

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN



**CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A PARTO VAGINAL POSTERIOR A
CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
DEL CALLAO DURANTE EL PERIODO 2018 – 2020**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR BETSAIDA GXIMENA HOTUYA CONDE

LIMA PERU

2021

ÍNDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la realidad problemática	3
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo General.....	4
1.3.2 Objetivos Específicos.....	4
1.4 Justificación.....	4
1.5 Limitaciones	5
1.6 Viabilidad	5
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Antecedentes de la investigación.....	6
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Definiciones conceptuales	10
2.4 Hipótesis.....	12
CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....	13
3.1 Tipo de estudio.....	13
3.2 Diseño de la investigación.....	13
3.3 Población y muestra.....	13
3.4 Operacionalización de variables	14
Técnicas de recolección de datos. Instrumentos	17
3.5 Técnicas para el procesamiento de la información	17
3.6 Aspectos éticos.....	17
CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA	18
4.1 Recursos	18
4.2 Cronograma	18
4.3 Presupuesto	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
ANEXO	22
1. Matriz de consistencia.....	22
2. Instrumentos de recolección de datos.....	23
3. Solicitud de permiso institucional	24

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La cesárea es el evento quirúrgico más realizado de todos los tiempos.¹

A inicios del siglo XX se tenía el concepto de “una vez cesárea, siempre cesárea”.²

Representa un problema de salud pública por la morbilidad materna fetal que conlleva en comparación de un parto vaginal, y más aún cuando se trata de dos o más cesáreas en la misma paciente.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985 en Brasil recomendó una tasa no superior al 10-15%.³

Por ello el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG, por sus siglas en inglés) sacó a la luz sus recomendaciones y propuso que “todas las mujeres deberían ser llevadas a prueba de trabajo de parto vaginal posterior a cesárea (TOLAC, por sus siglas en inglés) en ausencia de contraindicación médica u obstétrica”,² esto debido a que 6 a 8 de 10 mujeres logran un parto vaginal; con riesgo de complicarse con una rotura uterina menor al 1%.⁴

Desde ese momento se ha intentado obtener modelos que predigan éxito e identificar al grupo de mujeres que pueden beneficiarse de parto vaginal después de un parto abdominal.

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión no se han llevado a cabo estudios de esta índole y se requiere conocer las características de esta población.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las características asociadas a parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018 – 2020?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Identificar las características asociadas a parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el periodo 2018 – 2020

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar la tasa de éxito de parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018 – 2020.
2. Indicar el peso de recién nacido en pacientes con éxito de parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018 – 2020.
3. Establecer las causas de las cesáreas anteriores en pacientes con parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018 – 2020.
4. Determinar las características anteparto de pacientes con parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018 – 2020.
5. Determinar las características intraparto de pacientes con parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018 – 2020.

1.4 Justificación

Debido a la morbilidad materna fetal inmediata ya conocida de un evento quirúrgico tipo cesárea; y las consecuencias maternas propias de ésta a largo plazo; como el acretismo placentario, placenta previa, síndrome adherencial severo en pacientes con dos o más cesáreas; y al no haberse realizado estudios de esta naturaleza en la institución, enfatizamos la importancia de este estudio.

1.5 Limitaciones

Se estudiará a la población gestante con antecedente de un parto abdominal, que ingrese por emergencia o consultorio externo para finalización de gestación, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, durante el periodo enero 2018 a diciembre 2020.

1.6 Viabilidad

Se obtendrá la aprobación de la Institución de Salud, y se contará con el apoyo del servicio de Ginecología y Obstetricia, y los recursos logísticos para desarrollarla. Se accederá al libro de reporte de ingresos por Emergencia, y en el caso de Consultorios Externos, a través del programa digital a través del CIE 10; del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Alva JC, “Características asociadas al éxito o fracaso de la prueba de parto vaginal en cesareada anterior en el Instituto Nacional Materno Perinatal julio-diciembre 2010”, encontró que la tasa de éxito de TOLAC fue de 83,4%. En cuanto a los factores anteparto: la causa de indicación de parto abdominal fue el sufrimiento fetal agudo (19%) en el grupo de TOLAC exitoso. La mayoría de pacientes no tuvieron el antecedente de parto vaginal antes o después del parto por vía abdominal. El IMC > 30 se asoció a TOLAC fallido. En relación a los factores propios del parto, un Bishop favorable (> 6, según su escala) se asoció al éxito de TOLAC. ⁵

