



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**CONDICIONANTES DE LA VÍA DEL PARTO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL III ESSALUD JULIACA, ENERO-JUNIO 2022**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

AUTOR:

Bach. Pinto Quispe, Margoth

ASESORA:

Mg Suarez Reynoso, Liz Miriam

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Atención Integral De La Gestante

HUANCAYO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

A mis padres por haberme brindado siempre su apoyo incondicional y a mi hija LIA ANTONELLA mi más grande amor mi motor y motivo para nunca rendirme y seguir adelante.

Así como también a todos los educadores por ser partícipes de nuestra formación profesional.

Gracias a todos ustedes he podido llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

Margoth Pinto Quispe

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt por darme la oportunidad de cumplir con mis metas.

A mi asesora Mg. Liz Miriam Suárez Reynoso por apoyarnos y guiarnos en nuestro trabajo de investigación.

A mis maestros por sus enseñanzas para desarrollarme profesionalmente.

A mi familia por haberme apoyado durante mi etapa estudiantil.

Margoth Pinto Quispe

PAGINA DEL JURADO

.....

Presidenta Dra. Romero Santilla María Leonor

.....

Secretario Mg. Solano Tacza Jim Kelvin

.....

Vocal Mg. Suarez Reynoso Liz Miriam

DECLARATORIA DE AUNTENTICIDAD

Yo, Margoth Pinto Quispe, con DNI N° 70045688, domicilio en Jr. Tupac Amaru N°723 Juliaca.

Declaro bajo juramento que:

Soy autora del trabajo de investigación “CONDICIONANTES DE LA VÍA DEL PARTO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ESSALUD JULIACA, ENERO-JULIO 2022”.

El texto de esta investigación no ha sido plagio ni total ni parcial, se ha respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

La tesis no ha sido auto plagiada, por lo tanto, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico o título profesional.

Los datos presentados en la investigación son totalmente reales, no han sido alterados, ni publicados, ni copiados.

De identificarse fraude, autoplagio, plagio o falsificación, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiendo a la normativa vigente de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt.

Lugar y fecha: Huancayo octubre 2022.



.....
Margoth Pinto Quispe

DNI N° 70045688

INDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Pagina del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	ii
Indice	iii
RESUMEN	viii
ABSTRAC.....	ix
I.INTRODUCCIÓN	10
II. METODO	25
2. 1. Tipo y diseño de investigación	25
2. 2. Operacionalizacon de variables	25
2. 3. Población, muestra y muestreo	27
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	28
2.5. Procedimiento	29
2.6. Método de análisis de datos	29
2.7. Aspectos éticos	294
III.RESULTADOS	35
IV. DISCUSIÓN.....	36
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
ANEXOS.....	44

RESUMEN

El trabajo de investigación titulado Condicionantes de la vía del parto en primigestas atendidas en el hospital III EsSalud Juliaca, enero-junio 2022 tuvo como objetivo: Determinar las condicionantes de la vía del parto en primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, enero - junio 2022. Se utilizó la siguiente metodología un estudio retrospectivo de corte transversal, respecto al diseño es no experimental porque no se manipula la variable, la población de estudio es de 318 casos y se constituye por pacientes primigestas hospitalizadas con diagnóstico de labor de parto en el Hospital EsSalud de Juliaca con periodo de seis meses de investigación considerados de enero – junio del 2022. La muestra quedó representada por 160 casos el muestreo se consideró por conveniencia y el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. La validez del instrumento fue a través del juicio de profesionales expertos. Se determinó las condicionantes de la vía del parto en primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, enero - junio 2022. Nuestras principales causas son Ruptura prematura de membranas Del 100% (160) de historias clínicas analizadas 8,1% (13) representa a las gestantes que tuvieron una ruptura de membrana a término (37 a 41 semanas) y 1,9% (3) representa a gestantes que tuvieron ruptura prematura de membrana, (menos a 37 semanas). Enfermedad hipertensiva del embarazo Del 100% de las historias clínicas analizadas el 13,1% (21) presentaron preeclampsia y el 4,4% (7) presentó eclampsia. Concluyendo respecto al tipo de la vía de parto el 58.8% (94) fueron cesáreas y el 41.3% (66) la vía del parto fue vaginal.

Palabras clave: vía, primigesta, parto, vaginal, cesárea.

ABSTRAC

The research work entitled Determinants of the route of delivery in primiparous women attended at Hospital III EsSalud Juliaca, January-June 2022 had the objective: To determine the determinants of the route of delivery in primiparous women attended at Hospital III EsSalud Juliaca, January - June 2022. The following methodology was used, a retrospective cross-sectional study, with respect to the design it is non-experimental because the variable is not manipulated, the study population is 318 cases and is made up of primiparous patients hospitalized with a diagnosis of labor in the Hospital EsSalud de Juliaca with a period of six months of investigation considered from January to June 2022. The sample was represented by 160 cases, the sampling was considered for convenience and the instrument used was the data collection form. The validity of the instrument was through the judgment of expert professionals. The determinants of the route of delivery in primiparous women treated at Hospital III EsSalud Juliaca, January - June 2022, were determined. Our main causes are Premature rupture of membranes Of 100% (160) of medical records analyzed, 8.1% (13) represent to pregnant women who had a rupture of the membrane at term (37 to 41 weeks) and 1.9% (3) represented pregnant women who had premature rupture of the membrane (less than 37 weeks). Pregnancy hypertensive disease Of 100% of the medical records analyzed, 13.1% (21) presented preeclampsia and 4.4% (7) presented eclampsia. Concluding with respect to the type of delivery route, 58.8% (94) were cesarean sections and 41.3% (66) the delivery route was vaginal.

Key words: via, primiparous, delivery, vaginal, cesarean section

I. INTRODUCCIÓN

El desarrollo del parto vaginal es una de las etapas fisiológicas y naturales de la madre primigesta por el cual el bebé es expulsado al exterior a través de la vagina. Es el método más común por el cual la mujer trae a su hijo al mundo, sin complicaciones. Pero en los últimos años hay factores de riesgo que complican el proceso de la vía del parto vaginal que arriesga la vida de la madre como del bebé motivo por el cual se opta por la cesárea; este procedimiento se incrementó en alto porcentaje.

En el mundo la tasa de cesárea en primigestas superó la expectativa considerando el más alto a nivel de América, de 38,9%, dados los datos de 25 países dentro de los investigados. La cifra, no obstante, sería aun mayor porque en algunos casos no se tomaron en cuenta las cesáreas realizadas dentro del sector privado. Sobre la realización frecuente de cesárea están exponiendo a nuevos casos de problemas de salud, en la inserción baja de la placenta, en la segunda parte de la cesárea llega alcanzar en 40% en los casos y una tercera que supera un 60% de casos dados. Que representa un riesgo alto en la muerte materna por hemorragia. Informe Bremen de Mucio, asesor de salud sexual y reproductiva de la CLAP de OPS/OMS. Mientras tanto el costo mayor, por las tasas altas sobre la aplicación de cesáreas redundante que consumen bastantes recursos en el sector de la salud y otros servicios que son frágiles y sobrecargados. En la actualidad, cesárea es considerada la cirugía más aplicada. Sin embargo, aparecen inconvenientes, como un sobre incremento de las tasas de cesáreas y que están revelan otros problemas en la salud de los pacientes. El alto porcentaje de casos de cesáreas se considera un problema grave en la salud pública y que esta puede perjudicar y empeorar en los próximos años. (1)

En el Perú, los últimos años se produjeron un aumento dentro de la tasa de cesárea que ubica por encima de latinoamericano. La preocupación de todos los organismos internacionales, se recomienda por parte de la Organización Mundial de la Salud, que el procedimiento debería realizarse sólo dentro del 15% de los casos. Por ejemplo, en Paraguay, se encontró 36,28%, En un hospital público de Lima, llegó al 50,2%, y en España, en una comunidad autónoma de Andalucía llegó al 24,8% Según ENDES 2020, la prevalencia de cesáreas en el Perú se incrementó de 31.3% a 36.6% en los años 2016-2020. (2)

En la región de Puno no es ajeno a esta realidad problemática en el 2018 a 2020 la tasa de cesáreas se encontró en un 20.0% a 29.6%, el hospital III de EsSalud Juliaca no escapa a

esta realidad, de allí la importancia de realizar la investigación propuesta. El médico ginecólogo debe observar factores de riesgo en el cual puedan situar en peligro la vida de la madre e hijo en el parto normal para así optar por el parto por cesárea. Complicada situación ante el aumento de médicos especialistas, también se presentó la multiplicación de cesáreas dado por factores políticos y mercantiles que producen incentivan a realizarse cirugías excusadas. **(3)**

Los antecedentes nacionales que he considerado para este estudio son:

Martínez A. y Christian D. **(4)** realizaron una investigación a cerca de Características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital De Huaycán en el periodo enero – diciembre 2018; el estudio que se realizo es tipo observacional, retrospectivo, transversal de diseño descriptivo; muestra de 236 pacientes cesareadas; los resultados alcanzados son: el 81,4% (n=192) existen entre los 18 a 35 años, el 11% (n=26) fueron pacientes mayores de 35 años; el 88,6% (n=209) proceden de la zona Urbano- Marginal; el 80,9% (n=191) son convivientes; el 69,5% (n=164) con nivel de instrucción secundaria; con respecto a las características obstétricas se pudo evidenciar que el 63.6%(n=150) no tuvieron antecedente de cesárea anterior; en cuanto a la edad gestacional pudo observar que el 96.2% (n=227) fueron a término; con respecto a la paridad de la paciente, el 52,5% (n=124) fueron primíparas; según el número de controles prenatales, el 56,4% (n=133) presentaron mayor o igual a 6 controles prenatales; con respecto al tipo de cesárea se evidenció que las cesáreas fueron electivas en el 55,1% (n=130) y de emergencia el 44,9% (n=106). De acuerdo a las indicaciones maternas, el 63,3% (n=81) fueron por cesárea previa, siendo la indicación materna como la más frecuente; las conclusiones a las que llegaron: tienen características similares a estudios ya mencionados, estas características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas ya mencionadas en resultados son de suma importancia reconocerlas e identificar la problemática de salud que puede existir en el Hospital de Huaycán. **(4)**

