



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Asociación de factores predictores del parto vaginal en cesárea previa y resultados maternos y perinatales, Hospital de Lima Este – Vitarte, 2022-2023.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Florez Manrique de Lara, Adriel

ORCID: 0009-0006-9215-231X

ASESOR

Arango Ochante, Pedro Mariano

ORCID: 0000-0002-3267-1904

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Florez Manrique de Lara, Adriel

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 72860734

Datos de asesor

Arango Ochante, Pedro Mariano

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 09807139

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Paredes Ayala, Benjamín

DNI: 06254175

Orcid: 0000-0003-3048-8468

SECRETARIO: Herrera Vera, Alfredo José

DNI: 09399530

Orcid: 0009-0003-1082-7124

VOCAL: Calderón Cornejo Jorge Richard

DNI: 10790589

Orcid: 0009-0000-5221-1385

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.02

Código del Programa: 912399

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Adriel Florez Manrique de Lara, con código de estudiante N° 202113148, con DNI N° 72860734, con domicilio en Jr. Francisco de Zela N° 1869, distrito Lince, provincia y departamento de Lima, en mi condición de Médico Cirujano de la Escuela de Residentado Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

El presente Proyecto de Investigación titulado: "Asociación de factores predictores del parto vaginal en cesárea previa y resultados maternos y perinatales, Hospital de Lima Este Vitarte – Vitarte, 2022 – 2023" es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Arango Ochante, Pedro Mariano, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 18 % de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 14 de Agosto de 2024



Firma

(Florez Manrique de Lara, Adriel)

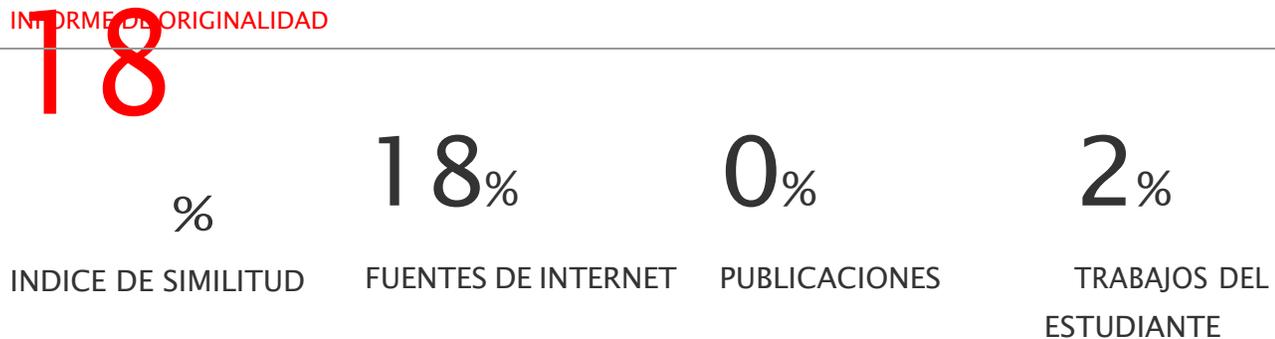
72860734

(N° DNI)

Asociación de factores predictores del parto vaginal en cesárea previa y resultados maternos y perinatales, Hospital

de Lima Este – Vitarte, 2022–2023

INDICADOR DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	medicinafetalbarcelona.org	6%
Fuente de Internet		
2	www.sogiba.org.ar	3%
Fuente de Internet		
3	helvia.uco.es	2%
Fuente de Internet		
4	pesquisa.bvsalud.org	2%
Fuente de Internet		
5	cybertesis.unmsm.edu.pe	2%
Fuente de Internet		
6	revista.fecolsog.org	1%
Fuente de Internet		
7	core.ac.uk	1%
Fuente de Internet		

Fuente de Internet

8

search.bvsalud.org

Fuente de Internet

1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo

INDICE

Caratula

Índice

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Objetivos	3
1.4. Justificación	4
1.5. Limitaciones	4
1.6. Viabilidad.....	5
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes de la investigación	6
2.2. Bases teóricas	10
2.3. Definiciones conceptuales.....	11
2.4. Hipótesis.....	18
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	20
3.1. Diseño	20
3.2. Población y muestra	21
3.3. Operacionalización de variables.....	23
3.4. Técnicas de recolección de datos. Instrumentos	25
3.5. Técnicas para el procesamiento de la información	25
3.6. Aspectos éticos.....	27
CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA	28
4.1. Recursos	28
4.2. Cronograma.....	29
4.3. Presupuesto	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS	36
1. Matriz de consistencia.....	37
2. Instrumentos de recolección de datos	39

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La etapa gestacional debe ser un proceso gratificante con esperanzas y momentos positivos vividos por la gestante, lamentablemente, para millones de mujeres en todo el mundo, sigue siendo una experiencia extremadamente peligrosa debido a la falta de acceso a una atención de salud respetuosa y de alta calidad. (1).

El manejo de mujeres embarazadas con historial de cesárea previa ha generado un constante debate entre los obstetras, hay que tener en consideración que este procedimiento permite salvar la vida de la madre y su bebe. Por lo tanto, es importante brindar la oportunidad a aquellas gestantes que han tenido dos o más partos por cesárea previa de optar por un parto vaginal con cesárea previa (VBAC). Sin embargo, esta opción requiere una atención prenatal adecuada por parte de un obstetra experimentado, quien debe informar sobre los riesgos potenciales, como la ruptura uterina y la morbilidad materna, así como evaluar la probabilidad individual de un VBAC (2).

El término "parto vaginal después de una cesárea" se refiere al proceso de dar a luz a un bebé a través de la vía vaginal en una mujer que ha tenido una cesárea en una gestación anterior y que ahora está embarazada de nuevo (3).

La Organización de las Naciones Unidas (4), reporta más de 4.5 millones de muertes anuales de madres y bebés relacionadas con el embarazo o el parto, incluyendo 290,000 muertes maternas, 1.9 millones de muertes fetales tardías y 2.3 millones de muertes neonatales. Para mejorar la supervivencia, es esencial que mujeres y bebés reciban atención médica asequible y de calidad antes, durante y después del parto, junto con acceso a servicios de planificación familiar. La clave para reducir estas cifras alarmantes es proporcionar asesoría prenatal integral y oportuna a todas las gestantes.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en la ENDES 2021, menciona que “en el Perú, más de un tercio de los nacimientos, de los cinco años precedentes a la encuesta,

fueron por cesárea (36,3%), incrementándose en 4,7 puntos porcentuales en comparación al 2016 (31,6%). Se puede observar que se va incrementando al aumentar la edad de la madre al nacimiento de la hija o hijo. En tanto que, disminuye según el orden de nacimiento” (5). En el Hospital Cayetano Heredia durante el año 2019, la tasa de cesáreas alcanzó el 50%. Se considera que la principal causa de esta alta tasa es el antecedente de una cesárea previa, lo cual lleva a que el 5% de las gestantes con este antecedente culminen su embarazo mediante una cesárea (3).

La decisión sobre la vía del parto debe ser tomada por la gestante, pero conociendo las desventajas y beneficios de tener un parto vía vaginal y esta debe contar en la historia clínica, de manera que se le permita ejercer su derecho reproductivo (6).

Arango et al. (7) señalan que el porcentaje de éxito del parto vaginal después de una cesárea fue del 74.5%, con mínimas complicaciones maternas. Por lo tanto, se debe cumplir con los protocolos de atención y aprobación para ofrecer la oportunidad de un parto vaginal después de una cesárea previa.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología sugirió que las mujeres que han tenido una cesárea previa pueden intentar un trabajo de parto, ya que la tasa de éxito para alcanzar un parto vaginal varía entre el 60% y el 80%, con un riesgo de rotura uterina de menos del 1%. Estos datos son fundamentales para la toma de decisiones clínicas (8,9).

Esta problemática no es ajena al Hospital de Lima Este – Vitarte, donde hay una buena proporción de gestantes a quienes se les otorga la oportunidad de un parto vaginal en cesárea previa, según sus características demográficas y obstétricas y los resultados que este brinda a las gestantes y sus bebés.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la asociación que existe entre los factores predictores del parto vaginal en cesárea previa con los resultados maternos y perinatales en gestantes atendidas en el Hospital de Lima Este – Vitarte en el periodo de 2022 a 2023?

1.3. Objetivos

1.1.1. Objetivo general

Determinar la asociación que existe entre los factores predictores del parto vaginal en cesárea previa con los resultados maternos y perinatales en gestantes atendidas en el Hospital de Lima Este de Vitarte en el periodo de 2022 a 2023.