Vargas AT et al en su estudio “Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital”, halló un éxito de TOLAC de 46,5%. La indicación de parto abdominal más frecuente en TOLAC fallido fue alteración en las dos primeras fases del trabajo de parto. Se encontró mejor predictor el modelo de Flamm que la de Grobman. ⁴

Sepúlveda-Mendoza DL et al, “Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea”. Identificaron los factores de éxito para TOLAC; entre ellos, la edad materna, peso del recién nacido, antecedente de parto e inicio natural del trabajo de parto. ⁶

Fonseca JE, Rodríguez JL and Maya SD en su estudio “Validación de modelos predictivos para parto vaginal exitoso después de cesárea”, hallaron que el éxito de parto vaginal fue del 85,64%. La proporción de parto vaginal para cada decil predicho en el modelo de Grobman fue inferior al 15%. Sin embargo; para el modelo de Metz, la proporción de parto vaginal exitoso real fue menor a lo indicado. ²

Kiwan R, Al Qahtani N en su trabajo “Resultado del parto vaginal después de una cesárea: un análisis comparativo retrospectivo del trabajo de parto espontáneo

versus inducido en mujeres con una cesárea previa”; estudiaron a las pacientes que tuvieran cesárea anterior y admitidas para prueba de trabajo de parto, encontraron que las mujeres que se someten a un trabajo de parto inducido tienen menos éxito de parto vaginal que las que lo iniciaron en forma espontánea. Además de tener mayor riesgo de cesárea por sufrimiento fetal agudo. Y el antecedente de parto vaginal aumento el éxito de TOLAC.⁷

Fox NS et al, “Parto vaginal después de un parto por cesárea por detención del descenso”, realizaron un estudio de las pacientes con parto vaginal con un embarazo único y una cesárea anterior por detención del descenso. Encontraron que 8 de 10 mujeres lograron un parto vaginal. Los factores como la edad materna, el índice de masa corporal, el peso fetal, la inducción del trabajo de parto y la dilatación cervical no estuvieron asociados con una mayor tasa de parto vaginal. Así mismo recomienda que no se debe desanimar a las mujeres con cesárea previa por detención del descenso a intentar TOLAC. ⁸

Tsai HT, Wu C-H.” Parto vaginal después de una cesárea: la tendencia mundial y la experiencia local en Taiwán”, realizaron un estudio retrospectivo de 10 años, en pacientes con parto vaginal posterior a cesárea o sometidas a TOLAC; del total de sus pacientes, el 73,65% fue sometido a cesárea electiva; y del 26,35%, las mujeres que lograron parto vaginal fueron 8 de 10.⁹

Ayachi A et al. “Predictores de resultados de nacimiento relacionados con mujeres con una cesárea previa: experiencia de un Centro de Maternidad, Bizerte”, realizaron un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo y analítico; la tasa de éxito de parto vaginal posterior a parto abdominal fue de 82%, los factores de fracaso fueron ausencia de parto vaginal previo, cesárea previa por trabajo de parto disfuncional, edad gestacional post termino, paridad <3, Bishop desfavorable, trabajo de parto fase activa > 6 horas, duración del trabajo de parto > 8 horas, y registro de frecuencia cardiaca fetal anormal durante el trabajo de parto.¹⁰

Krispin E et al. "Asociación entre el parto vaginal previo después de una cesárea y el resultado del trabajo de parto posterior", realizaron un estudio de cohorte retrospectivo, el grupo de estudio incluyó mujeres que intentaron un parto vaginal con antecedente de un parto vaginal con cesárea previa. El grupo de control incluyó mujeres que intentaron el primer parto vaginal después de cesárea. Las mujeres del grupo de estudio tuvieron una tasa significativamente menor de ruptura uterina y mayor tasa de éxito de parto vaginal.¹¹