Ibarra S. **(5)** realizó un estudio a cerca de Variables asociadas a ruptura prematura de membranas en pacientes primigestas atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2017 – 2018 Lima. Su propósito fue determinar las variables asociadas a ruptura prematura de membranas en pacientes primigestas; fue un estudio observacional, retrospectivo, analítico, transversal con una

muestra de 213 primigestas: La prevalencia de RPM en primigestas fue de 84,5%; así mismo el estado civil ($p=0,04$), el grado de instrucción ($p=0,00$), la edad gestacional ($p=0,04$), la anemia gestacional ($p=0,00$) y la infección de las vías urinarias ($p=0,00$), tienen asociación significativa con la RPM. Considerándose a estas variables como factores de riesgo para presentar ruptura prematura de membranas, y no encontrándose asociación con las otras variables del estudio. Al hallar el OR se obtuvo que la ITU y la anemia incrementan en 30 y 10 veces el riesgo de RPM llegando a la conclusión: La prevalencia de RPM en primigestas fue de 84,5%. Los factores asociados a RPM son: estado civil, grado de instrucción, edad gestacional, anemia gestacional (OR= 10), y la infección urinaria (OR=30)". (5)

Vásquez F. (6) realizó una investigación en Lima a cerca de Complicaciones maternas y perinatales en primíparas con índice de masa corporal pregestacional extremo atendidas en el instituto nacional materno perinatal, enero a setiembre de 2018; su objetivo fue determinar las complicaciones maternas y perinatales en primíparas con índice de masa corporal pregestacional extremo; investigación cuantitativa, no experimental, retrospectiva de corte transversal, descriptiva, donde la muestra fue de 203 pacientes primíparas con índice de masa corporal pregestacional extremo; los resultados: Las complicaciones maternas durante el embarazo más prevalentes fueron: la rotura prematura de membranas (RPM) con un 22,7% (46/203), seguido de la desproporción cefalopélvica (DCP) con un 11,8% (24/203) y la mala actitud de presentación (MAP) con 10,4% (21/34). Durante el parto las complicaciones maternas de mayor prevalencia fue la cesárea con un 43% (88/203), el sufrimiento fetal agudo (SFA) con 16,8% (34/203). Llegando a la conclusión que las complicaciones maternas más frecuentes son la anemia post parto, la cesárea, la rotura prematura de membranas y el sufrimiento fetal agudo; así mismo las complicaciones perinatales más frecuentes fueron los traumatismos obstétricos, el síndrome de distrés respiratorio y la macrosomía fetal. (6)

Mullisaca J. (7) realizó una investigación a cerca de Factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno periodo enero – diciembre 2018; el objetivo fue determinar los factores maternos sociodemográficos y obstétricos que son de riesgo; estudio analítico, observacional, de casos y controles. Se estudiaron 102 gestantes con RPM y 204 sin RPM según criterios de inclusión y exclusión, La información se obtuvo de las historias clínicas. Para el análisis de los resultados se utilizó chi cuadrado y se halló el Odds Ratio (OR). Resultados: La frecuencia de casos de ruptura prematura de membranas fue de 6% de los

partos atendidos. Provenir de una zona Rural fue un factor de riesgo significativo ($p=0.033$ OR: 2.61; IC95%: 1,049-6.542) La anemia gestacional ($Hb \leq 14g/dL$) fue un factor de riesgo significativo ($P=0.006$ OR: 1,98; IC95%: 1,215 – 3,238); concluyendo que la frecuencia de ruptura prematura de membranas fue de 6%; provienen de una zona rural fue el único factor de riesgo para el desarrollo de ruptura prematura de membranas; siendo esta el factor más fuerte en el presente estudio con un OR 2,61; dentro de los factores maternos obstétricos la anemia gestacional, control prenatal inadecuada, ITU fueron factores de riesgo para el desarrollo de ruptura prematura de membranas. (7)

Apaza I. (8) realizó una investigación acerca de Indicaciones de cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno perinatales en el Hospital EsSalud III Puno, año 2018. Universidad Nacional del Altiplano; cuyo objetivo fue determinar las indicaciones de las cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno perinatales fue un estudio observacional, descriptivo correlacional, retrospectivo y transversal basado en revisión de historias clínicas y muestreo no probabilístico; la población estuvo conformada por mujeres a quienes se les realizó cesárea en el Hospital EsSalud III Puno durante el año 2018; se incluyeron 364 pacientes en este estudio, de las cuales 116 presentaron cesáreas injustificadas (31.87%). Las principales indicaciones de cesáreas injustificadas, de acuerdo al factor materno son: Cesárea anterior (13,7%) y Preeclampsia (5%); de acuerdo al factor fetal; el sufrimiento fetal agudo (10.4%); llegando a concluir que las cesáreas injustificadas constituyen un problema creciente a nivel mundial, el mismo que se ve reflejado en la población estudiada, representando la tercera parte de las cesáreas efectuadas en el Hospital EsSalud III Puno, y se encontraron asociadas a complicaciones materno-perinatales; por lo que se debería tomar medidas preventivas para disminuir el índice de estos procedimientos médicamente innecesarios. (8)

Del mismo modo los antecedentes internacionales considerados son: Cruz M. (9) realizó una investigación a cerca de Análisis del índice de cesáreas en pacientes primigestas de diferentes grupos de edad en la universidad Autónoma de Nuevo león. México 2019 cuyo objetivo fue describir las principales indicaciones en pacientes primigestas divididas en 3 grupos de edad. Material y métodos: Estudio transversal, observacional, descriptivo y prospectivo en 384 pacientes. Se analizó la hoja preoperatoria del expediente clínico. Los resultados de los recién nacido se clasificaron de la siguiente manera: grupo 1: con peso promedio 3310.58gr (412.75), talla 50cm (49.52), Apgar al - 2 - 1º minuto 8 (8 – 8), Apgar

a los 5 minutos 9 (9 – 9), Capurro 39.2 (38.3 – 40); grupo 2; con peso promedio de 3376.43 (409.26), talla 50cm (49 – 52), Conclusión: No existe una diferencia entre las principales indicaciones de la operación cesárea entre la población estudiada (mujeres menores de 20 años, con edad entre los 21 – 35 años y mayores de 36 años). **(9)**

Tenorio J, Rodríguez A. **(10)** realizaron una investigación a cerca de la Incidencia de preeclampsia severa en primigestas adolescentes factores de riesgo y complicaciones Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Hospital Matilde Hidalgo de Procel durante los periodos 2015 a 2018. el objetivo general fue determinar la incidencia de preeclampsia severa en primigestas adolescentes; los objetivos específicos: Identificar los casos de pacientes con preeclampsia severa, establecer los factores de riesgos asociadas en primigestas, caracterizar la clínica de la preeclampsia severa y sus complicaciones; estudio retrospectivo, descriptivo no experimental; el universo fue de 724 casos; el 49% presentaron preeclampsia leve y el 51 % preeclampsia severa, la edad donde se detectaron mayor número de casos fue el rango de 17-19 años con el 67 % del total así mismo el 71 % de las gestantes eran primigestas y el 29 % multíparas. Se concluye que la nuliparidad, la edad y controles prenatales insuficientes tienen asociación estadísticamente significativa con la presencia de preeclampsia. **(10)**

Villareal V. **(11)** en su trabajo de investigación surge con el objetivo de conocer la situación actual en cuanto a la incidencia de las complicaciones puerperales en mujeres de postparto mediano cuyo objetivo fue determinar la incidencia de complicaciones puerperales que se presentaron en mujeres atendidas en el Centro de Salud Centro Histórico en Quito de enero 2019 a diciembre 2019; fue un estudio descriptivo retrospectivo de tipo transversal, el universo constituyó 400 mujeres de postparto mediano que fueron asistidas en su parto en el Centro de Salud Centro Histórico; así mismo los resultados: Dentro de las complicaciones encontramos; endometritis 84%, dehiscencia perineal 8%, depresión posparto y mastitis con el 4% del mismo modo la incidencia de complicaciones puerperales fue del 12%, la complicación más frecuente es la endometritis, se relaciona con la primiparidad y edad gestacional de 41 semanas. Con relación a los factores sociodemográficas, las pacientes en estudio se caracterizaron por un predominio de edades 20- 24 años en procedentes del área urbana, instrucción secundaria, solteras y principalmente amas de casa. **(11)**

