1	5	2	2	1	39	3,600	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2
2	4	3	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	40	3,320	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1
2	4	3	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	37	2,900	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	3	1	2	1	2	2	2	1	2	1
2	4	4	3	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	39	3,100	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1
2	4	3	2	1	2	2	1	1	1	5	2	2	1	38	2,980	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1
2	4	2	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	39	2,570	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1
2	4	3	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	40	4,223	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	4	4	3	2	2	1	1	2	2	1	2	1
2	4	2	1	2	4	3	1	3	1	5	2	2	1	41	3,200	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2
2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	5	2	2	1	38	2,820	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	4	5	3	2	2	1	2	2	2	1	2	1
2	2	3	1	2	3	2	1	1	1	5	2	2	1	40	3,410	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	4	5	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1