Marca D. (Tacna-2019) "Causas relacionadas a labor de parto eutócico exitoso en gestantes con parto abdominal previo", realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional. Tomó una muestra de 825 mujeres con antecedente de cesárea previa sin contraindicación de parto vaginal. Obtuvo que, de 10 mujeres, 7 lograban parto vaginal. Los factores relacionados a éxito de parto vaginal fueron el IMC por debajo de 30 Kg/m², parto vaginal previo posterior a una cesárea, intervalo entre gestaciones de 2 a 4 años (aumenta 1,79 veces más la posibilidad de parto vaginal), controles prenatales adecuados (>6), trabajo de parto en fase activa y no inducción de trabajo de parto.¹²

Sinchitullo Castillo AE, Roldán-Arbieto L, Arango-Ochante PM, "Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano", realizaron un estudio de casos y controles, analítico y retrospectivo; la población fueron los partos vaginales o partos abdominales atendidos durante un periodo de 4 años. Como resultado, la cesárea anterior resultó un factor asociado a parto abdominal; la edad materna, edad gestacional, y los controles prenatales, el nivel educativo no son factores asociados a cesárea ($p > 0,05$). Sin embargo; sí fue un factor el número de hijos.¹³

Gonzales JJ, Teves KS en su estudio "Factores pronóstico asociados al éxito de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa en 2 hospitales del Perú, 2019-2020", hallaron que 3 de 10 mujeres dieron parto vaginal con dicho antecedente. Como factores asociados se encontraron: partos vaginales previos y

paridad. La principal causa de cesáreas anteriores fueron desproporción céfalo pélvica.¹

2.2 Bases teóricas

Después del antecedente de una cesárea, las mujeres pueden decidir entre intentar un parto vaginal después de cesárea y cesárea repetida electiva, siendo la ruptura uterina y sus consecuencias la más temida.¹⁴

Los beneficios médicos y obstétricos de TOLAC exitoso se derivan de evitar los posibles resultados adversos asociados con el parto por cesárea repetida. La mayor morbilidad materna asociada con TOLAC ocurre cuando se hace necesaria la cesárea intraparto, asociado con infección posoperatoria y otras morbilidades.¹⁵

ACOG recomienda realizar TOLAC en instituciones que puedan realizar una cesárea de emergencia en caso de una situación que amenace la vida de la madre o el feto.¹⁶

En un trial se menciona que el éxito de TOLAC no tiene mayor morbilidad si se someten a TOLAC que si se sometieran a una cesárea electiva. Por lo tanto, la selección de pacientes debe basarse en varios factores.¹⁷

La ACOG menciona recomendaciones con evidencia científica fuerte para TOLAC: las mujeres con un parto por cesárea anterior con una incisión transversal baja conocida, el misoprostol no debe usarse para la maduración cervical o inducción del trabajo de parto. La analgesia epidural para el trabajo de parto se puede utilizar como parte de TOLAC.¹⁶

Las consideraciones médicas para TOLAC incluyen indicación, tipo de incisión y número de cesáreas previas; factores físicos como dilatación cervical avanzada, borramiento y progresión del trabajo de parto; junto con la historia obstétrica como la paridad, la gravidez y antecedentes de parto vaginal. Factores demográficos maternos como la edad, el peso, la altura, y el origen étnico. Algunos factores no médicos incluyen decisión de la paciente, comodidad del proveedor con el método de parto, y tasas unitarias de parto vaginal exitoso.

A continuación, resumimos algunas características:

Mayor probabilidad de éxito para TOLAC exitoso:

1. Parto vaginal previo
2. Trabajo de parto espontáneo

Disminución de la probabilidad de un parto vaginal exitoso después de una cesárea

1. Indicación de cesárea por distocia del trabajo de parto
2. Edad materna avanzada
3. Origen étnico no blanco
4. Edad gestacional mayor de 40 semanas
5. Obesidad materna
6. Preeclampsia
7. Intervalo breve entre embarazo
8. Aumento del peso al nacer neonatal

Las contraindicaciones para el ensayo de trabajo de parto después de una cesárea (TOLAC) incluyen, entre otras, las siguientes situaciones.