Ledesma R. **(12)** realizó una investigación a cerca de los Factores de riesgo predisponentes a preeclampsia en primigestas de la Maternidad Isidro Ayora de Guayaquil; cuyo objetivo fue conocer las enfermedades hipertensivas del embarazo constituyen un agente causal de alta morbimortalidad en este grupo etario, a más de esto genera una serie de complicaciones en el feto, el estudio fue descriptivo, transversal, retrospectivo en donde se analizaron 100 fichas clínicas de pacientes primigestas con diagnóstico de preeclampsia con la finalidad de poder identificar en ellas la existencia de factores de riesgo que las hayan predispuesto a desarrollar dicha enfermedad, por lo cual los resultados son los siguientes: el 32% de las estudiadas tenían una edad entre los 13- 14 años de edad, el principal factor de riesgo asociado fue la obesidad con el 30%, el 64% de ellas debutaron con la forma severa de la enfermedad, el 75% de ellas se complicaron con una hemorragia posparto y del total de pacientes estudiadas el 78% se les practico cesárea como vía de término del embarazo y como parte del tratamiento más adecuado. Conclusiones: En esta casa de salud existe una prevalencia bastante considerable de esta patología que afecto con mayor frecuencia a mujeres jóvenes, las mismas que desarrollaron sangrado posparto como complicación que ayudo a elevar mucho más la morbimortalidad de ellas. **(12)**

Hernández M, et al **(13)** realizaron una investigación a cerca de la Prevalencia de cesárea y factores asociados en primigestas en el Hospital General de Zona N° 20 "La Margarita" México con el objetivo de determinar la prevalencia de cesárea y factores asociados en primigestas, el estudio fue descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal, homodémico y unicéntrico. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial llegando a los resultados: Se revisaron 295 expedientes de pacientes primigestas de 13 a 46 años. La prevalencia de cesárea en primigestas fue: 55.9 cesáreas por cada 100 primigestas; los factores asociados fueron: edad de 20 a 24 años (37.9%), sobrepeso (37.6%), bachillerato (40.7%), ocupación trabajadora (55.9%), turno hospitalario nocturno (34.2%). Se encontraron 28 indicaciones de cesárea; 11 maternas, 15 fetales y 2 de otras causas; la indicación principal fue oligohidramnios (16.9%). La tasa de prevalencia de cesárea en primigestas fue de: 55.9 cesáreas por cada 100 primigestas. El predominio de indicaciones fue de origen fetal, siendo el principal oligohidramnios (16.9%). Los factores asociados al tipo de indicación de cesárea con significancia estadística fueron edad materna e índice de masa corporal. **(13)**

Desarrollando las teorías y enfoques conceptuales debo considerar a las condicionantes de la vía de parto maternas dentro de la cuales esta pelvis estrecha; la pelvis es un hueso que forma una cavidad. Es como un embudo osteomuscular que se estrecha hacia abajo, limitado por el hueso sacro, el cóccix y los coxales y los músculos de la pared abdominal inferior y del perineo. Algunas mujeres creen que tener la pelvis estrecha puede dificultar el parto natural, obligando a realizar una cesárea. Así mismo debo considerar Enfermedad hipertensiva del embarazo. La elevación de la presión arterial en el embarazo son problemas habituales que se complican el 10 a 15% de embarazos y forman un importante problema de salud pública, considerado la primera causa de muerte materna en países desarrollados y el tercer origen de muerte materna en los países en vías de desarrollo. Además, causa importante de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal. La hipertensión en el embarazo (HE), también de producir daño materno y fetal, causa alteraciones vasculares y metabólicas en un futuro, involucrando padecer un riesgo de sufrir hipertensión crónica tras la HE es entre 2,3 y 11,0 veces mayor. Las señoras con antecedentes de preeclampsia/eclampsia corren 2 veces más riesgo de incidentes cerebrovasculares y mayor frecuencia de arritmias y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca. De igual manera se ve un riesgo,10 veces mayor de enfermedad renal terminal a largo plazo. (14)

Igualmente debo considerar la preeclampsia forma una de las complicaciones más habituales y a la vez más serias del embarazo y contribuye de modo significativa a la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, el avance del estudio de la preeclampsia, no se encuentra esclarecido el mecanismo fisiológico. (15)

La preeclampsia explica la forma en que la presión arterial elevada se presenta en la gestación, la alteración en la placenta es el origen de la disfunción que causa en los vasos sanguíneos de la mujer susceptible. No obstante, el signo de alarma es la presión arterial elevada desembocar la eclampsia, causando daño en el cerebro, riñón e hígado. El único procedimiento es la terminación de la gestación sea por parto vaginal o cesárea. Y se presenta incluso seis semanas después del parto (16)

Igualmente debo considerar Eclampsia como una enfermedad que se identifica por convulsiones seguidas a un estado de coma en mujeres gestantes preeclampsia. Si hay problemas cerebrales existentes no son causa de las convulsiones; no se conoce la razón exacta de la eclampsia. Son múltiples los factores que desempeñan como: Problemas

vasculares, Factores cerebrales y del sistema nervioso (neurológicos), Dieta, Genes, la eclampsia se presenta después de una afección llamada preeclampsia. (17)

Las mujeres que presentaron preeclampsia no tienen convulsiones, es complicado saber cuáles mujeres si tendrán. Gestantes con riesgo elevado para padecer convulsiones a menudo presentan preeclampsia severa con signos de alarma como: Exámenes sanguíneos anormales. Dolores de cabeza, Presión arterial muy alta, Cambios en la visión., Dolor abdominal. (18)

Así mismo debo considerar la hemorragia del tercer trimestre del embarazo que es la pérdida en mayor cantidad de sangre. Conforme al momento se puede catalogar como hemorragia ante parto y hemorragia postparto. La mayor cantidad de pérdida superior a 150 ml/min, la pérdida en 20 min sería el 50% del volumen sanguíneo y que puede suceder durante el embarazo o puerperio, superando los 500 ml post parto y post cesárea 1000 ml hoy por hoy se define a la pérdida del volumen sanguíneo en gran cantidad HPP que causa cambios hemodinámicos. (19)

También debo considerar Ganancia de peso en el embarazo, el control del peso de la gestante se realiza en todos los controles prenatales, siguiendo las normas técnicas de salud para una buena atención integral de la salud materna. Se sabe que el aumento de peso excesivo o escaso está relacionado con las consecuencias perinatales adversos. El aumento excesivo de peso corre el mayor riesgo de sufrir preeclampsia, diabetes gestacional, macrosomía fetal y retención del peso materno posparto, el menor aumento de peso puede causar: restricción de crecimiento intrauterino y peso bajo al nacer. En efecto el aumento o la disminución del peso depende del IMC en gestantes. (20)

Dentro de ellas se considera, Menor de lo recomendado (<8k). el bajo peso en la mujer es un riesgo sea antes de concebir o durante el embarazo para la madre y el bebe: prematuridad, RCIU, menor peso placentario y riesgo de morbimortalidad fetal. Si bien el aumento excesivo es un problema que aumento el riesgo de sufrir enfermedades en la gestación; así mismo consideramos dentro de lo recomendado (8 a 16 k). el incremento de peso adecuado en la gestación es necesario para el buen desarrollo del bebe y mantener la buena salud de la gestante. El incremento de peso necesario es un indicador de que el bebe está creciendo, así como la futura madre, para mantener en desarrollo y crecimiento del bebe se tiene que iniciar

con un buen peso y aumentar lo necesario para no presentar riesgos ni complicaciones para la mujer y el bebé, igualmente se considera mayor de lo recomendado (>16 k) gestantes con incremento de peso de mayor de lo recomendado sufren el riesgo obstétrico de presentar: hipertensión, diabetes, varices, coledocolitiasis, embarazos prolongados, retardo en el crecimiento intrauterino, alto riesgo de complicaciones al nacimiento, infecciones antes y después del parto, complicaciones tromboticas, anemia, infecciones urinarias y desórdenes en la lactancia. (21)

También debo mencionar las condicionantes de la vía de parto fetal dentro de los cuales debo mencionar la Ruptura prematura de membranas (RPM). Revisando la información sobre las membranas ovulares, describiendo las causas fisiológicas en las que están: la rotura prematura de membranas (destacando el proceso de apoptosis), relacionados a infección, isquemia placentaria, distensión de membranas, hemorragia coriodecidual, tabaquismo, relaxina, prolactina, hormona paratiroidea. Las gestantes que no llegaron al término de su embarazo y presentan RPM establece una emergencia obstétrica y perinatal, se sabe que una vez que se rompe las membranas se pierde el líquido amniótico que es la protección del feto del medio externo y expone tanto a la madre como al feto a una contaminación por los gérmenes que viven en el cuello del útero y vagina, y correr el riesgo de producir una infección materno-fetal. Igualmente debo considerar Posición fetal anormal, se sabe que la posición normal del feto es cefálica donde la cabeza está al inferior del abdomen. En algunos casos el bebé se presenta la presentación del bebé es diferente antes del nacimiento, las anomalías en las presentaciones ponen en riesgo al bebé y presentar problemas del cordón umbilical o algún trauma de nacimiento. (22)

En ellas encontramos diferentes tipos de presentaciones: Presentación compuesta, Presentación de extremidades, Posición occipitoposterior, Presentación de nalgas completas, incompletas y francas, Presentación facial (Mentón anterior, Mentón posterior y Mentón transversal), Presentación de la frente Presentación del hombro. Así mismo debo considerar desproporción cefalopélvica (DCP), es una diferencia de magnitud entre la cabeza del feto y la pelvis materna, que produce la demora en la dilatación del cuello uterino y declive de la cabeza del feto pese a que las contracciones uterinas son apropiadas, motivo por el cual dificulta el nacimiento por vía vaginal causando trabajo de parto prolongado. Se debe diagnosticar tomando las medidas de la pelvis y o tomando una ecografía. (23)

igualmente debo considerar la distocia fetal, que viene a ser un trabajo de parto lento las causas la posición que obstaculiza el nacimiento; Se diagnostica realizando exámenes, una ecografía o viendo como progresa el trabajo de parto. El tratamiento a seguir es realización de maniobras físicas, reubicando al feto, nacimiento instrumentado o cesárea. (24)