1.1.2. Objetivos específicos

1. Identificar los factores predictores clínicos parto vaginal antes o después de la cesárea, edad materna, índice de masa corporal, intervalo intergenésico y ausencia de comorbilidades asociados a la viabilidad del parto vaginal después de una cesárea previa.
2. Identificar los factores predictores obstétricos indicación no recurrente de cesárea anterior, incisión transversal baja de cesárea anterior, progresión de trabajo de parto anterior, peso fetal estimado edad, paridad, altura uterina y presentación cefálica en cesárea anterior asociados a la viabilidad del parto vaginal después de una cesárea previa.
3. Evaluar la asociación de la edad materna, intervalo intergenésico, altura uterina, vía de la cesárea previa y el parto vaginal.
4. Identificar la incidencia de complicaciones maternas y neonatales asociadas con el parto vaginal después de la cesárea previa en comparación con las cesáreas repetidas.
5. Analizar los resultados neonatales, puntuación de Apgar, peso al nacer y la necesidad de admisión en la unidad de cuidados intensivos neonatales, entre los partos que culminaron vía vaginal y cesárea repetida en mujeres con cesárea previa.

1.4. Justificación del estudio

El estudio contribuirá al avance del conocimiento científico al identificar y analizar los factores predictores del parto vaginal después de una cesárea previa, así como sus implicaciones en los resultados maternos y perinatales. Por lo que, ayudará a llenar posibles vacíos en la literatura existente sobre el tema a investigar, toda vez que la investigación se fundamentará en teorías obstétricas reconocidas, como la Teoría del Trabajo de Parto de Friedman o la Teoría de la Decisión Clínica, para comprender mejor los procesos fisiológicos y las decisiones clínicas relacionadas con el parto vaginal después de una cesárea previa (10,11).

Por su implicancia práctica, el estudio pretende mejorar la atención obstétrica, debido a que los hallazgos de este estudio proporcionarán información relevante para mejorar la práctica

clínica en el manejo del parto vaginal después de una cesárea previa. Esto puede incluir la identificación temprana de candidatas adecuadas para el parto vaginal, así como la optimización de los protocolos de manejo y la toma de decisiones durante el trabajo de parto (12,13).

El estudio permitirá reducir las tasas de cesáreas, ya que permitirá comprender mejor los factores asociados con el éxito del parto vaginal después de una cesárea previa, se podrían implementar intervenciones que contribuyan a reducir las tasas de cesárea innecesaria, promoviendo así la salud materna y fetal (14,15).

Por su justificación social, el estudio tendrá un impacto en la salud materna, ya que se abordará un problema de salud pública relevante al investigar los resultados maternos y perinatales asociados con el parto vaginal después de una cesárea previa. Los hallazgos podrían tener un impacto significativo en la salud y el bienestar de las madres y los recién nacidos en la comunidad (16).

Los resultados a que arribará el estudio permitirán empoderar a las mujeres al proporcionar evidencia científica sólida sobre los riesgos y beneficios del parto vaginal después de una cesárea previa, de manera que las mujeres estarán empoderadas al permitirles tomar decisiones informadas y participar activamente en su atención obstétrica (17).

Como justificaciones metodológicas, el estudio facilitará la utilización de métodos de investigación rigurosa como análisis multivariados y revisiones sistemáticas de la literatura, para garantizar la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos (18).

1.5. Delimitación

Dada la amplitud y complejidad del tema "Asociación de factores predictores del parto vaginal en cesárea previa y resultados maternos y perinatales en el Hospital de Lima Este – Vitarte, en el periodo 2022-2023", es importante delimitar el alcance de la investigación para focalizar los esfuerzos y recursos disponibles. Por lo tanto, se propone la siguiente delimitación:

En el contexto temporal, esto se centrará específicamente en los casos ocurridos en el periodo de 2022 a 2023 en el Hospital de Lima Este – Vitarte, lo que permite mantener la

relevancia de los hallazgos dentro de un marco temporal definido y facilita la recopilación de datos precisos y actualizados.

La población objetivo de la investigación se enfocará en mujeres con antecedentes de al menos una cesárea previa que presentaron en el Hospital de Lima Este – Vitarte para dar a luz en el periodo de 2022 a 2023. Se excluyen otros grupos de mujeres embarazadas sin cesárea previa y aquellos que no acudieron al hospital objeto de estudio.

Así mismo se limitará el estudio a un conjunto específico de variables predictoras del parto vaginal después de una cesárea previa, como: la edad materna, el intervalo intergenésico, la altura uterina, la vía de la cesárea previa, entre otros factores clínicos y obstétricos relevantes. Se examinarán los resultados maternos y perinatales asociados con el parto vaginal después de una cesárea previa, incluidas las complicaciones maternas, la puntuación de Apgar del recién nacido, el peso al nacer y la necesidad de admisión en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

La investigación se llevará a cabo mediante un estudio observacional retrospectivo, utilizando datos clínicos y registros médicos disponibles en el nosocomio de estudio. Se aplicarán métodos estadísticos adecuados para el análisis de los datos recopilados.

1.6. Viabilidad de la investigación

La viabilidad del estudio radica en que se cuenta con las bases teóricas y los antecedentes de investigación para fundamentar el diseño y ejecución del estudio.

Así mismo es viable porque se cuenta con el acceso al ámbito de estudio para el recojo de datos, por ser el investigador personal de salud que labora en el referido establecimiento de salud.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

Luego de realizada la búsqueda de investigaciones que se relacionan con una de nuestra variables, dimensiones e indicadores, se presenta los siguientes antecedentes:

Antecedente Internacionales

1. Rondón-Tapía M, y col., en el estudio “Factores predictores del éxito del parto vaginal posterior a cesárea” (19). El estudio investigó los factores que predicen el éxito de un parto vaginal después de una cesárea previa. Se analizaron 126 mujeres que tuvieron un parto vaginal espontáneo después de una cesárea previa. Los resultados mostraron que las mujeres que tuvieron un parto vaginal tenían un peso fetal menor o igual a 3.500 gramos, la presentación del bebé era cefálica y fija o encajada en la pelvis, y la edad gestacional era menor a 40 semanas. Estos factores pueden ayudar a los médicos a predecir qué mujeres tendrán un parto vaginal después de una cesárea previa y planificar la atención médica en consecuencia.
2. Arango-Montoya C, y col., en el estudio “Parto vaginal exitoso y resultados maternos y perinatales en pacientes con antecedente de cesárea y prueba de trabajo de parto: estudio de corte transversal” (7). Según el estudio evaluó a 286 gestantes y se encontró que el índice de éxito en el parto vaginal después de cesárea fue del 74.5%, con complicaciones maternas reportadas en el 3.2% de los partos vaginales y en el 6.8% de las cesáreas, y un 1.3% de los recién nacidos presentaron complicaciones, incluyendo 2 muertes perinatales. Se identificó una asociación significativa entre el éxito del parto vaginal y factores como haber tenido un parto vaginal previo, un puntaje de Bishop mayor de 6, inicio espontáneo del trabajo de parto, y una edad materna menor de 30 años, resaltando la importancia de considerar estos elementos en la evaluación y planificación de partos vaginales después de cesárea para mejorar los resultados maternos y perinatales.
3. Cubero L A, en la investigación “Resultados obstétricos y neonatales del trabajo de parto después de cesárea anterior” (20). El autor presenta resultados que indican que la tasa de éxito del parto vaginal después de cesárea anterior fue del 65,5%. Se encontró

que los factores asociados con el éxito del parto vaginal después de cesárea fueron haber tenido un parto vaginal previo, el uso de analgesia epidural y la rotura espontánea de membranas. Por otro lado, los partos inducidos con prostaglandinas y oxitocina, aquellos con líquido amniótico teñido de meconio después de la rotura de membranas, los que ocurren durante el día y las gestantes con más años desde la cesárea tienen un mayor riesgo de terminar en cesárea. Además, se observó una tasa más alta de cesáreas durante la pandemia.