1. Vasa previa o placenta previa completa
2. Posición fetal transversal
3. Prolapso del cordón umbilical
4. Parto por cesárea clásica anterior
5. Infección activa por herpes genital
6. Miomectomía previa que ingresa a la cavidad endometrial ¹⁷

2.3 Definiciones conceptuales

Cesárea: Es una intervención quirúrgica abdominal frecuente para el parto de un feto y la placenta. Las técnicas van a depender de la clínica de la madre –feto y las preferencias del cirujano.¹⁸

Embarazo: Según la OMS el embarazo inicia cuando el blastocito termina de adherirse a la pared uterina (5 o 6 días después de la fecundación) y atraviesa el

endometrio invadiendo el estroma. Este proceso finaliza cuando se reepiteliza el defecto de implantación y se completa la nidación. Esto se da entre los días 12 a 16 post fecundación. ¹⁹

Embarazo a término: Es el proceso por el cual el feto permanece intra útero por 40 semanas, contando del primer día del último período menstrual. Antes, se consideraba un embarazo a término el período de 3 semanas antes y 2 semanas después de la fecha estimada del parto. Sin embargo, la investigación ha identificado que los resultados neonatales, como la morbilidad respiratoria, varían dependiendo del momento del parto, incluso dentro de este periodo. La ACOG y el SMMF recomiendan que el concepto de “a término” se reemplace por las denominaciones:

- A término temprano: entre las 37 0/7 semanas a 38 6/7 semanas
- A término: 39 0/7 semanas hasta 40 6/7 semanas
- A término tardío: 41 0/7 semanas hasta 41 6/7 semanas
- Post término: 42 0/7 semanas en adelante

para describir los partos que ocurren antes o después de 37 semanas de gestación. ²⁰

Parto: Es la expulsión de un producto fetal con un peso mayor o igual a 500 gramos, lo que corresponde a más de 22 semanas de gestación. ²¹

Parto normal: En 1996, la OMS lo define como aquel que inicie de forma espontánea, de bajo riesgo desde el inicio del trabajo de parto hasta que ocurre el nacimiento. Se produce el nacimiento del producto en presentación cefálica y espontánea, entre las 37 y antes de las 42 semanas de gestación. El binomio madre - niño están bien. ²²

Prueba de trabajo de parto posterior a cesárea: se refiere a intentar de manera planificada un parto vaginal en una mujer que ha tenido un parto por vía abdominal anterior, independientemente del resultado. Se da la posibilidad de brindar a las mujeres un parto vaginal; se asocia con una menor morbimortalidad materna y un

menor riesgo de complicaciones en embarazos futuros, así como con una disminución de la tasa global de cesáreas.¹⁶

Tipos de incisiones uterina:

Incisión transversal segmentaria, es el tipo de incisión más usado en la práctica actual, porque al realizarse sobre el segmento uterino, esta zona es más vascularizada y es más fácil de suturar, conduce a una reducción de hemorragias y menor incidencia de abertura uterina o rotura en embarazos posteriores.

Incisión uterina vertical baja, particularmente en el parto de un bebé prematuro, donde no hay formación adecuada del segmento uterino y la incisión longitudinal puede facilitar el parto abdominal y reducir el trauma del parto mediante un mejor acceso intraoperatorio.

Incisión uterina "clásica" implica un corte vertical (hacia arriba y hacia abajo) en la parte superior del cuerpo uterino y es usado con menos frecuencia. Puede usarse cuando el bebé tiene distocia de presentación, como la transversal, en prematuro o si hay una placenta previa anterior.

Ocasionalmente, se realiza una incisión transversa en el segmento inferior y, durante el acto quirúrgico es necesario extender la incisión para obtener un mejor acceso o facilitar el parto del bebé. La incisión puede extenderse verticalmente formando una incisión en forma de T invertida (al revés). También, la incisión se puede extender verticalmente desde el final de la incisión transversal para formar una incisión en forma de J.¹⁸

2.4 Hipótesis

Existen características ante e intraparto asociadas al éxito de parto vaginal posterior a cesárea.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Este estudio es de carácter retrospectivo, transversal, de casos y controles.

3.2 Diseño de la investigación

Es retrospectivo debido a que tomará datos del periodo 2018 a 2020; es transversal porque recoge datos en un momento puntual del tiempo; y es de casos y controles porque comparará dos grupos de pacientes: gestantes que culminaron en cesárea posterior a cesárea como control; y pacientes que dieron parto vaginal posterior a cesárea como caso.