También debo considerar Placenta previa, es una complicación de la gestación en el cual la placenta se implanta sobre o cerca del cuello uterino. La placenta se encarga de proporcionar alimento al feto, el cuello del útero es el canal donde nace el bebé, en el transcurso de la gestación la placenta se moviliza a medida que la matriz se va estirando y creciendo. Es normal que la placenta se implante en la parte baja del útero a inicios del embarazo, pero en el transcurso que la gestación avanza la placenta sube hacia arriba de este; ya en el tercer trimestre la placenta debe estar ubicada en la parte superior de la matriz(útero), así queda despejado el orificio cervical interno (OCI) para el nacimiento. La placenta previa se clasifica: a) Marginal; la placenta está al lado del cuello uterino, pero no cubre el orificio b) Parcial: La placenta cubre parte del orificio cervical; c) Completa: La placenta obstruye totalmente el orificio cervical. (25)

Así mismo debo considerar Desprendimiento prematuro de placenta (DPP). La placenta es un órgano que está conectado al bebé mediante el cordón umbilical su función es suministrar oxígeno y nutrientes de la futura madre como también elimina los residuos de desecho durante el embarazo. El DPP es la separación de la placenta de la matriz de la mujer antes que el feto nazca. (26)

El desprendimiento de placenta (desprendimiento abrupto de la placenta), es un obstáculo poco habitual pero peligroso de la gestación. Los síntomas frecuentes es el sangrado vaginal con contracciones dolorosas. También puede afectar la proporción de sangre y oxígeno al feto, causando sufrimiento fetal; las razones son desconocidas, pero la presión arterial alta, la diabetes, el fumar, el consumo de cocaína o alcohol, lesión en la madre y tener múltiples embarazos elevan el riesgo de presentar esta afección. El tratamiento dependerá de la circunstancia hacer reposo absoluto, incluso una cesárea de emergencia. (27)

Dentro de las condicionantes de la vía de parto debo considerar el sufrimiento fetal; la causa es la disminución de oxígeno que pasa al feto de la madre a través de la placenta. El médico indica realizar monitoreo para realizar seguimiento de los latidos cardíacos durante el parto y diagnosticar sufrimiento fetal. Cuando el profesional sospecha la disminución del bienestar del bebé se cambia de postura a la madre o colocarle oxígeno, pero si no reacciona, se tiene

que sacar al bebe inmediatamente. luego realizaremos el test de Apgar una vez que él bebe este fuera del útero para ver que daño causo el sufrimiento fetal; al disminuir el oxígeno deja secuelas graves lo cual se debe evitar. Igualmente debemos considerar el sufrimiento fetal agudo, aparece inesperadamente, es un obstáculo durante el nacimiento, se debe extraer al feto inmediatamente así evitar que se dañe él bebe. El sufrimiento agudo no siempre es un grave riesgo para el feto si se acelera el parto también se puede considerar como un estado alterado que perturba la fisiología del bebe antes y durante el parto; lo cual la muerte o la aparición de contusiones permanentes en los tejidos cerebrales del feto por nacer tiene alta probabilidad. Por lo usual, es producido por una pérdida de oxígeno que absorbe el bebé y suele corresponder a una lesión en la placenta de la mujer o una dificultad circulatorio que trastorna la eficacia o la cantidad de sangre que intercambia con él bebe. **(28)**

Así mismo consideramos sufrimiento fetal crónico; es cuando él bebe no recibe suficiente oxígeno ni nutrientes se va dando sucesivamente, y las condiciones son perjudiciales puede causar retardo en el crecimiento del bebe para la edad y la mejor opción no es el nacimiento contrariamente se debe realizar un seguimiento y control hasta encontrar la causa y hacer que le bebe desarrolle normalmente antes del nacimiento. **(29)**

Dentro de los condicionantes de la vía de parto debo considerar la forma de inicio donde debo considerar Espontáneo. El parto natural es un modo de nacimiento sin uso de la tecnología y permitiendo que la naturaleza haga su curso. Incluyendo el trabajo de parto y el alumbramiento de manera natural sin administrar medicamentos, analgésicos o epidurales. Utilizar escasa intervención del médico o evitar como el monitoreo fetal y las episiotomías (que es un corte en la vagina para dar espacio a la salida de bebe; acceder a la mujer dirigir el trabajo de parto y el alumbramiento, buscando la comodidad de la mujer. también debo considerar Inducido Se describe a los diferentes procedimientos utilizados para dar inicio o apresurar el trabajo de parto. El objetivo es incitar las contracciones o aumentar la intensidad. Las técnicas son varias que pueden ayudar al inicio del trabajo de parto. **(30)**

Una de ellas son las prostaglandinas a iniciaciones del embarazo, el cérvix debe ser fijo, largo y cerrado. Antes de la dilatación del cuello del útero primero debe reblandecerse y empezar a adelgazar. En algunas esto puede empezar antes que empiece el trabajo de parto, el profesional puede utilizar la prostaglandina que es un medicamento para madurar el cuello del útero en mujeres que no da inicio naturalmente. La medicina se puede colocar vía vaginal exactamente en el cuello del útero. Las prostaglandinas madurarán y suavizarán el cuello

uterino y elevan la intensidad de contracciones incluso empezar. Se tiene que estar pendiente de los latidos cardiacos fetales si no da inicio el trabajo de parto permitir que camine un poco. La oxitocina medicamento que se administra vía intravenoso para dar inicio en las contracciones o aumentad de intensidad. La dosis que ingresa tiene un ritmo constante y se aumenta lentamente la vigilancia de los latidos cardiacos del bebe y el aumento de las contracciones tiene que permanente y asegurar q las contracciones no estén dañando al feto se prohíbe la utilización de la oxitocina si los exámenes nos dicen que no está pasando suficiente oxígeno y nutrientes por la placenta. La oxitocina produce contracciones normales, pero si el útero y su propio cuerpo dan inicio en profesional debe reducir la medicación. (31)

También debo considerar La conducción del trabajo de parto; proceso que estimula el útero para incrementar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones posteriormente de la iniciación del trabajo de parto espontáneo, Fase latente: período donde hay contracciones agudas y cambios del cuello del útero que incluyen el borramiento y dilatación hasta los 4 cm en nulíparas dura de 6 a 7 horas y multíparas de 4 a 5 horas. (32)

También debemos considerar la duración de trabajo de parto. El parto natural dura unas cortas horas o un día. El parto natural no siempre se desenvuelve de igual manera. Sí podemos asemejar dos grupos de parturientas: mujeres sin partos (primíparas) y mujeres que ya tiene parto anterior (multíparas). Las primerizas demoran más que las multíparas en completar períodos del parto. En mujeres primíparas la dilatación es de 6 a 10 horas el periodo expulsión de 45 minutos. En el caso de las multíparas, la dilatación es entre 3 y 5 horas y el periodo expulsivo de 20 minutos. Como sabemos un bebé tarda en nacer de manera natural en minutos u horas hasta un día entero. Los nacimientos medicados no tardan menos que los nacimientos naturales, ya que las técnicas medicadas que se ejecutan habitualmente son la episiotomía o la cesárea; su objetivo es acelerar el nacimiento del bebé, exclusive cuando un expulsivo persiste más de dos horas, se procede a extraer al bebe con maniobras quirúrgicas. (33)

Así misma duración del trabajo de parto adecuado La permanencia de la fase activa del parto normal es distinto entre las mujeres y depende de la paridad. Su avance no es precisamente seguido. Es significativo verificar persistentemente el bienestar fetal. En las primíparas la duración de la fase activa es de 8 horas y es imposible que dure más de 18 horas. En las multíparas la duración de la fase activa es de 5 horas y es improbable que dure más de 12

horas, la disposición de intervenir o enviar ante una sospechada prolongación en la primera fase del parto debe ser empañada en función del avance de la dilatación y otros componentes; geográficos, obstétricos y fetales y no únicamente depende de la duración. **(34)**

Igualmente consideramos El trabajo de parto prolongado; es la irregularidad en la dilatación del cuello uterino y el descenso fetal retrasando el trabajo de parto, El análisis es hospitalario; la oxitocina se puede utilizar para el tratamiento nacimiento vaginal o cesárea; el trabajo de parto prolongado puede ser causado por la desproporción cefalopélvica puede provocarse por una pelvis chica, feto grande o una distocia fetal, también puede deberse a que las contracciones son débiles y poco frecuentes lo cual causan un parto prolongado. **(35)**

También consideramos el parto precipitado se trata del proceso totalmente fisiológico en la que se debe identificar los riesgos en la madre y él bebe dando seguridad a todo el proceso. los factores existentes en la cual las fases de la dilatación y el periodo expulsivo son precipitados; también el parto precipitado se desarrolla de forma inesperada el tiempo es menor a 3 horas desde que inicia las contracciones usuales. **(36)**

Las complicaciones pueden presentar el parto precipitado de mayor probabilidad son; desgarro perineal, retención de placenta y atonía uterina; las intensas contracciones uterinas provocan un nacimiento precipitado lo cual impide la dilatación paulatina del periné con riesgo de tener severos desgarros y causar agotamiento de los músculos del útero que implica que no se contraiga provocando una atonía uterina y deteniendo restos de la placenta. **(36)**