4. Torres V MP, y col., en el artículo “Parto vaginal post cesárea” (21). Los autores indican que, según los casos analizados y contrastados con la bibliografía consultada, se puede concluir que un parto vaginal después de una cesárea es posible siempre y cuando el médico tratante realice una evaluación rigurosa. Los partos vaginales tienden a ser más exitosos cuando la gestante ha tenido partos vaginales previos, ya que la cesárea puede causar complicaciones futuras que dificulten un parto vaginal. Sin embargo, la comunidad científica ha identificado el puntaje de Flamm como un predictor de éxito para el parto vaginal. Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud enfatiza en fomentar el aumento de partos vaginales en todo el mundo en lugar de cesáreas, debido a su menor costo, menores tasas de complicaciones y una mayor probabilidad de éxito en futuros partos vaginales para la misma gestante, a pesar de que la estancia hospitalaria y la recuperación puedan ser más prolongadas que con la cesárea.
5. Álvarez-Zapata EA, y col., en la investigación “Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones para el proceso de la inducción del trabajo de parto como desencadenante de la cesárea en mujeres con embarazo simple a término. Estudio descriptivo” (22). Los autores del estudio analizaron un total de 2402 nacimientos, de los cuales seleccionaron 289 que cumplían con los criterios de inclusión. Se observó que el 48% de las gestantes tuvieron cesárea, mientras que el 60.8% de las mujeres nulíparas y el 32.1% de las multíparas sometidas a inducción también terminaron en cesárea. Del grupo con cérvix desfavorable, el 72.2% recibió oxitocina para la maduración cervical. De las 108 mujeres sometidas a inducción de parto, el 37% acabaron en cesárea debido a un diagnóstico de inducción fallida considerado inadecuado en todos los casos. En el 81.5% de los casos, el diagnóstico se estableció

antes de llegar a los 6 cm de dilatación. En el 62% de los casos, las membranas estaban íntegras; el 38.9% no presentaba actividad uterina; el 21.3% tenía actividad uterina de baja calidad; y el 61% no habían pasado al menos 24 horas en fase latente antes de realizarse la cesárea. Estos hallazgos resaltan la importancia de una adecuada evaluación y manejo de la inducción del parto para reducir las tasas de cesárea innecesaria y mejorar los resultados obstétricos.

6. Rodrigues S M, y col., ejecutaron el estudio: “Parto vaginal versus cesárea electiva e incidencia de la enfermedad en niños de hasta 2 años” (23). Los resultados muestran que los bebés nacidos mediante cesárea programada no presentan diferencias notables en la frecuencia de taquipnea e hipoglucemia transitorias al nacer, ni en la incidencia de alergias, gastroenteritis, amigdalitis, infecciones urinarias y otitis hasta los 2 años de edad, en comparación con los bebés nacidos por parto vaginal sin complicaciones.

Antecedente Nacional

7. Ybaseta-Soto G, y col., en su investigación titulada "Parto vaginal en gestantes con cesárea previa en un Hospital General de Perú" (24). Los autores encontraron que de un total de 162 gestantes en trabajo de parto, 128 (79%) lograron dar a luz por vía vaginal, mientras que 34 (21%) requirieron una finalización del embarazo por vía abdominal. Respecto a las características sociodemográficas, predominaron las edades entre 20 y 30 años (80%), el nivel educativo secundario (62%), el estado civil soltera (41%), ocupación empleada (44%) y de procedencia rural (81%). En relación a las complicaciones maternas: la hemorragia post parto estuvo presente en ambos grupos, siendo del 5,4% en el parto vaginal y del 18% en el parto abdominal, con diferencias significativas ($p < 0,05$). En conclusión, los autores señalan que las complicaciones maternas en pacientes con antecedentes de cesárea y que experimentan parto vaginal o abdominal fueron la hemorragia postparto y el síndrome de distrés respiratorio, respectivamente.
8. Arias M S, Vera C B. “Complicaciones maternas en el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco – 2018” (25). Los autores señalan que las características sociodemográficas fueron edad de 18 a 34 años con el 60%, estado civil conviviente 64%, nivel de instrucción secundaria en un 72%,

ama de casa 53%. Las características obstétricas es paridad entre 3 a 5 con el 46%, el periodo intergenésico de la cesárea anterior es de 60% entre 2 a 5 años, el periodo intergenésico de la última gestación es de 2 a 5 años con el 68%, la atención prenatal se presenta con el 57% con más de 5 atenciones, la indicación principal para la cesárea anterior fue 19% trastorno hipertensivo, la terminación de la gestación actual fue con el 55% por vía vaginal. Las complicaciones maternas en el parto en pacientes con cesárea previa son traumas obstétricos con el 23%”. Durante el período posparto, las mujeres experimentaron complicaciones maternas que incluyeron anemia debido a pérdidas sanguíneas, con una incidencia del 25%, y hemorragia posparto, con un 17%. Además, entre las pacientes sin historial de cesárea previa, el 17% desarrolló anemia por pérdidas sanguíneas y el 12% experimentó hemorragia posparto.

Antecedente local

9. Curahua S L, ejecuto el estudio “Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014.” (26). Los resultados evidencian disparidades en las características generales y las complicaciones maternas entre mujeres con cesárea previa que experimentaron parto vaginal y aquellas que tuvieron una cesárea. En el grupo de parto vaginal, la edad promedio fue ligeramente menor que en el grupo de cesárea, con la mayoría de las pacientes en el rango de 30 a 35 años en ambos grupos, y las indicaciones para la cesárea anterior difirieron, destacando una mayor incidencia de alteración de la vitalidad fetal en el grupo de cesárea. Respecto a las complicaciones, el grupo de parto vaginal post-cesárea previa mostró principalmente trauma perineal, alumbramiento incompleto, desgarros cervicales y hemorragia intraparto, mientras que en el grupo de cesárea, la hemorragia intraparto fue la complicación principal. Durante el puerperio, las pacientes del grupo de parto vaginal con cesárea previa presentaron anemia, fiebre puerperal e infección del tracto urinario, en contraste con las complicaciones del grupo de cesárea previa. Estos resultados subrayan la importancia de considerar las particularidades de cada paciente y las posibles complicaciones asociadas con cada tipo de parto al tomar decisiones clínicas, así como la necesidad de continuar investigando y aplicando teorías como la de cicatrización uterina y progresión del trabajo de parto para mejorar la atención obstétrica y los resultados maternos y perinatales en mujeres con antecedentes de cesárea.

2.2. Bases teóricas

Para el estudio se ha considerado teorías que tienen sustento, tales como:

1. Teoría de cicatrización uterina; esta teoría postula que la integridad de la cicatriz uterina de la cesárea previa es crucial para el éxito del parto vaginal. Una cicatriz uterina bien curada y resistente puede soportar las contracciones del trabajo de parto sin riesgo de ruptura uterina. Por el contrario, una cicatriz débil o propensa a la ruptura puede aumentar el riesgo de complicaciones, como la ruptura uterina durante el parto vaginal. Esta teoría sugiere que la evaluación cuidadosa de la cicatriz uterina es fundamental para identificar a las mujeres con mayores posibilidades de tener un parto vaginal (27,28).
2. Teoría de la progresión del trabajo de parto; Esta teoría se centra en la capacidad del útero de la mujer para experimentar un trabajo de parto efectivo y progresivo. Se sugiere que factores como la posición fetal, la pelvis materna, las contracciones uterinas eficaces y la posición del bebé en el canal del parto influyen en la progresión del trabajo de parto y, por lo tanto, en el éxito del parto vaginal después de una cesárea previa (29).
3. Teoría de la selección del candidato adecuado para el parto vaginal después de cesárea (VBAC). Esta centrado en la importancia de elegir de manera cuidadosa a las gestantes que son adecuadas para intentar un parto vaginal después de haber tenido una cesárea anterior. Factores como el número de cesáreas previas, la indicación de la cesárea anterior, la distancia temporal desde la cesárea anterior y el estado de salud materno y fetal actual pueden influir en las posibilidades de un parto vaginal (30).
4. Teoría de la tolerancia al riesgo; Esta teoría aborda la percepción y la actitud de los proveedores de atención médica y las mujeres hacia el riesgo asociado con el parto vaginal después de una cesárea previa. Una actitud favorable hacia el riesgo y una toma de decisiones informada pueden aumentar las posibilidades de un parto vaginal (31).

Para la variable resultados materno perinatales, hay estudios que sustentan las teorías siguientes:

1. Teoría de la seguridad materna perinatal; propone que el parto vaginal luego de una

cesárea previa podría ofrecer resultados maternos y perinatales superiores en comparación con una cesárea repetida. Se plantea que el parto vaginal podría disminuir el riesgo de complicaciones quirúrgicas vinculadas con la cesárea, como hemorragias, infecciones y tromboembolias, lo que conllevaría a mejores resultados para la madre. Además, se considera que el parto vaginal podría favorecer una recuperación más pronta y una menor estadía hospitalaria, lo cual resultaría beneficioso tanto para la madre como para el recién nacido (32,33).

2. La teoría del apego materno-infantil plantea que el parto vaginal podría facilitar una conexión más sólida entre la madre y el bebé en comparación con la cesárea. Se sostiene que, durante el proceso del parto vaginal, que implica la liberación de hormonas como la oxitocina y la endorfina, se pueden favorecer los lazos emocionales entre la madre y el recién nacido. Este fortalecimiento del vínculo emocional podría tener efectos beneficiosos a largo plazo en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé (34,35).
3. La teoría de la prevención de complicaciones neonatales plantea que el parto vaginal luego de una cesárea previa podría disminuir la probabilidad de complicaciones en el recién nacido en comparación con una cesárea repetida. Se sugiere que, durante el proceso del parto vaginal, que implica la activación de las contracciones uterinas y el paso a través del canal del parto, se podría mejorar la adaptación del neonato al nacimiento y reducir la incidencia de problemas respiratorios y metabólicos (36,37).