3.3 Población y muestra

Se revisó los libros de admisión y programa digital del servicio de Gineco Obstetricia, en la búsqueda de casos de gestantes con parto abdominal anterior que ingresaron por emergencia y consultorios externos del Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao, en el periodo enero 2018 y diciembre 2020, que en total suman 1245, de las cuales 756 dieron parto vaginal posterior a cesárea. Siendo los casos, las pacientes con TOLAC exitoso, y los controles las pacientes que terminaron en cesárea después de TOLAC.

La selección se basó en los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes con embarazos únicos

Edad gestacional mayor de 37 semanas de gestación

Antecedente de una incisión segmentaria transversa conocida

Pacientes con pelvis adecuada

Periodo entre gestaciones mayor a 18 meses

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes con antecedente de una incisión uterina en To J, y/o antecedente de cirugía uterina o rotura uterina previa.

Pacientes con condiciones obstétricas y/o médicas que contraindican un parto vaginal.

3.4 Operacionalización de variables

VARIABLES INDEPENDIENTES

FACTORES ANTEPARTO

- Edad materna
- Edad gestacional al ingreso hospitalario
- Partos vaginales previos
- Parto vaginal previo a la cesárea
- Parto vaginal posterior a la cesárea
- Causa de la cesárea previa
- Paridad
- Periodo Intergenésico.
- Ponderado Fetal por ecografía
- IMC materno pre gestacional
- Controles Prenatales Adecuados
- Nivel educativo
- Raza

FACTORES INTRAPARTO

- Trabajo de parto espontáneo
- Ruptura espontánea de membranas
- Trabajo de parto fase activa
- Bishop favorable
- Peso del recién nacido

VARIABLE DEPENDIENTE

Parto vaginal en cesárea previa

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE, RELACION Y NATURALEZA	CATEGORIA O UNIDAD
Edad materna	Número de años de vida del paciente desde su nacimiento, al momento de hospitalización	Número de años indicado	Razón	Independiente	<18 años = 0 18- <35 años =1 ≥ 35 años =2
Edad gestacional al ingreso hospitalario	Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento del neonato	Semanas completas a partir de la fecha de última menstruación confiable o ecografía precoz realizada.	Razón	Independiente	37- <40 semanas = 0 ≥ 40 - <42 semanas = 1 ≥ 42 semanas = 2
Partos vaginales previos	Antecedente de expulsión de un feto con peso mayor de 500 gramos, lo que corresponde a más de 22 semanas de gestación	Número de partos vaginales	Razón	Independiente	1 = 0 2 = 1 ≥ 3 = 2
Parto vaginal previo a la cesárea	Antecedente de expulsión de un feto con peso mayor de 500 gramos, lo que corresponde a más de 22 semanas de gestación, previo a una cesárea	Partos vaginal previo a la cesárea, independientemente de la cantidad	Nominal	Independiente	Si = 0 No = 1
Parto vaginal posterior a la cesárea	Antecedente de expulsión de un feto con peso mayor de 500 gramos, lo que corresponde a más de 22 semanas de gestación, posterior a una cesárea	Partos vaginal posterior a la cesárea, independientemente de la cantidad	Nominal	Independiente	Si = 0 No = 1
Causa de la cesárea anterior	Condición obstétrica por la cual se culmina la gestación por vía abdominal quirúrgica		Razón	Independiente	Trabajo de parto disfuncional =0 Inducción fallida =1 Sufrimiento fetal agudo =2 Preeclampsia severa=3 Otras causas=4
Paridad	Número total de embarazos que ha presentado una mujer, incluidos los abortos o embarazos fuera de útero	Número de hijos y/o abortos	Razón	Independiente	Secundípara= 0 Múltipara=1 Gran Múltipara=2
Periodo Intergenésico.	Tiempo en meses entre dos sucesos obstétricos. Puede ser un aborto o un parto.		Razón	Independiente	>18 meses – 60 meses=0 ≥ 60 meses=1
Ponderado Fetal	Peso fetal aproximado, que se realiza por ecografía en el momento de la evaluación obstétrica.	Peso fetal calculado por ecografía a través de una fórmula del operador midiendo el diámetro biparietal, circunferencia cefálica, longitud de fémur y circunferencia abdominal fetal.	Razón	Independiente	Menor a 2500 gr=0 2501 – 3800 gr=1 3800 - 4000 gr=2 ≥ 4000 gr=3
IMC materno pre gestacional	Es una relación obtenida entre el peso antes del embarazo y talla al cuadrado, de la paciente	Relación entre el peso y talla, la cual está definida como Delgadez IMC<18 Kg/m ² , Normal 18-25 Kg/m ² , Sobrepeso 25-<30 Kg/m ² , Obesidad leve 30 -<35	Ordinal	Independiente	<18.5= 0 18.5-24.9= 1 25.0-29.9= 2 30.0-34.5= 3 35.0-39.9= 4