Respecto a la vía de parto puede también variar, puede ser un parto vaginal, donde él bebe nace por el canal vaginal; el parto normal es la causa fisiológica donde la mujer termina su gestación entre las 37 y las 42 semanas cumplidas. empieza espontáneamente, se desenvuelve y finaliza sin dificultades, predomina con el nacimiento de un bebé saludable ya no hace falta ninguna intervención. Después del nacimiento, tanto la mamá como su bebé se hallan en buenas condiciones. El progreso del parto no solo es por factores biológicos que tiene cada mujer y bebe, también suman los factores psicológicos, culturales y ambientales. Con la atención y apoyo las mujeres sanas pueden dar a luz con un mínimo procedimiento del profesional sin riesgos y seguros tanto la madre y él bebe. Para ello es significativo que las mujeres posean confianza en sus medios de afrontar el parto y que las obstetras ayuden al mejor progreso de este proceso fisiológico. **(37)**

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que realizan en el vientre y útero de la mujer para el nacimiento del bebe. Esta técnica se hará cuando se sepa que es más seguro que el parto

vaginal; el corte en la piel puede ser vertical (longitudinal) o transversa (horizontal), y el corte en el útero se realiza, vertical o transversa. Una corte transversa se desarrolla a través de la sínfisis del pubis, mientras que una corte vertical se desarrolla desde el ombligo hasta borde la sínfisis pubiana. La incisión transversa es la que se realiza con mayor frecuencia porque tiene menor sangrado y sana. En un futuro embarazo hay mayor posibilidad de un parto vaginal si la incisión del útero es transversa. Las condiciones de la madre y el bebé dependerán el tipo de corte. **(38)**

Cuando a una mujer se le dificulta dar luz por vía vaginal, el parto debe realizarse con un procedimiento quirúrgico (cesárea), hay casos que la cesárea ya son programadas y en otros casos se realiza por alguna complicación que se presenta en el trabajo de parto

Las condicionantes que existen para un parto por cesárea son; los latidos cardiacos anormales del feto, Posición anormal del feto, Falta de progreso o evolución anormal del trabajo de parto, el bebé es grande para un parto vaginal, placenta previa, diabetes, preeclamsia severa, VIH, herpes vaginal, embarazos múltiples o cesárea anterior. El profesional es el que determina una cesárea. (38)

Por todo lo mencionado Además me planteo el problema según la situación: PG: ¿Cuáles son las condicionantes de la vía del parto en primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, enero - junio 2022? Así mismo, se genera las sub interrogantes: PE 1.- ¿Cuáles son las condicionantes fetales de la vía del parto en primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, enero - junio 2022?, PE 2.- ¿Cuáles son las condicionantes de la labor de parto en primigestas atendidas en Hospital III EsSalud Juliaca, enero - junio 2022?

En cuanto a la justificación teórica, conseguimos establecer que el presente trabajo de investigación nos ayudara a obtener información notable sobre la condicionantes de la vía de parto en primigestas nos aportara conocimiento ya que obtendremos datos reales; la justificación práctica del presente estudio pretende brindar o contribuir con el mejor conocimiento de la cesárea como problema de salud Pública en el hospital III EsSalud de Juliaca. Justificación social; beneficiará con esta investigación a las gestantes primigestas que ingresan al EsSalud con labor de parto y esperan que el parto desarrolle de manera natural, pero contrariamente a las expectativas maternas los partos con frecuencia terminan en una intervención quirúrgica que es la cesárea, sabiendo las principales condicionantes vinculados en el mentado problema y así intervenir de manera acertada, apropiada y eficaz, así brindar más seguridad a las gestantes primigestas; Justificación metodológica este estudio

se establece en las condicionantes de la vía de parto en primigestas lo cual el instrumento utilizado será la ficha de recolección de datos como será un aporte muy importante ya que pretende dar a conocer el porcentaje de mujeres primigestas que ingresan con labor de parto y culminan en parto natural o cesárea.

Así mismo me planteo el objetivo general: OG: Determinar las condicionantes de la vía del parto en primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, enero - junio 2022. Así mismo me planteo los objetivos Específicos: PE 1.- Identificar las condicionantes fetales de la vía del parto en primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, enero - junio 2022, PE 2.- Describir las condicionantes de la labor de parto en primigestas atendidas en Hospital III EsSalud Juliaca, enero - junio 2022.

Para esta investigación no se plantea hipótesis por ser un estudio descriptivo simple.

II. METODO

2. 1. Tipo y diseño de investigación

- Tipo de investigación:
 - Básico: Porque no busca la ampliación practica de sus descubrimientos.
 - Retrospectivo: Porque los datos del estudio se recogen en tiempo pasado para examinarlos. (39)
 - Observacional: Porque no existe intervención y los datos reflejan la realidad
- Tipo de diseño de investigación: mi investigación es no experimental porque no se manipula el variable, transversal por que se da en un solo momento y descriptiva simple porque tenemos una variable.(39)

La información fue extraída del hospital III EsSalud Juliaca.

Diagrama:

M ----- O

Donde:

M = Población Muestral

O = Variable 1 condicionantes de la vía de parto

2. 2. Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Condicionantes de la vía del parto.	Es el aspecto que se pretende explicar, o determinar el desarrollo del proceso a lo largo de la salida del bebé desde el útero de la madre hacia la superficie. (40)	Para recolectar los datos se utilizará una ficha, de mujeres primigestas con parto vaginal o cesárea del hospital III EsSalud Juliaca	Fetal y Maternos	- Desproporción cefalopélvica	a) Pelvis estrecha b) Posición fetal anormal c) Ninguna
				- Enfermedad hipertensiva del embarazo.	a) Pre eclampsia. b) Eclampsia. c) Ninguna
				- Hemorragia del tercer trimestre del embarazo	a) Placenta previa. b) Desprendimiento prematuro de placenta c) Vasa previa c) Ninguna
				- Ganancia de peso en el Embarazo	a) Menor de lo recomendado(<8k) b) Dentro de lo recomendado (8 a 16 k) c) Mayor de lo recomendado (>16 k)
				- Ruptura prematura de membranas.	a) Prematura <37 sem b) A término (37 a 41 sem) c) No presentó.
			De la labor de parto.	- Forma de inicio	a) Espontáneo b) Inducido c) Cesárea programada.
				- Periodo de dilatación.	a) Normal. b) Conducción. c) No sometida a trabajo de parto. (CP)
				- Distocias de presentación	a) Cefálicas deflexionadas b) Pelvianas c) Sin distocia.
				- Sufrimiento fetal	a) Agudo b) Crónico c) No presentó
				- Duración de trabajo de parto	a) Adecuado b) Prolongado c) Precipitado

2. 3. Población, muestra y muestreo

Población

Estará representada por pacientes primigestas hospitalizadas con diagnóstico de labor de parto en el Hospital EsSalud de Juliaca con periodo de seis meses de investigación considerados de enero – junio del 2022. Número representado por 318 pacientes.

Muestra

Por ser población finita la fórmula que se aplicara para calcular el tamaño del muestreo es la siguiente:

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

Donde:

n = Tamaño de muestra

N = tamaño del universo (275)

Z = nivel de confianza 95% -> Z= 1.96

e = el margen de error máximo que admito (5%)

P = probabilidad de éxito (0.5)

Q = probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{275 * 1.69 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 (275 - 1) 1.96 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{275 * 3.84 * 0.25}{0.0025 * 274 + 3.84 * 0.25}$$

$$n = \frac{264}{1.65}$$

$$n = 160$$

La muestra quedó representada por 160 casos.

Muestreo

Se consideró el muestreo por conveniencia

Criterios de inclusión

Historial médico de todas las pacientes primigestas atendidas con partos vaginales o cesáreas

Historias clínicas del mes de enero – junio 2022

Criterio de exclusión

Pacientes hospitalizadas por otras causas.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica

Observación y análisis documental de casos

Instrumento de recolección de datos

Ficha de recolección de datos

Validez y confiabilidad

La validez del instrumentó fue a través del juicio de profesionales expertos con amplio trayecto en el contorno obstétrico.

Validador	Grado académico	Puntaje
García Chaiña, Esther Elisa	Magister	75
Calderon Monge, Lessli Beatriz	Magister	82
Cárdenas Pineda, Lina Yubana.	Doctor	77

2.5. Procedimiento

A fin de elaborar el actual estudio se solicitó permiso del director a cargo del hospital III EsSalud Juliaca, se coordinó con la jefa de obstetras que está a cargo del servicio de obstetricia, luego accedimos a recolectar datos que se obtendrá de las historias clínicas de primigestas.

2.6. Método de análisis de datos

Inmediatamente obtenido los datos se elaboró una base de datos utilizando el programa SPSS 25 donde el reporte de las fichas de recolección de datos que se sacó de cada historia clínica para después ser tabulados.

2.7. Aspectos éticos

La muestra del presente estudio fue el historial médico de pacientes primigestas que dieron nacimiento por vía vaginal o cesárea que acuden al hospital III EsSalud Juliaca 2022.se recolectó los datos a través de una ficha una vez atendidos, se respetó el tiempo y aprobación del personal delegado.

Este trabajo de investigación estuvo basado en la confiabilidad de investigadores cumpliendo el estilo científico, de acuerdo al conocimiento de los inicios de la bioética por lo tanto se solicitará permiso al sitio de estudio.

III. RESULTADOS

CONDICIONANTES DE LA VÍA DEL PARTO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS

EN EL HOSPITAL III ESSALUD JULIACA, ENERO-JUNIO 2022

I. Condicionantes prenatales de la vía del parto en primigestas atendidas en el

Hospital III EsSalud Juliaca, enero - junio 2022

Tabla 1. Ruptura prematura de membranas

Ruptura prematura de membranas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Prematura (<37 sem)	3	1,9%	1,9%
A término (37 a 41 sem)	13	8,1%	10,0%
No presentó	144	90,0%	100,0%
Total	160	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados a las historias clínicas

Interpretación: Del 100% (160) de historias clínicas analizadas el 90,0% no presentó ruptura prematura de membranas y 8,1% (13) representa a las gestantes que tuvieron una ruptura de membrana a término (37 a 41 semanas) y 1,9% (3) representa a gestantes que tuvieron ruptura prematura de membrana, (menos a 37 semanas).