2.3. Definiciones conceptuales

1. Control gestacional

Anamnesis y factores de riesgo

La evaluación prenatal de una gestante con antecedentes de cesárea previa seguirá los protocolos habituales para pacientes con riesgo moderado. Es crucial recopilar de manera precisa los datos epidemiológicos maternos y los antecedentes obstétricos, detallando la fecha de la cesárea anterior, la edad gestacional, el tipo de cesárea, la indicación, el resultado perinatal y cualquier complicación intra o postoperatoria que haya ocurrido (6).

Valoración en primer trimestre

La valoración en el primer trimestre del embarazo implica realizar una ecografía inicial para

detectar posibles complicaciones. Aunque poco común, es importante considerar el diagnóstico diferencial de una gestación ectópica en la cicatriz de una cesárea previa. Esta condición se asocia con un mayor riesgo de acretismo placentario. Por lo tanto, si hay sospechas durante la ecografía, es crucial realizar un diagnóstico sin demora. Los detalles específicos sobre el diagnóstico y tratamiento de esta situación se encuentran en el protocolo "Gestación Ectópica" (6).

Control ecográfico

El control ecográfico en una paciente con antecedente de cesárea anterior sigue el protocolo estándar de screening ecográfico. Durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, se debe evaluar la localización de la placenta, considerando que la cesárea previa aumenta el riesgo de placenta previa y acretismo placentario. Si se detecta una placenta previa anterior, se solicitará un control específico entre las 28 y 32 semanas para evaluar el riesgo de acretismo, o antes si hay una alta sospecha. Este control incluye la "Ecografía de placenta y miometrio" y la ecografía de tercer trimestre. En pacientes con dos cesáreas anteriores o con un intervalo corto entre cesáreas (menos de 18 meses), y que no tengan otras contraindicaciones para el parto vaginal, se solicitará una ecografía específica entre las 34 y 36 semanas para evaluar el grosor del segmento y el miometrio. Esto se realiza mediante la "Ecografía de placenta y miometrio" en el hospital correspondiente. (6).

2. Vía del parto

En el control gestacional de una paciente con cesárea anterior, es crucial llevar a cabo un asesoramiento específico sobre la vía del parto, preferiblemente antes de las 37 semanas de gestación, y que esta información quede registrada en la historia clínica. Este asesoramiento implica discutir las opciones de parto vaginal o cesárea en función de la historia obstétrica de la paciente, los riesgos y beneficios asociados, así como las preferencias individuales. Registrar esta discusión en la historia clínica garantiza que tanto la paciente como el equipo médico estén informados y puedan tomar decisiones adecuadas en el momento del parto (6).

Según (6) la elección del parto vaginal en una mujer con antecedentes de cesárea previa es adecuada y aconsejable, siempre y cuando se hayan descartado las contraindicaciones

específicas para este tipo de parto, las cuales se detallan a continuación:

- Las contraindicaciones absolutas para intentar un parto vaginal después de cesárea incluyen antecedentes de rotura uterina previa, una cesárea no segmentaria (como una incisión uterina corporal o clásica, o una ampliación en T invertida), cirugía uterina previa con entrada en la cavidad endometrial (como una miomectomía), tres o más cesáreas previas, así como otras contraindicaciones para el parto vaginal, como placenta previa o presentación no cefálica. Estas condiciones aumentan significativamente el riesgo de complicaciones durante el parto vaginal y pueden requerir una cesárea programada para reducir el riesgo tanto para la madre como para el bebé.
- Por otro lado, las contraindicaciones relativas para un parto vaginal después de cesárea incluyen dos cesáreas previas o un periodo menor a 18 meses entre la cesárea y el parto

Asesoramiento del riesgo

Es fundamental proporcionar información detallada sobre los riesgos y beneficios asociados tanto al parto vaginal como a una cesárea adicional. Se ha observado que el parto vaginal conlleva una menor tasa de complicaciones graves para la madre, así como una incidencia reducida de problemas respiratorios neonatales en comparación con la cesárea. Sin embargo, existe un riesgo potencial de ruptura uterina durante el parto vaginal, además de la posibilidad de requerir intervención instrumental durante el parto y de sufrir lesiones perineales. Por otro lado, una cesárea adicional conlleva riesgos para futuros embarazos, incluyendo la posibilidad de placenta previa, acretismo placentario y lesiones durante cirugías repetidas. No obstante, la cesárea también ofrece beneficios, como la capacidad de planificar el parto, la posibilidad de realizar una esterilización tubárica y una reducción en la mortalidad perinatal. Es crucial proporcionar asesoramiento individualizado sobre el riesgo de rotura uterina y las probabilidades de éxito del parto vaginal. (6).

Asesoramiento sobre el riesgo de rotura uterina

El riesgo de rotura uterina en mujeres con cesárea previa es del 0.5%, variando según distintos factores. Las contraindicaciones absolutas para el parto vaginal incluyen tres o más cesáreas previas, ruptura uterina previa y una incisión uterina no segmentaria; mientras que las relativas son dos cesáreas previas o un intervalo intergenésico corto. La inducción del

parto, especialmente con prostaglandinas u oxitocina secuenciales, puede llevar el riesgo hasta un 4%. Factores maternos como edad avanzada, obesidad y cicatriz uterina complicada, junto con factores fetales como macrosomía, aumentan el riesgo. Aunque tener dos cesáreas previas o un periodo intergenésico corto no prohíbe el parto vaginal, se recomienda una ecografía para evaluar factores como el grosor uterino. La decisión sobre el parto vaginal se basa en la aceptación del riesgo por la paciente, evaluación individualizada y otros factores, prefiriendo cesárea en caso de inducción del parto.

Uso de la ecografía para valoración del riesgo de rotura uterina

La utilización de ecografías para medir el grosor del segmento uterino o del miometrio en la zona de la cicatriz de una cesárea anterior ha sido sugerida como un indicador del riesgo de rotura uterina. A pesar de que se ha observado una asociación entre un grosor reducido y un mayor riesgo de rotura, no se ha establecido un umbral específico que pueda ser utilizado como criterio absoluto para desaconsejar el parto vaginal. Se ha señalado que un grosor del segmento uterino inferior a 2 mm se relaciona con un riesgo más elevado de rotura. Además, se ha destacado el valor predictivo negativo alto cuando el grosor del segmento es superior a 3 mm y el grosor del miometrio es superior a 2 mm (6).

Asesoramiento sobre el riesgo de cesárea o probabilidad de éxito de parto vaginal

En el contexto de parto vaginal después de cesárea, la tasa de éxito se sitúa entre el 71% y el 75%, siendo la experiencia previa de parto vaginal, especialmente después de una cesárea, un factor significativo que aumenta las posibilidades de éxito. En los últimos años, se han desarrollado modelos de predicción que evalúan la probabilidad de éxito del parto vaginal, considerando diversos factores maternos, obstétricos e incluso parámetros ecográficos. Uno de los modelos más utilizados es el de Grobman, validado en varias poblaciones, que incluye criterios como la edad materna, etnia, IMC al inicio del embarazo, historial de parto vaginal previo, parto vaginal previo después de cesárea y la indicación de cesárea recurrente. Estos criterios se aplican desde la primera visita médica, permitiendo plantear el asesoramiento sobre la vía del parto desde el inicio del embarazo, idealmente antes de las 37 semanas. Aunque la decisión final sobre la vía del parto corresponde a la mujer embarazada, el uso de modelos de predicción facilita este proceso, donde se considera la predicción de éxito para determinar si se recomienda un parto vaginal, se informa a la

gestante para que tome una decisión informada, o se sugiere una cesárea electiva en función de las probabilidades de éxito establecidas. (6).

Manejo intraparto

Cuando una paciente con historial de cesárea previa llega al período de trabajo de parto o para la finalización del embarazo, se verificará que se haya realizado la evaluación prenatal de la vía de parto y que exista el consentimiento informado (6).

En situaciones donde una mujer con cesárea previa solicita una cesárea electiva y llega en trabajo de parto, se puede llegar a un acuerdo con ella sobre la conducta obstétrica a seguir en función de las condiciones obstétricas presentes.