		Kg/m2, Obesidad moderada 35- <40 Kg/m2, Obesidad severa >40 Kg/m2			≥ 40= 5
Controles Prenatales Adecuados	Acto obstétrico que tiene finalidad de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno que disminuya la morbilidad materna y perinatal.	Número de controles prenatales que figuran en el carnet de seguimiento de la gestante, la cual se define como ≥ 6	Nominal	Independiente	Si = 0 No = 1
Nivel educativo	Grado más elevado de estudios realizados completados.	Definida como el grado de estudios cursado y culminado: Analfabeta, Primaria, Secundaria, Técnico Superior ,Universitario	Ordinal	Independiente	Analfabeta = 0 Primaria = 1 Secundaria = 2 Técnico Superior = 3 Universitario= 4
Raza	Es un concepto utilizado para unificar a las personas de un grupo de acuerdo a factores ancestrales e identidad social.	Conjunto de personas que comparten características similares.	Razón	Independiente	Blanca =0 Hispana=1 Afroamericana =2 Otros=3
Trabajo de parto espontáneo	Definida como presencia de contracciones uterinas e inicio de dilatación de parto		Nominal	Independiente	Si = 0 No = 1
Ruptura espontánea de membranas	Solución de continuidad de las membranas corion y amnios, con salida de líquido amniótico vía vaginal.		Nominal	Independiente	Si = 0 No = 1
Trabajo de parto fase activa	Situación en la que se presenta contracciones uterinas dolorosas y regulares, con un dilatación del cuello cervical.	Definida como dilatación cervical mayor a 6 cm a la primera evaluación	Nominal	Independiente	Si = 0 No = 1
Bishop favorable	Se refiere a un índice que evalúa las condiciones del cérvix y la altura de presentación en el examen de tacto vaginal, para inducción de trabajo de parto.	Definida como una puntuación mayor a 6, de acuerdo a la dilatación, acortamiento, altura de presentación, posición y consistencia del cérvix.	Nominal	Independiente	Si = 0 No = 1
Peso del recién nacido	Se refiere al peso en gramos del producto posterior al parto.	Definida como Recién nacido con bajo peso al nacer por debajo de 2500 gramos y macrosomia fetal por encima de los 4000 gramos.	Razón	Independiente	Menor a 2500 gr=0 2501 – 3999 gr=1 >de 4000 gr=2
Parto vaginal en cesárea previa	Paciente que haya podido lograr un parto vaginal, con historia obstétrica de un parto quirúrgico.	Expulsión de producto fetal y anexos por vía vaginal.	Nominal	Dependiente	Si = 0 No = 1

Técnicas de recolección de datos. Instrumentos

Para determinar la población a estudiar se utilizó el Libro de Admisión de Emergencia de Obstetricia y el programa digital de acceso a Consultorio Externo a través del CIE 10 de Cesárea Previa.

Para la identificación de los factores ante e intraparto se utilizó un formulario de recolección de datos (ver el Anexo 2), los cuales fueron tomadas de datos provenientes de las Historias Clínicas de las pacientes.

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

Los datos recolectados sobre las variables se subirán al sistema del SPSS Y Excel. Los análisis se realizarán usando la estadística descriptiva y la prueba chi² con un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$).

3.6 Aspectos éticos

El presente estudio no atenta contra los valores sociales ni las buenas costumbres, al utilizar como instrumento una base de datos y ser de carácter confidencial.

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

Se utilizará recursos humanos para la recolección de datos del archivo de historias clínicas y dos ordenadores para la interpretación de resultados.