Tabla 2. Desproporción Cefalopélvica

Desproporción Cefalopélvica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pelvis estrecha	11	6,9%	6,9%
Posición fetal anormal	17	10,6%	17,5%
Ninguna	132	82,5%	100,0%
Total	160	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados a las historias clínicas

Interpretación: Del 100% (160) de historias clínicas analizadas respecto a la desproporción cefalopélvica el 82,5% (132) no presentó una desproporción cefalopélvica y 10,6% (17) presentó una posición fetal anormal y el 6,9% (11) presentaron pelvis estrecha.

Tabla 3. Enfermedad hipertensiva del embarazo

Enfermedad hipertensiva del embarazo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pre eclampsia	21	13,1%	13,1%
Eclampsia	7	4,4%	17,5%
Ninguna	132	82,5%	100,0%
Total	160	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados a las historias clínicas

Interpretación: Del 100% de las historias clínicas analizadas respecto a enfermedad hipertensiva del embarazo en primigestas el 82,5% (132) no presento ninguna y 13,1% (21) presentaron preeclampsia y el 4,4% (7) presentó eclampsia.

Tabla 4. Hemorragia del tercer trimestre del embarazo

Hemorragia del tercer trimestre del embarazo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Placenta previa	3	1,9%	1,9%
Desprendimiento prematuro de placenta	6	3,8%	5,6%
Ninguna	151	94,4%	100,0%
Total	160	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados a las historias clínicas

Interpretación: Del 100% de las historias clínicas analizadas respecto a la hemorragia del tercer trimestre del embarazo el 94,4% no presento ninguna y 3,8% (6) presento desprendimiento prematuro de placenta y el 1.9% (3) presento placenta previa.

Tabla 5. Ganancia de peso en el embarazo

Ganancia de peso en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menor de lo recomendado <8k	9	5,6%	5,6%
Dentro de lo recomendado 8a16 kg	136	85,0%	90,6%
Mayor de lo recomendado >16 kg	15	9,4%	100,0%
Total	160	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados a las historias clínicas

Interpretación: Del 100% de las historias clínicas analizadas a la ganancia de peso en el embarazo el 85.0% (136) dentro de lo recomendado (8 a 16 kg) el 9.4% (15) fue mayor de lo recomendado (> 16 kg) y el 5.6% (9) fue menor de lo recomendado (< 8 kg).

II. Condicionantes de la labor de parto en primigestas atendidas en Hospital III EsSalud Juliaca, enero - junio 2022.

Tabla 6. Forma de inicio de parto

Forma de inicio de parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Espontáneo	73	45,6%	45,6%
Inducido	5	3,1%	48,8%
Cesárea programada	82	51,2%	100,0%
Total	160	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados a las historias clínicas

Interpretación: Del 100% de las historias clínicas analizadas de la forma de inicio del trabajo de parto el 45.6% (73) fue de manera espontánea y 51.2% (82) cesárea programada y el 3.1% (5) fue inducido.

Tabla 7. Periodo de dilatación

Periodo de dilatación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	66	41,3%	41,3%
Conducción	12	7,5%	48,8%
No sometida a trabajo de parto	82	51,2%	100,0%
Total	160	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados a las historias clínicas

Interpretación: Del 100% de las historias clínicas analizadas el periodo de dilatación el 51.2% (82) no son sometidas al trabajo de parto y 41.3% (66) la dilatación es de forma normal y el 7.5% (12) fue conducción.

Tabla 8. Distocias de presentación

Distocias de presentación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cefálicas deflexionadas	15	9,4%	9,4%
Pelvianas	10	6,3%	15,6%
Sin distocia	135	84,4%	100,0%
Total	160	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados a las historias clínicas

Interpretación: Del 100% de las historias clínicas analizadas respecto a distocias de presentación el 84,4% (135) sin distocias de presentación y 9.4% (15) presento cefálicas deflexionadas y 6.3% (10) la presentación fue pelviana.

Tabla 9. Sufrimiento fetal

Sufrimiento fetal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Agudo	37	23,1%	23,1%
Crónico	29	18,1%	41,3%
No presentó	94	58,8%	100,0%
Total	160	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados a las historias clínicas

Interpretación: Del 100% de las historias clínicas analizadas respecto a sufrimiento fetal el 58.8% (94) no presentó sufrimiento fetal el 23.1% (37) presentó sufrimiento fetal agudo y el 18.1% (29) presentó sufrimiento fetal crónico.

Tabla 10. Duración de trabajo de parto

Duración de trabajo de parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuado	50	31,3%	31,3%
Prolongado	16	10,0%	41,3%
Precipitado	94	58,8%	100,0%
Total	160	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados a las historias clínicas

Interpretación: Del 100% de las historias clínicas analizadas respecto a la duración de trabajo de parto el 58.8% (94) la duración fue precipitado y 31.3 % (50) la duración fue adecuado y el 10.0% (16) la duración fue prolongado.

Tabla 11. Tipo de vía de parto

Tipo de vía de parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Vaginal	66	41,3%	41,3%
Cesárea	94	58,8%	100,0%
Total	160	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados a las historias clínicas

Interpretación: Del 100% de las historias clínicas analizadas respecto al tipo de la vía de parto el 58.8% (94) fueron cesáreas y el 41.3% (66) la vía del parto fue vaginal.

IV. DISCUSIÓN

En la investigación referente a los condicionantes prenatales de la vía del parto en primigestas se encontró que el 90,0% no presentó ruptura de la membrana, 8,1% a término, 1,9% si presentaron ruptura de la membrana, el 82.5% no presento una desproporción cefalopélvica , 10.6% presento una posición fetal anormal y el 6.9% presentaron pelvis estrecha estos resultados son similares al trabajo de Apaza I. (2018) realizó una investigación acerca de Indicaciones de cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno perinatales en el Hospital EsSalud III Puno, año 2018 el cual indico que respecto a las vías de parto el 85,0% no presento ruptura de membrana, y el 15,0% si, respecto a la desproporción cefalopélvica el 85,0% no presento la desproporción cefalopélvica y 15,0 % presento posición fetal anormal y pelvis estrecha. En la Enfermedad hipertensiva del embarazo el 82,5% no presenta, 13,1% presentaron preclamsia y el 4,4% presentó eclampsia, a su vez la Hemorragia del tercer trimestre del embarazo el 94,4% no presentó ninguna, 3,8% presento desprendimiento prematuro de placenta y el 1.9% presento placenta previa .Estos resultados tienen similitud al trabajo de Ledesma R. (2018) realizó una investigación a cerca de los Factores de riesgo predisponentes a preclamsia en primigestas de la Maternidad Isidro Ayora de Guayaquil. El cual indico que el 77,0% no presentaron enfermedades hipertensivas durante el embarazo y el 13,0% presentaron preclamsia y eclampsia, la hemorragia a nivel del tercer trimestre el 96,0% no presentaron hemorragia y el 4,0% presento desprendimiento prematuro.

Respecto a los condicionantes de la labor de parto en primigestas atendidas la de las historias clínicas analizadas de la forma de inicio del trabajo de parto el 45.6% fue de manera espontánea y 51.2% cesárea programada y el 3.1% fue inducido, estos resultados son similares al trabajo de Tenorio J, Rodríguez A. (2018) realizaron una investigación a cerca de la Incidencia de preeclampsia severa en primigestas adolescentes factores de riesgo y complicaciones Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Hospital Matilde Hidalgo de Procel durante los periodos 2015 a 2018 el cual indicaron que el 55,0% tuvieron un parto espontaneo y el 45,0% fueron cesáreas o inducidos, a su vez el 58,0% no, el 58.8% no presento sufrimiento fetal el 23.1% presento sufrimiento fetal agudo y el 18.1% presento sufrimiento fetal crónico. Respecto a la duración de trabajo de parto el 58.8% (94) la duración fue precipitado y 31.3 % (50) la duración fue adecuado y el 10.0% (16) la duración fue prolongado. Estos resultados son parecidos al trabajo de Hernández M, et al (2020) realizaron una investigación a cerca de la Prevalencia de cesárea y factores asociados en

primigestas en el Hospital General de Zona N°. 20 "La Margarita" México el cual indico que el 60% no presentaron sufrimiento fetal y el 40% si, la duración del parto precipitado represento el 53,0% mientras que el 47,0% de las primigestas fue parto adecuado.

En el presente trabajo de investigaciones identifico los condicionantes prenatales y los condicionantes en la labor del parto de las primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, Condicionantes de la labor de parto el cual indico que del 100% de las historias clínicas analizadas respecto al tipo de la vía de parto el 58.8% fueron cesáreas y el 41.3% la vía del parto fue vaginal. Estos resultados son similares al trabajo de Vásquez F. (2018) realizó una investigación en Lima a cerca de Complicaciones maternas y perinatales en primíparas con índice de masa corporal pregestacional extremo atendidas en el instituto nacional materno perinatal, enero a setiembre de 2018 el cual indico que del total de partos el 64,3% fueron cesáreas y el 35.7% fueron 'por parto vaginal.