El manejo será el correspondiente a un embarazo de alto riesgo (consultar protocolo: "Control del bienestar fetal intraparto"), siendo el método de elección el control externo de la dinámica uterina, que permite observar la frecuencia de las contracciones y su relación con la frecuencia cardíaca fetal. Sin embargo, en casos de distocia dinámica o falta de progresión del parto, se puede optar por el control interno de la dinámica uterina, especialmente en pacientes con inducciones de riesgo aumentado de rotura uterina y en pacientes obesas. En estas pacientes, es importante controlar la dinámica uterina para evitar la polisistolia, que aumenta el riesgo de rotura uterina. Además, se debe evitar un expulsivo prolongado (> 3 horas), ya que disminuye la probabilidad de parto vaginal y aumenta el riesgo de rotura uterina. Los indicios y síntomas de rotura uterina abarcan pérdida de bienestar fetal, dolor abdominal diferente al anterior, sangrado vaginal, inestabilidad hemodinámica materna, entre otros. La presencia de una cesárea anterior no afecta la forma en que se atiende el parto vaginal ni la expulsión de la placenta, y las indicaciones para un parto asistido son las mismas que en mujeres sin cicatriz uterina previa. En caso de retención placentaria, se debe considerar la posibilidad de acretismo placentario y realizar una evacuación guiada por ecografía con el equipo y recursos necesarios para una eventual histerectomía. Después de un parto vaginal en una mujer con cesárea previa, no se realizará una exploración rutinaria del segmento uterino inferior para detectar dehiscencia, a menos que haya sospecha de rotura uterina (6).

Manejo posparto

Según (6) después del parto, no se recomienda realizar análisis de sangre de forma rutinaria

a todas las mujeres que han tenido una cesárea. Sin embargo, en casos específicos como sangrado importante durante la cirugía o anemias graves previas, puede ser necesario realizar un hemograma al día siguiente de la cesárea. Además, indica que es esencial tener en cuenta después de una cesárea las consideraciones siguientes:

- Se aconseja un periodo intergenésico mínimo de 18 meses entre una cesárea y el próximo embarazo, ya que un intervalo corto puede aumentar el riesgo de ruptura uterina.
- En casos de incisiones uterinas no segmentarias o rotura uterina, se recomienda realizar una cesárea programada en el siguiente embarazo antes del inicio espontáneo del parto. Esta información debe ser comunicada a la paciente y registrada en el informe de alta.

Por otra parte, menciona algunos factores que pueden disminuir la probabilidad de éxito de un parto vaginal después de una cesárea (PVDC) incluyen:

- Edad materna avanzada.
- Incremento del peso materno (según el índice de masa corporal). Ausencia de partos vaginales previos antes de la cesárea.
- Peso fetal elevado o macrosomía fetal.
- Indicación de cesárea previa debido a complicaciones en la segunda etapa del trabajo de parto.

Según el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) en 2015, la mayoría de las mujeres con un embarazo único, presentación cefálica y una edad gestacional de al menos 37 semanas son buenas candidatas para un parto vaginal después de una cesárea (PVDC), independientemente de si han tenido un parto vaginal previo o no. Además, se recomienda que un especialista proporcione asesoramiento sobre el tipo de parto, asegurándose de que no existan contraindicaciones maternas o perinatales.

Beneficios maternos del parto vaginal después de una cesárea (PVDC):

Aunque la mortalidad materna es más alta en el parto vaginal después de cesárea (PVDC) comparado con la cesárea electiva (CE), sigue siendo muy baja, lo que confirma la seguridad del PVDC. La mortalidad es de 13 por cada 100,000 nacidos vivos en PVDC, frente a 4 por cada 100,000 en CE, con un riesgo relativo de 1.96 (IC 95%: 1.76-2.19). En cuanto a la morbilidad materna severa, no hay diferencias significativas entre ambos grupos en términos de infecciones, transfusiones y hemorragias. Si bien el PVDC implica un riesgo adicional de histerectomía debido a la rotura uterina, este riesgo se compara con el mayor

riesgo de histerectomía en embarazos futuros por trastornos placentarios como placenta previa y acretismo placentario, así como con las complicaciones quirúrgicas de la CE. Aunque el riesgo relativo de rotura uterina es entre 7 y 10 veces mayor en el PVDC que en la CE, su incidencia absoluta es baja (0.5% o 1 de cada 200) y depende de una adecuada selección de pacientes y manejo del trabajo de parto. Además, el PVDC reduce la hospitalización materna, mejora la recuperación posparto, aumenta la satisfacción y disminuye los costos para el sistema de salud (38).

Beneficios perinatales del PVDC:

El riesgo de Muerte Perinatal relacionado con el parto es muy bajo, con una incidencia de 4 casos por cada 10,000 nacimientos, comparable al de mujeres nulíparas con trabajo de parto espontáneo. Aunque la Mortalidad Perinatal es ligeramente mayor en el parto vaginal después de cesárea (PVDC) que en la cesárea electiva (CE), sigue siendo muy baja, con una incidencia del 0.13% en comparación con el 0.05%. Además, el riesgo de Morbilidad Respiratoria Neonatal, como la taquipnea transitoria y el síndrome de distress respiratorio, es menor en el PVDC, disminuyendo a medida que avanza la gestación y siendo la mitad en comparación con la CE a partir de las 39 semanas. El contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido es inmediato en el PVDC, lo que también favorece la lactancia materna. (38).

Beneficios de la cesárea electiva:

Según (8) los beneficios asociados con la cesárea electiva incluyen:

- a. La capacidad de planificar la fecha de nacimiento del bebé
- b. La oportunidad de llevar a cabo la ligadura tubaria durante la misma intervención quirúrgica
- c. La prevención del temor relacionado con una cesárea de emergencia.
- d. La eliminación del dolor asociado con el trabajo de parto.

2.4. Hipótesis

Hipótesis general:

Hi: Existe una asociación significativa entre los factores predictores del parto vaginal en mujeres con cesárea previa y los resultados maternos y perinatales en gestantes atendidas en el Hospital de Lima Este – Vitarte durante el periodo de 2022 a 2023.

Ho: No existe una asociación significativa entre los factores predictores del parto vaginal en mujeres con cesárea previa y los resultados maternos y perinatales en gestantes atendidas en el Hospital de Lima Este – Vitarte durante el periodo de 2022 a 2023.

Hipótesis específicas:

Hi₁: Los factores clínicos y obstétricos, como la edad materna, el intervalo intergenésico, la altura uterina y la vía de la cesárea previa, influirán significativamente en la viabilidad del parto vaginal después de una cesárea previa.

Ho₁: Los factores clínicos y obstétricos, como la edad materna, el intervalo intergenésico, la altura uterina y la vía de la cesárea previa, no influirán significativamente en la viabilidad del parto vaginal después de una cesárea previa.

Hi₂: Se observará una relación significativa entre la edad materna avanzada, un intervalo intergenésico corto, una altura uterina menor, la vía de la cesárea previa y el parto vaginal en mujeres con cesárea previa.

Ho₂: No se observará una relación significativa entre la edad materna avanzada, un intervalo intergenésico corto, una altura uterina menor, la vía de la cesárea previa y el parto vaginal en mujeres con cesárea previa.

Hi₃: La incidencia de complicaciones maternas y neonatales asociadas con el parto vaginal después de la cesárea previa será menor en comparación con las cesáreas repetidas en el mismo período y contexto hospitalario.

Ho₃: La incidencia de complicaciones maternas y neonatales asociadas con el parto vaginal después de la cesárea previa no será menor en comparación con las cesáreas repetidas en el mismo período y contexto hospitalario.

Hi₄: Se encontrarán diferencias significativas en los resultados neonatales, como la puntuación de Apgar, el peso al nacer y la necesidad de admisión en la unidad de

cuidados intensivos neonatales, entre los partos vaginales en mujeres con cesárea previa.

Ho₄: Se encontrarán diferencias significativas en los resultados neonatales, como la puntuación de Apgar, el peso al nacer y la necesidad de admisión en la unidad de cuidados intensivos neonatales, entre los partos vaginales en mujeres con cesárea previa.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Diseño de investigación

Según indica (39) y (40) el tipo de estudio a ejecutar tendrá un enfoque cuantitativo y responde a los criterios siguientes:

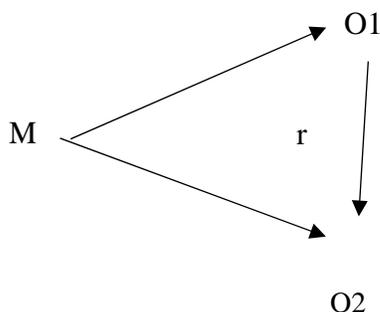
- El tipo de estudio es observacional, ya que no se controlará a las variables, estas serán estudiadas en tal como estarán registradas en la historia clínica.
- Según su alcance; el estudio es analítico porque se demostrará la asociación entre las variables independiente y dependiente, a través de dos grupos de gestantes: aquellas que tuvieron un parto vaginal después de una cesárea previa (casos) y aquellas que tuvieron una cesárea repetida después de una cesárea previa (controles).
- Según el número de mediciones de las variables de estudio; será transversal, toda vez que se medirán las variables en un momento en el tiempo.
- Según el momento de recolección de datos; el estudio será retrospectivo, ya que se recolectará datos que están presentes o registrados en las historias clínicas de las gestantes en estudio.