V. CONCLUSIONES

1. Se determinó las condicionantes de la vía del parto en primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, enero - junio 2022. Nuestras principales causas son Ruptura prematura de membranas Del 100% de historias clínicas analizadas 8,1% (representa a las gestantes que tuvieron una ruptura de membrana a término (37 a 41 semanas) y 1,9% representa a gestantes que tuvieron ruptura prematura de membrana, (menos a 37 semanas). Enfermedad hipertensiva del embarazo Del 100% de las historias clínicas analizadas el 13,1% presentaron preeclampsia y el 4,4% presentó eclampsia.
2. Se identificó las condicionantes prenatales de la vía del parto en primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, enero - junio 2022, la forma de inicio de trabajo de parto Del 100% de las historias clínicas analizadas de la forma de inicio del trabajo de parto el 45.6% fue de manera espontánea y 51.2% cesárea programada y el 3.1% fue inducido. Sufrimiento fetal del 100% de las historias clínicas analizadas el 23.1% presento sufrimiento fetal agudo y el 18.1% presento sufrimiento fetal crónico.
3. Se determinó las condicionantes de la labor de parto en primigestas atendidas en Hospital III EsSalud Juliaca, enero - junio 2022. Tipo de vía de parto Del 100% de las historias clínicas analizadas respecto al tipo de la vía de parto el 58.8% fueron cesáreas y el 41.3% la vía del parto fue vaginal.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere promocionar y concientizar a primigestas la importancia de la atención pre natal para así identificar oportunamente los factores de riesgo.
2. Se sugiere a las profesionales encargadas de la atención a gestantes desarrollar la orientación y consejería de los factores de riesgo durante el trabajo de parto.
3. Desarrollar información sobre el parto vaginal y los beneficios a pacientes primigestas.

IV.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria. [Internet]; 2019 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0.
2. Curo E. Cesarea como problema de salud pública. Revista Médica Basandria. [Internet] 2014 Jun [Citado el 11 de septiembre del 2022]; 8(2): p. 56-59. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/inicio/>
3. Surco S. Principales causas de indicación para Cesárea Electiva y de Emergencia en el Hospital III Essalud Juliaca 2018. [tesis]. Juliaca: Universidad Andina Nestor Caceres Velasques, disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4336>
4. Martinez A. Características sociodemográficas, obstétricas e indicaciones de cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital De Huaycán [Tesis]. Huaycan: Universidad; 2019. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2036>
5. Ibarra SR. Variables asociadas a ruptura prematura de membranas en pacientes primigestas atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue [Tesis]. Lima: Universidad; 2019. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1767/SIBARRAVERA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Vásquez FT. Complicaciones maternas y perinatales en primíparas con índice de masa corporal pregestacional extremo atendidas en el instituto nacional materno perinatal [Tesis]. Lima: Universidad; 2019. Disponible en: <https://1library.co/document/zwk1p4lz-complicaciones-perinatales-primiparas-pregestacional-atendidas-instituto-perinatal-setiembre.html>
7. Mullisaca J. Factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón [Tesis]. Puno: Universidad; 2018. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3279227>

8. Apaza I. Indicaciones de cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno perinatales en el Hospital EsSalud III Puno [Tesis]. Puno: Universidad; 2018. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3278454>
9. Cruz M. (2019) Analisis del índice de cesarea en pacientes primigestas de diferentes grupos de edad. Universidad Autónoma Nuevo León. [tesis] Mexico: Universidad 2019 Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/17446>.
10. Tenorio J, Rodriguez A. Incidencia de preeclampsia severa en primigestas adolescentes factores de riesgo y complicaciones Universidad de Guayaquil [Tesis]. Guayaquil: Universidad; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/43988>
11. Villaral VM. Incidencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres que fueron atendidas en el Centro de Salud Centro Histórico en Quito [Tesis]. Quito: Universidad; 2020. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21402?mode=full>
12. Ledesma RK. Factores de riesgo predisponentes a preeclampsia en primigestas de la Maternidad Isidro Ayora [Tesis]. Guayaquil: Universidad; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30963>
13. Hernandez M. Prevalencia de cesárea y factores asociados en primigestas en el Hospital General de Zona no. 20 [Tesis]. Puebla: Universidad; 2020. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/13924>
14. Bryce A, Alegria E, Valenzuela G, Larrauri C, Urquiaga J. Hipertensión en el embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Internet] 2018 Jun [Citado el 11 de septiembre del 2022]; 64(2): p. 156-65. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_serial&pid=2304-5132&lng=es&nrm=iso
15. Gomez LM. Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Internet] 2014 Dec [Citado el 11 de septiembre del 2022]; 60(4): p. 145-154. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400008
16. Alodocor. Factores de riesgo preconcepcionales para preeclampsia. [Internet]; 2018 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://alodocor.co/blog/se-estima-que-esta-enfermedad-se-presenta-en-el-85-de-las-madres-primerizas-y-puede-afectar-gravemente-a-la-mujer-y-al-bebe-ocasionando-inclusive-la-muerte>.
17. Manual MSD. Preeclampsia y eclampsia. [Internet]; 2018 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es->

es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia.

18. MedlinePlus. Eclampsia. [Internet]; 2016 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000899.htm#:~:text=La%20mayor%C3%ADa%20de%20las%20mujeres,Ex%C3%A1menes%20sangu%C3%ADneos%20anormales.>
19. Asturizaga P, Toledo L. Hemorragias Obstetricas. Revista Médica La Paz. [Internet] 2014 Jun [Citado el 11 de septiembre del 2022]; 20(2): p. 65-68. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009
20. Apaza J, Guerra MR, Aparicio J. Percentiles de la ganancia de peso gestacional de acuerdo con el índice de masa corporal pregestacional y peso al nacer en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Internet] 2017 Jul [Citado el 11 de septiembre del 2022]; 63(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000300003
21. Mijarez M, Rincon I, Morales YA, Espinosa M, Zarate A. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. Perinatología y reproducción humana. [Internet] 2014 Sep [Citado el 11 de septiembre del 2022]; 28(3): p. 123-156. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300007
22. Rivera R, Caba F, Smirnow M, Aguilera J, Larrain A. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérmino. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Internet] 2004 Jun [Citado el 11 de septiembre del 2022]; 69(3): p. 178-189. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000300013
23. Piñango P, Rodríguez A, Fajardo J, Bello F. Desproporción feto pélvica: diagnóstico ecosonográfico. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2006 Mar; 66(1): p. 124-126. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000100003
24. Moldenhauer J. Distocia Fetal. [Internet]; 2021 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/distocia-fetal.>
25. MedlinePlus. Placenta previa. [Internet]; 2017 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000900.htm#:~:text=Es%20un%20problema%20del%20embarazo,hacia%20la%20v%C3%ADa%20del%20parto.>

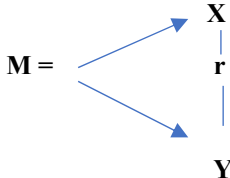
26. MedlinePlus. Desprendimiento prematuro de la placenta. [Internet].; 2017 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000605.htm>.
27. MayoClinic. Desprendimiento de placenta. [Internet].; 2017 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placental-abruption/symptoms-causes/syc-20376458>.
28. Moldenhauer JS. Sufrimiento fetal. [Internet].; 2021 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-parto/sufrimiento-fetal>.
29. Babytuto. el sufrimiento fetal. [Internet].; 2014 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://padres.babytuto.com/2014/01/23/que-es-el-sufrimiento-fetal/>.
30. Hirsch L. Parto natural. [Internet].; 2017 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/natural-childbirth.html>.
31. MedlinePlus. Inducción del trabajo de parto. [Internet].; 2017 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000625.htm#:~:text=Uso%20de%20prostaglandinas&text=Para%20algunas%20C%20este%20proceso%20puede,junto%20a%20su%20cuello%20uterino.>
32. Mittelmark RA. Manejo del trabajo de parto normal. [Internet]; 2021 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal>.
33. Natalben. Duración y beneficios del parto natural. [Internet]; 2022 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: [https://www.natalben.com/parto/parto-natural-duracion-beneficios#:~:text=%C2%BFCu%C3%A1nto%20dura%20un%20parto%20natural,alg%C3%BAn%20parto%20previo%20\(mult%C3%ADparas\)](https://www.natalben.com/parto/parto-natural-duracion-beneficios#:~:text=%C2%BFCu%C3%A1nto%20dura%20un%20parto%20natural,alg%C3%BAn%20parto%20previo%20(mult%C3%ADparas)).
34. Encolombia. Definición de Trabajo de Parto y La Duración de Los Diferentes Periodos del Trabajo de Parto (Dilatación, Borramiento y del Expulsivo). [Internet]; 2017 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/guiasmed/guia-clinica-embarazo/definicion-trabajo-parto-periodos/>.
35. ManualMSD. Trabajo de parto prolongado. [Internet]; 2021 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el->

[parto/trabajo-de-parto-prolongado#:~:text=El%20trabajo%20de%20parto%20prolongado,%E2%89%A5%204%2D6%20cm%20\(1.](#)

36. Rubio AR, Molina M, Hernandez A. Factores asociados a la pérdida sanguínea en partos precipitados. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. [Internet]2017 Aug [Citado el 11 de septiembre del 2022]; 40(2): p. 140-154. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000200237
37. EnfamiliaAEP. Parto Normal. [Internet]; 2015 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/parto-normal>.
38. StanforMedicine. Parto por cesárea. [Internet]; 2016 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=partoporcesrea-92-P09282#:~:text=El%20parto%20por%20ces%C3%A1rea%20es,ambos%20que%20el%20parto%20vaginal>.
39. Investigalia. Diseños de investigaciones con enfoque cuantitativo de tipo no experimental. [Internet]; 2019 [Citado el 11 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://investigaliacr.com/investigacion/disenos-de-investigaciones-con-enfoque-cuantitativo-de-tipo-no-experimental/>.
40. Redaccio Medica. Parto vaginal. [Internet].; 2018 [Citado el 14 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/parto-vaginal>