Así mismo, la investigación corresponde a un estudio explicativo con enfoque cuantitativo.

Correlacional analítico, el estudio tendrá la finalidad de analizar la correlación o el grado de asociación que existe entre las variables de una muestra.

Transversal o transeccional, porque se centra en analizar cuál será el nivel o estado de una o muchas variables en un solo momento, en un tiempo dado o único (39).

El esquema es el siguiente:



Leyenda:

M: muestra

O1: observación de la variable 1

O2: observación de la variable 2

r: correlación entre dichas variables.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Estará conformada por todas las gestantes con antecedentes de cesárea anterior y con indicación de parto vaginal por cesárea previa, que fueron programadas a un parto vaginal previa evaluación médica en el periodo de 2022 a 2023.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

1. Historia clínica de gestantes atendidas en el Hospital de Lima Este – Vitarte durante el período de estudio (2022-2023).
2. Historia clínica de gestantes atendidas con antecedentes de al menos una cesárea previa.
3. Historia clínica de gestantes atendidas que hayan experimentado un parto vaginal después de una cesárea previa (casos).
4. Historia clínica de gestantes atendidas que hayan experimentado una cesárea repetida después de una cesárea previa (controles).
5. Contar con la disponibilidad de registros médicos completos y accesibles para la recopilación de datos.

Criterios de exclusión:

1. Historia clínica de gestantes atendidas con antecedentes de complicaciones obstétricas graves que puedan afectar los resultados del parto, como placenta previa total, desprendimiento prematuro de placenta, etc.

2. Historia clínica de gestantes atendidas con contraindicaciones médicas para el parto vaginal, como presentación anómala del feto, cicatriz uterina transversal, etc.
3. Historia clínica de gestantes atendidas con múltiples gestaciones (gemelares, trillizas, etc.), ya que pueden tener un riesgo diferente de complicaciones obstétricas.
4. Historia clínica de gestantes atendidas con enfermedades crónicas graves que puedan afectar el curso del embarazo y el parto, como diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, etc.
5. Historia clínica de gestantes atendidas cuyos registros médicos no estén completos o no estén disponibles para su revisión

3.2.2. Tamaño de la muestra

La muestra estará conformada por 126 historias clínicas de gestantes con indicación de parto vaginal con antecedente de cesárea previa atendidas en el Hospital de Lima Este – Vitarte en el periodo de 2022 a 2023, tanto para los casos y controles le corresponde 63 historias clínicas para cada uno.

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.050
$1 - \alpha/2 =$ Nivel de Confianza a dos colas	$1 - \alpha/2 =$	0.975
$Z_{1-\alpha/2} =$ Valor tipificado	$Z_{1-\alpha/2} =$	1.960
Beta (Máximo error tipo II)	$\beta =$	0.050
$1 - \beta =$ Poder estadístico	$1 - \beta =$	0.950
$Z_{1-\beta} =$ Valor tipificado	$Z_{1-\beta} =$	1.645
$p_1 =$ Prevalencia en el primer grupo	$p_1 =$	0.500
$p_2 =$ Prevalencia en el segundo grupo	$p_2 =$	0.200
$p =$ Promedio de la prevalencia	$p =$	0.350
Tamaño de cada grupo	$n =$	62.69

3.2.3. Selección de la muestra

Será el no probabilístico, intencional teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

3.3. Operacionalización de variables

Operacionalización de variable independiente:

VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	CATEGORÍA
1. Edad materna	Edad de la madre al momento del parto	Registro de la edad de la gestante en años al momento del parto	Escala de razón	Continua	Años	-
2. Intervalo intergenésico	Tiempo entre el parto previo y el embarazo actual	Cálculo del intervalo de tiempo en años entre el parto previo y el embarazo actual	Escala de razón	Continua	Años	-
3. Altura uterina	Medida de la altura uterina durante el embarazo	Medición de la altura uterina en centímetros durante las consultas prenatales	Escala de razón	Continua	Centímetros	-
4. Tipo de cesárea	Método de la cesárea anterior (segmentaria baja o clásica)	Registro del tipo de incisión uterina durante la cesárea anterior	Nominal	Categorica	-	1: Segmentaria baja 2: Clásica

Operacionalización de variable dependiente:

VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	CATEGORÍA
Complicaciones maternas	Problemas de salud materna después del parto	Registro de la presencia o ausencia de complicaciones maternas (ej. hemorragia, infección)	Nominal	Categórica	-	0: Ausencia de complicaciones maternas 1: Presencia de complicaciones maternas
Complicaciones neonatales	Problemas de salud del recién nacido después del parto	Registro de la presencia o ausencia de complicaciones neonatales (ej. hipoxia, bajo peso al nacer)	Nominal	Categórica	-	0: Ausencia de complicaciones neonatales 1: Presencia de complicaciones neonatales
Puntuación APGAR	Evaluación de la condición del recién nacido al nacer	Asignación de una puntuación de Apgar al minuto y a los cinco minutos después del nacimiento	Ordinal	Categórica	-	Puntuación de Apgar al minuto y a los cinco minutos después del nacimiento
Peso al nacer	Peso del recién nacido al nacer	Medición del peso del recién nacido al nacer en gramos	Escala de razón	Continua	Gramos-	1: Segmentaria baja 2: Clásica
Necesidad de UCIN	Necesidad de admisión en la unidad de cuidados intensivos neonatales	Registro de la necesidad o no de admisión en la unidad de cuidados intensivos neonatales	Nominal	Categórica	-	0: No se requiere admisión en UCIN 1: Se requiere admisión en UCIN

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas

Se utilizará el análisis documental a través de la revisión de las historias clínicas de gestantes que hayan tenido parto vaginal de cesárea previa y las que no tuvieron parto vaginal culminando en otra cesárea, considerando los criterios de selección.

Instrumentos

Se utilizará la ficha de recolección de datos de las variables a estudiar, donde se registrarán los datos encontrados de las gestantes con parto vaginal.

Para ello, se gestionará la autorización del director del Hospital de Lima Este – Vitarte, para tener acceso al área de gineco-obstetricia y revisar el libro de partos vaginales y de cesárea, además tener acceso al área de estadística y contar con el manejo de las historias clínicas para su análisis al ser seleccionada por cumplir criterios de inclusión.

Los datos clínicos se registrarán posteriormente en una base de datos para su posterior análisis utilizando un software estadístico, SPSS v 26.

3.5. Técnicas para el Procesamiento de la información

En el estudio se considerará para ello:

Organización de los datos: que consiste en:

- En elaborar una base de datos que incluya todas las variables relevantes recopiladas de las historias clínicas y registros médicos.
- Cada variable se asignará a una columna de la base de datos y cada fila representará a una mujer incluida en el estudio.

Revisión de datos, donde se considerará:

- Se realizará una revisión exhaustiva de los datos para identificar y corregir posibles errores, inconsistencias o valores atípicos
- Se verificará la integridad de los datos y se resolverán los datos faltantes o incompletos, utilizando técnicas como la imputación de datos o el análisis de patrones de datos faltantes.

Codificación de datos

- Las variables categóricas se codificarán numéricamente según las categorías establecidas previamente
- Se asignarán valores numéricos a las respuestas de las variables ordinales para facilitar el análisis.

Análisis de datos

- Se realizarán análisis exploratorios para comprender la distribución y la relación entre las variables, utilizando técnicas como tablas de frecuencia, gráficos de barras, histogramas y diagramas de dispersión.

Análisis estadístico

- La descripción de las características demográficas y clínicas de las mujeres en el grupo de casos (parto vaginal después de cesárea previa) y en el grupo de controles (cesárea repetida después de cesárea previa), para ello será utilizando pruebas estadísticas apropiadas, como la prueba t de Student para variables continuas y la prueba chi-cuadrado para variables categóricas.
- Evaluación de la asociación entre los factores predictores del parto vaginal y los resultados maternos y perinatales utilizando análisis bivariados, como odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza (IC).
- El resumen de los resultados maternos y perinatales, incluyendo la incidencia de complicaciones maternas y neonatales, puntuaciones de Apgar, pesos al nacer y necesidad de admisión en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
- Se llevarán a cabo los análisis estadísticos descritos anteriormente, incluyendo pruebas bivariadas y multivariadas según sea necesario.
- Se interpretarán los resultados estadísticos para determinar la significancia y la magnitud de las asociaciones entre las variables.

Análisis multivariados

- Será con la aplicación de técnicas de regresión logística para controlar posibles factores de confusión y determinar los factores predictores independientes del parto vaginal.

Interpretación de los resultados

- Interpretación de los resultados en términos de asociaciones estadísticas significativas entre los factores predictores del parto vaginal y los resultados maternos y perinatales
- Presentación de los hallazgos de manera clara y concisa en informes y/o publicaciones científicas

3.6. Aspectos éticos

Para ello se tendrá en consideración de contar con la autorización oficial de acceso a las áreas correspondientes, y se tendrá en cuenta el principio de confidencialidad.

Compromiso de confidencialidad y protección de datos. Con este documento, el investigador se compromete por escrito a no revelar los datos de la investigación de los que pudieran deducirse datos personales de los participantes y a emplearlos únicamente en la consecución de los objetivos planteados y que ellos conocerán. La ley del secreto profesional y de protección de datos consideró al investigador responsable de la guarda y custodia de datos personales, especialmente de datos considerados “sensibles” y a proteger de forma especial y de tomar las medidas pertinentes para evitar que puedan relacionarse los datos con las personas concretas.

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1. Recursos

Recursos Humanos

Profesionales	Cantidad
Investigador de campo	01

Recursos

Material no médico	Cantida d
Historias Clínicas	145
Ficha de recojo de datos	145
Lapiceros	03
Tableros	02
Impresora	01
Cámara Fotográfica	01
Laptop	01

4.2. Cronograma de actividades

ETAPA	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	2023																2024							
		Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero			Febrero
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
PLANIFICACIÓN	Revisión bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Selección del tema de investigación	X	X																						
	Elaboración y presentación del proyecto de tesis		X	X																					
	Revisión y aprobación del proyecto de tesis				X																				
EJECUCIÓN	Validación del instrumento					X	X																		
	Selección de la muestra de estudio							X	X																
	Recolección de datos									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	Análisis de los datos																				X	X			
INFORME FINAL	Redacción del primer borrador de tesis																					X	X		X
	Presentación del borrador de tesis																								X
	Revisión del borrador de tesis																								X
	Aprobación del borrador de tesis																								X
	Sustentación de tesis																								X

4.3. Presupuesto

DESCRIPCIÓN	MEDIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
RECURSOS HUMANOS				
Asesor metodológico	Unidad	01	S/. 400.00	S/. 400.00
Asesor estadístico	Unidad	01	S/. 400.00	S/. 500.00
Sub Total				S/. 900.00
RECURSOS MATERIALES				
Materiales de escritorio				
Hojas bond A4	Millar	02	S/. 30	S/. 60.00
Lapiceros	Unidad	10	S/. 2.00	S/. 20.00
USB 16 GB	Unidad	02	S/. 30.00	S/.60.00
Carpeta encuestadora	Unidad	02	S/. 10.00	S/. 20.00
Folder de plástico	Unidad	05	S/. 8.00	S/. 40.00
Cuaderno de campo	Unidad	01	S/. 10.00	S/. 10.00
Sub total				S/.210.00
Servicio de terceros				
Internet	Horas	100	S/. 1.00	S/.300.00
Fotocopias del instrumento	Unidad	300	S/. 0.10	S/. 30.00
Impresión del proyecto	Unidad	03	S/. 0.20	S/. 100.00
Impresión del informe final	Unidad	03	S/. 0.20	S/. 200.00
Empastado de tesis	Unidad	03	S/. 70.00	S/.210.00
Sub total				S/. 840.00
Viáticos				
Movilidad	Viajes	05	S/. 80.00	S/.1400.00
Refrigerio	Unidad	50	5.00	250.00
Sub total				S/.1650.00
Otros gastos				
Imprevistos (10%)	Unidad	1	S/. 223.50	S/. 360.00
Sub total				S/. 360.00
TOTAL				S/. 3 960.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. Para cada infancia. Según organismos de Naciones Unidas, cada dos minutos muere una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Ginebra 2023. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-complicaciones-embarazo-parto>
2. Royal College of Obstetrician & Gynaecologists. Nacimiento después del anterior Parto por cesárea. Pauta Green -top No 45. 2015. Machine Translated by Google. Disponible en: www.nice.org.uk/accreditation.
3. Hospital Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de parto vaginal en cesárea anterior. Resolución Directorial. Ministerio de Salud. HCH. Lima 2019. [Internet]. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_431-2019-HCH-DG.pdf
4. Naciones Unidas. Noticias ONU, Mirada global historias humanas. Ginebra 2023. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2023/05/1520807>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES 2021 Nacional y Departamental. Atención prenatal. Lima Perú, mayo 2022. Pág. 146. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/INFORME_PRINCIPAL/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2021.pdf
6. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Protocolo: control gestacional en gestantes con cesárea anterior. Hospital Clínic. Hospital Saint Joan de Deú. Universitat de Barcelona. [Internet]. España 2018. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/Control%20gestacional%20en%20gestantes%20con%20cesarea%20anterior.pdf>
7. Arango-Montoya C, López-Arroyave M. X, Marín-Ríos J, Colonia-Toro A, , Bareño-Silva J. Parto vaginal exitoso y resultados maternos y perinatales en pacientes con antecedente de cesárea y prueba de trabajo de parto: estudio de corte transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2022;73(4):369-377. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195274133003>

8. Eden KB, McDonagh M, Denman MA, Marshall N, Emeis C, Fu R, Janik R, et al. New insights on vaginal birth cesarean. Can it be predicted? *Obstet Gynecol.* 2010;116(4):967-81.
9. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, Hauth JC, Bloom S, Varner MW, et al. The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:1016–23
10. Cherouny, P. H., Gonik, B., Sciscione, A. C., Walker, C. J., Berghella, V., Colson, E., ... & Kilpatrick, S. J. (2019). Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Workshop Report. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), e110–e127.
11. Maguire, P. J., Narendran, S., Pinkerton, R., & Scrutton, M. (2017). Surfactant therapy for neonatal respiratory distress syndrome: a review of Korean experiences. *Archives of Disease in Childhood*.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *ACOG Practice Bulletin No. 205*.
13. Caughey, A. B., Cahill, A. G., Guise, J.-M., & Rouse, D. J. (2019). Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 220(3), 217–225.
14. Guise, J.-M., Eden, K., Emeis, C., Denman, M. A., Marshall, N., Fu, R. R., ... & McDonagh, M. (2010). Vaginal Birth After Cesarean: New Insights on Maternal and Neonatal Outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 115(6), 1267–1278.
15. Landon, M. B., Hauth, J. C., & Leveno, K. J. (2004). Maternal and Perinatal Outcomes Associated With a Trial of Labor After Prior Cesarean Delivery. *New England Journal of Medicine*, 351(25), 2581–2589.
16. Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PloS One*, 11(2), e0148343.
17. Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., & Applebaum, S. (2014). *Listening to MothersSM III: Pregnancy and Birth*. New York: Childbirth Connection

18. Higgins, J. P. T., & Green, S. (Eds.). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Version 5.1.0)*. The Cochrane Collaboration
19. Rondón-Tapía M, Torres-Cepeda D, Mejía-Montilla J, Reyna-Villasmil N, Fernández-Ramírez A, La Rotta-Núñez E, Reyna-Villasmil E. Factores predictores del éxito del parto vaginal posterior a cesárea. *Rev peru ginecol obstet.* 2023;69(1). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2476>
20. Cubero Luna A. Resultados obstétricos y neonatales del trabajo de parto después de cesárea anterior. [Internet]. Universidad de Córdoba. España 2022. [Citado 12 de junio del 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=314982>
21. Torres Vasconez MP, Macías Gaytán Ángela M, Limones González EM, Álvarez Reyes SJ. Parto vaginal post cesárea. *RECIMUNDO* [Internet]. 20nov.2022 [citado 19abr.2024];6(4):525-31. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1874>
22. Álvarez-Zapata E. A, González Hernández L. M, Jiménez Arango N. B, , Zuleta Tobón J. J. Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones para el proceso de la inducción del trabajo de parto como desencadenante de la cesárea en mujeres con embarazo simple a término. estudio descriptivo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2019;70(2):103-114. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195260576004>
23. Rodrigues S. M, Marques Silva P. M. Parto eutócico versus cesariana eletiva e a incidência de patologias na criança até aos 2 anos. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2017;IV(15):83-90. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388255693010>
24. Ybaseta-Soto G. Quijandría Tataje C. Ybaseta-Soto M. Parto vaginal en gestantes con cesárea previa en un Hospital General de Perú. *Rev méd panacea.* 2020; 9(1): 4-12. [citado 25 de junio del 2023]. doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.-v9i1.290>
25. Arias Mendoza S. Vera Castillo B. Complicaciones maternas en el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa, atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco – 2018. Universidad Andina del Cuzco. Repositorio digital. Disponible en: <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/3315>