ANEXOS 01

ANEXO 01 - MATRIZ DE CONSISTENCIA

AUTOR: BACH PINTO QUISPE MARGTOH				
TEMA: CONDICIONANTES DE LA VÍA DEL PARTO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD JULIACA, ENERO-JUNIO 2022				
Problema general	Objetivo general	Hipótesis	Variables y Dimensiones	Metodología
PG: ¿Cuáles son las condicionantes de la vía del parto en primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, enero-junio 2022?	OG: Determinar las condicionantes de la vía del parto en primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, enero-junio 2022	Para esta investigación no se plantea hipótesis por ser un estudio descriptivo simple.	Variables V1.- Condicionantes de la vía de parto	TIPO DE INVESTIGACIÓN. Es cuantitativa y correlacional. DISEÑO -Transversal -No experimental POBLACIÓN Y MUESTRA  <p style="text-align: right;">Y Donde:</p> <p>M= Población Muestral X=Variable 1 condicionantes Y= Variable 2 vía de parto r= La relación probable entre variables Población: Estará conformada por: 112 gestantes que acuden al hospital III EsSalud Juliaca.</p> <p><u>TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS:</u> Ficha de recolección de datos</p>
Problema específico	Objetivo específico		Dimensiones 1.2 De la labor de parto. 2.1 Tipo de Vía del parto.	
PE 1.- ¿Cuáles son las condicionantes fetales de la vía del parto en primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, enero-junio 2022? PE 2.- ¿Cuáles son las condicionantes de la labor de parto en primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, enero-junio 2022?	OE 1.- Identificar las condicionantes fetales relacionadas a la vía del parto en primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, enero-junio 2022 OE 2.- Describir las condicionantes de la labor de parto en primigestas atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, enero-junio 2022			



ANEXO 02
-VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“Condicionantes De La Vía Del Parto En Primigestas Atendidas En El Hospital III EsSalud Juliaca, enero-junio 2022”

I. Prenatales y Maternos

- | | |
|--|---|
| 1.1.1 Ruptura prematura de membranas. | a) Prematura <37 sem
b) A término (37 a 41 sem)
c) No presentó. |
| 1.1.2 Desproporción cefalopélvica | a) pelvis estrecha
b) Posición fetal anormal
c) Ninguna |
| 1.1.3 Enfermedad hipertensiva del embarazo. | a) Pre eclampsia.
b) Eclampsia.
c) Ninguna |
| 1.1.4 Hemorragia del tercer trimestre del embarazo | a) Placenta previa.
b) Desprendimiento prematuro de placenta
c) Vasa previa
d) Ninguna |
| 1.1.5 Ganancia de peso en el embarazo | a) Menor de lo recomendado(<8k)
b) Dentro de lo recomendado (8 a 16 k)
c) Mayor de lo recomendado (>16 k) |
| 1.1.6 Forma de inicio | a) Espontáneo
b) Inducido
c) Cesárea programada. |
| 1.1.7 Periodo de dilatación. | a) Normal.
b) Conducción.
c) No sometida a trabajo de parto. (CP) |

1.1.8 Distocias de presentación

- a) Cefálicas deflexionadas
- b) Pelvianas
- c) Sin distocia.

1.1.9 Sufrimiento fetal

- a) Agudo
- b) Crónico
- c) No presentó

1.1.10 Duración de trabajo de parto

- a) Adecuado
- b) Prolongado
- c) Precipitado

II tipo de vía de parto

- a) Vaginal
- b) Cesárea

2.1 vía de parto

ANEXO 03

FORMATO: B
**FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR
JUICIO DE EXPERTO**
I. DATOS GENERALES

1.1. Título de 1 : **CONDICIONANTES DE LA VÍA DEL PARTO EN
PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
III ESSALUD JULIACA, ENERO-JUNIO 2022**
a Investigación

1.2. Nombre del instrumento : **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje Apropiado														X						
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables														X						
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica														X						
4. Organización	Existe una organización Lógica														X						
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad														X						
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación														X						
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos														X						
8. Coherencia	Entre los índices e Indicadores														X						
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico														X						
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la Investigación														X						

PROMEDIO DE VALORACIÓN

75

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

1) Muy Deficiente 2) Deficiente 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

Nombres y Apellidos : ESTHER E. GARCIA CHAIÑA

Apellidos

DNI N° : 09596932 Teléfono /Celular : 954968800

Dirección domiciliaria : Calle Las Letras 288- San Borja

Título Profesional : OBSTETRA

Profesional

Grado Académico : MAESTRA

Académico

Mención : MAGISTER EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD




Firma

Lugar y fecha: Lima 16 de setiembre del 2022.

III. DATOS GENERALES

1.1. Título de la : **CONDICIONANTES DE LA VÍA DEL PARTO EN
Investigación PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
III ESSALUD JULIACA, ENERO-JUNIO 2022**

1.2. Nombre del instrumento : **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena					
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
1. Claridad	Está formulado con lenguaje Apropiado															X							
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																	X					
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																X						
4. Organización	Existe una organización Lógica																	X					
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																		X				
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																		X				
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																	X					
8. Coherencia	Entre los índices e Indicadores																X						
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																X						
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la Investigación																X						

PROMEDIO DE VALORACIÓN

820

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

1) Muy Deficiente 2) Deficiente 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

Nombres y Apellidos : LESSLI BEATRIZ CALDERON MONGE

Apellidos

DNI N° : 46217905 Teléfono /Celular : 950511612

Dirección domiciliaria : JR. LOS JARDINES N° 225-URB LOS JARDINES DE SAN CARLOS
HUANCAYO


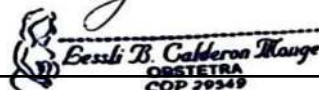
Título Profesional : LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Profesional

Grado Académico : MAGISTER

Académico

Mención : GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Firma

Lugar y fecha: HUANCAYO 19 DE SETIEMBRE DEL 2022

FORMATO: B

**FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR
JUICIO DE EXPERTO**

V. DATOS GENERALES

1.1. Título de la : **CONDICIONANTES DE LA VÍA DEL PARTO EN
Investigación PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III
ESSALUD JULIACA, ENERO-JUNIO 2022**

1.2. Nombre del instrumento : **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

VI. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje Apropiado														X						
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables														X						
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica														X						
4. Organización	Existe una organización Lógica														X						
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad														X						
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación															X					
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos														X						

8. Coherencia	Entre los índices e Indicadores																	X				
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																	X				
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la Investigación																	X				

PROMEDIO DE VALORACIÓN

77

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

1) Muy Deficiente 2) Deficiente 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

Nombres y Apellidos : LINA YUBANA CARDENAS PINEDA

DNI N° : 20059866 Teléfono /Celular : 950317767

Dirección domiciliaria : JR. Oronet Cabrera Lte A1

Título Profesional : Obstetra

Grado Académico : Doctor

Mención : Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
Lina Yubana Cardenas Pineda
Dra. LINA YUBANA CARDENAS PINEDA
DOCENTE NOMINADA

Firma

Lugar y fecha: Huancavelica 19. 09. 2022

ANEXO 04



LICENCIADA POR SUNEDU

E.P. DE OBSTETRICIA

RCD: N° 078-2019-SUNEDU/CD

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

Huancayo, 14 OCTUBRE del 2022

OFICIO N.º 532-2022-EPO-UPHFR

DR. JOEL ENRIQUE LUPACA HUICHI

JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL III ESSALUD JULIACA

Presente.-

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCION DE DATOS

Handwritten signature and stamp of Dr. Joel Enrique Lupaca Huichi, Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital III ESSALUD Juliaca.

De mi especial consideración:

Por el presente es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente a nombre de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada de Huancayo "Franklin

El motivo de la presente es para solicitar a su despacho la autorización para la **Recolección de datos**, a fin de el trabajo de investigación (Tesis) titulado: **“CONDICIONANTES DE LA VIA DEL PARTO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD JULIACA”** La tesis será desarrollada ~~por~~ *bachiller que se detalla a continuación:*

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
01	PINTO QUISPE MARGOTH

Agradeciendo por anticipado la atención que se le brinde a la presente, reitero las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Handwritten signature of MG. Liz Miriam Suarez Reynoso

MG. LIZ MIRIAM SUAREZ REYNOSO
DIRECTORA DE E.P. DE OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO
FRANKLIN ROOSEVELT



Calidad Educativa y Acreditación

uroosevelt.edu.pe



Av. Giráldez N° 542 - Huancayo

Teléf. 064 219604 / Celular: 949696998



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Juliaca, 20 de octubre del 2022

OFICIO N° 533-2022-HOSPITAL III / ESSALUD -JULIACA

A: Señor(a):
Bach. Margoth Pinto Quispe

DE: Dr. JOEL ENRIQUE LUPACA HUICHI
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL III ESSALUD JULIACA

Presente.

Mediante el presente se autoriza a su solicitud **OFICIO N.º 532-2022-EPO-UPHFR** de fecha 14 de octubre del 2022.

Teniendo en conocimiento a su oficio autorizó a la Bach. MARGOTH PINTO QUISPE, identificada con DNI N° 70045688. para la recolección de datos, en el servicio de obstetricia y así pueda continuar con su proyecto de investigación para la sustentación de su Tesis.

ATENTAMENTE:



Joel E. Lupaca Huichi
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
MP. 60104 RNE: 32879
HOSPITAL III JULIACA



ANEXO 05