26. Curahua Sánchez, L. Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014. UNMSM. 2015. Repositorio de tesis digitales. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4149/Curahua_sl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Landon, M. B., Hauth, J. C., & Leveno, K. J. (2004). Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *New England Journal of Medicine*, 351(25), 2581–2589.
28. Lydon-Rochelle, M., Holt, V. L., Easterling, T. R., & Martin, D. P. (2001). Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *New England Journal of Medicine*, 345(1), 3–8
29. Smith, G. C. S., Pell, J. P., Cameron, A. D., & Dobbie, R. (2002). Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *Journal of the American Medical Association*, 287(20), 2684–2690.
30. Guise, J. M., Eden, K., Emeis, C., Denman, M. A., Marshall, N., Fu, R., & Janik, R. (2010). Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evidence report/technology assessment*, (191), 1–397.
31. McMahan, M. J., Luther, E. R., Bowes, W. A., & Olshan, A. F. (1996). Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *New England Journal of Medicine*, 335(10), 689–695.
32. Smith, G. C. S., Pell, J. P., Cameron, A. D., & Dobbie, R. (2002). Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *Journal of the American Medical Association*, 287(20), 2684–2690.
33. Landon, M. B., Hauth, J. C., & Leveno, K. J. (2004). Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *New England Journal of Medicine*, 351(25), 2581–2589.
34. Almagor, M., & Levin, A. (2006). Maternal and neonatal outcome of trial of labor after previous cesarean delivery. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19(5), 277–281.
35. Silver, R. M., Landon, M. B., Rouse, D. J., Leveno, K. J., Spong, C. Y., Thom, E. A., ... & Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development
36. Vargas Juscamaita, A. T., Lévano Castro, J. A., & Lazo Porras, M. A. (2013). Parto vaginal

- después de una cesárea: aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 59(4), 261-266.
37. Furzán, J. A. (2014). Nacimiento por cesárea y pronóstico neonatal. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 77(2), 79-86.
 38. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. XXXVII Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia: [CONSENSO]. Buenos Aires, Argentina. 14 - 16 de junio del 2019. SOGIBA: 2019 [citado 19 abril del 2024]. Disponible en: https://sogiba.org.ar/images/Parto_Vaginal_despues_de_una_Cesarea_SOGIBA%202019.pdf
 39. Perreño Urquiza, Á. (2016). Metodología de investigación en salud. Riobamba: La Caracola Editores.
 40. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica de investigación en salud [Internet]. Washington: OPS; 2008 [citado el 19 de abril del 2024]. Publicación Científica y Técnica No. 620. Disponible en: https://www.revistasden.org/boletin/files/7277_guia.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DE PROBLEMA	FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	VARIABLES	ASPECTOS METODOLÓGICOS	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general			
¿Cuál es la asociación que existe entre los factores predictores del parto vaginal en cesárea previa con los resultados maternos y perinatales en gestantes atendidas en el Hospital de Lima Este-Vitarte en el periodo de 2022 a 2023?	Determinar la asociación que existe entre los factores predictores del parto vaginal en cesárea previa con los resultados maternos y perinatales en gestantes atendidas en el Hospital de Lima Este-Vitarte en el periodo de 2022 a 2023.	<p>Hi: Existe una asociación significativa entre los factores predictores del parto vaginal en mujeres con cesárea previa y los resultados maternos y perinatales en gestantes atendidas en el Hospital de Lima Este-Vitarte en el periodo de 2022 a 2023.</p> <p>Ho: No existe una asociación significativa entre los factores predictores del parto vaginal en mujeres con cesárea previa y los resultados maternos y perinatales en gestantes atendidas en el Hospital de Lima Este-Vitarte en el periodo de 2022 a 2023.</p>	<p>Variable independiente: Factores predictores del parto vaginal en cesárea previa</p> <p>Variable dependiente: Resultados maternos y perinatales</p>	<p>Tipo de investigación: De enfoque cuantitativo, observacional y analítico, transversal y retrospectivo</p> <p>Población y muestra: Población: gestantes atendidas con vaginal con cesárea previa. Muestra: total de gestantes atendidas de parto vaginal y no vaginal con cesárea previa. Muestreo: no probabilístico tipo censal.</p>	<p>Técnica: Análisis documental</p> <p>Instrumento: Formato de registro de datos</p>
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas			
	1. Identificar los factores clínicos y obstétricos que influyen en la viabilidad del parto vaginal después de una cesárea previa.	1. Los factores clínicos y obstétricos, como la edad materna, el intervalo intergenésico, la altura uterina y la vía de la cesárea previa, influirán significativamente en la			

	<p>2. Evaluar la relación entre variables como la edad materna, el intervalo intergenésico, la altura uterina, la vía de la cesárea previa y el éxito del parto vaginal.</p> <p>3. Identificar la incidencia de complicaciones maternas y neonatales asociadas con el parto vaginal después de la cesárea previa en comparación con las cesáreas repetidas.</p> <p>4. Analizar los resultados neonatales, incluida la puntuación de Apgar, el peso al nacer y la necesidad de admisión en la unidad de cuidados intensivos neonatales, entre los partos vaginales en mujeres con cesárea previa</p>	<p>viabilidad del parto vaginal después de una cesárea previa.</p> <p>Se observará una relación significativa entre la edad materna avanzada, un intervalo intergenésico corto, una altura uterina menor, la vía de la cesárea previa y el éxito del parto vaginal en mujeres con cesárea previa.</p> <p>3. La incidencia de complicaciones maternas y neonatales asociadas con el parto vaginal después de la cesárea previa será menor en comparación con las cesáreas repetidas en el mismo período y contexto hospitalario.</p> <p>4. Se encontrarán diferencias significativas en los resultados neonatales, como la puntuación de Apgar, el peso al nacer y la necesidad de admisión en la unidad de cuidados intensivos neonatales, entre los partos vaginales en mujeres con cesárea previa del estudio.</p>			
--	---	--	--	--	--

ANEXO 2.1

FICHA DE REGISTRO DE DATOS DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: Parto vaginal en cesárea previa y los resultados maternos y perinatales en pacientes atendidas en el Hospital de Lima Este-Vitarte, en el periodo de 2022 a 2023.

INSTRUCCIONES: Buenos días, se está haciendo una encuesta con la finalidad de mejorar los servicios que brinda este servicio de emergencia, del mismo modo los datos que se obtengan servirán para realizar una tesis de posgrado. Por lo tanto, pedimos su colaboración contestando con sinceridad las preguntas que le haremos a continuación, sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Sírvase marcar con una X en el paréntesis correspondiente o rellenar los espacios en blanco.
Muchas gracias por su colaboración.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?

2. Raza

- a) Mestiza
- b) Blanca
- c) Afrodescendiente

3. ¿De qué zona procede usted?

- a) Urbano ()
- b) Rural ()
- c) Urbano marginal ()

4. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

- a) Analfabeto ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Superior ()

5. ¿Cuál es su ocupación?

- a) Ama de casa ()
- b) comerciante ()
- c) empleada pública ()
- d) empleada privadas ()

- SI () NO ()
14. Ecografía prenatal
- Con distocia funicular
SI () NO ()
 - Sin distocia funicular
SI () NO ()
15. Ecografía intraparto
- SI () *pasar a siguiente items NO ()
 - Predicción de ruptura uterina
SI () NO ()
 - Grosor de cicatriz de miometrio por parámetros en cesárea previa
.....
16. Sufrimiento fetal
- SI () NO ()
17. Podálico
- SI () NO ()
18. Macrosómico
- SI () NO ()
19. Número de parto vaginal previos o posterior a cesárea
- a) Antes y después de cesárea
 - b) Después de cesárea
 - c) Antes de cesárea
 - d) Sin parto vaginal previo
20. Cesárea previa por estancamiento de la dilatación
- SI () NO ()
21. Sufrimiento fetal
- SI () NO ()
22. Podálico
- SI () NO ()
23. Macrosómico
- SI () NO ()
24. Borramiento cervical al ingreso
- a) > 75%
 - b) 25 – 75%
 - c) < 25%
25. Dilatación cervical al ingreso ≥ 4 cm
- SI () NO ()
26. Condición de la pelvis
- Adecuado () No adecuado ()
27. IMC pregestacional
- Adecuado () No adecuado ()

III. CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO

27. Sexo:

28. Peso:

29. Apgar:
30. Con circular de cordón:
- a) Simple ()
 - b) Doble ()
 - c) Ninguna ()
31. Color de líquido amniótico
- a) Claro ()
 - b) Verdoso ()