4.2 Cronograma

ACTIVIDADES AÑO 2021	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C
Recolección de datos												
Procesamiento de la información												
Interpretación de Resultados												

4.3 Presupuesto

El presente estudio se realiza con financiación del autor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzales JJ, Teves KS. Factores pronóstico asociados al éxito de parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa en 2 hospitales del Perú, 2019-2020. https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/4049/Jorge_Kevin_Tesis_bachiller_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Fonseca JE, Rodriguez JL and Maya SD, Validation of a predictive model for successful vaginal birth after cesarean section. *Colomb Med (Cali)*. 2019; 50(1): 13-21.
3. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Organización Mundial de la Salud 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=B73EADD12A48E3DC8A7070FBDBE2AE60?sequence=1
4. Vargas AT et al. Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital. *Rev peru ginecol obstet*. 2013;59: 261-266
5. Alva JC. Características asociadas al éxito o fracaso de la prueba de parto vaginal en cesareada anterior en el Instituto Nacional Materno Perinatal julio-diciembre 2010.
6. Sepúlveda-Mendoza DL et al en su estudio. Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea. *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83:743749.
7. Kiwan R, Al Qahtani N. Outcome of Vaginal Birth after Cesarean Section: A Retrospective Comparative Analysis of Spontaneous Versus Induced Labor in Women with One Previous Cesarean Section. *Ann Afr Med*. 2018;17(3):145-50
8. Fox NS et al. Vaginal birth after a cesarean delivery for arrest of descent. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 18 de agosto de 2019;32(16):2638-42.
9. Tsai HT, Wu C-H. Vaginal birth after cesarean section—The world trend and local experience in Taiwan. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 1 de febrero de 2017;56(1):41-5.

10. Ayachi A et al. Predictors of birth outcomes related to women with a previous caesarean section: experience of a Motherhood Center, Bizerte. *Pan Afr Med J*. 10 de octubre de 2016; 25:76.
11. Krispin E et al. Association between prior vaginal birth after cesarean and subsequent labor outcome. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. abril de 2018;31(8):1066-72.
12. Marca D. "Causas relacionadas a labor de parto eutócico exitoso en gestantes con parto abdominal previo" [TESIS], Tacna, Perú. 2019
13. Sinchitullo Castillo AE, Roldán-Arbieto L, Arango-Ochante PM. Factors associated with cesarean delivery in a Peruvian Hospital. *Rev Fac Med Humana*. 9 de julio de 2020;20(3):452-9.
14. Mooney SS, Hiscock R, Clarke ID, Craig S. Estimating success of vaginal birth after caesarean section in a regional Australian population: Validation of a prediction model. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2019;59(1):66-70.
15. Torri D Metz, MD. Choosing the route of delivery after cesarean birth. Uptodate. 2021 Ver link www.uptodate.com
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Vol. 133, nº. 2, February 2019.
17. Rezai S et al. Trial of Labor after Cesarean for Vaginal Birth after Previous Cesarean Section Versus Repeat Cesarean Section; A Review *Obstet Gynecol Int J* 2016, 4(6): 00135
18. Dodd JM. Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 7. Art. No.: CD004732.
19. Menéndez GE et al. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol* vol.38 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2012
20. Pérez R, Gregorio D. Definición de embarazo a término. *Rev Obstet Ginecol Venez* vol.73 no.4 Caracas dic. 2013

21. www.ilogica.cl I-. Manual de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina UC [Internet]. Escuela de Medicina. [citado 05 de febrero de 2022].
22. www.servicios.infoleg.gob.ar. Atención del parto normal [Internet]. [citado 05 de febrero de 2022].

ANEXO

1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA
¿Cuáles son las características asociadas a parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018 – 2020?	<p>Objetivo Principal</p> <p>Identificar las características asociadas a parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el periodo 2018 – 2020</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar la tasa de éxito de parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018 – 2020.</p> <p>Indicar el ponderado fetal por ecografía que lleva a aplicar TOLAC o parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018 – 2020.</p> <p>Indicar el peso de recién nacido en pacientes con éxito de parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018 – 2020.</p> <p>Establecer las causas de las cesáreas previas en pacientes con parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018 – 2020.</p> <p>Determinar las características anteparto de pacientes con parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018 – 2020.</p> <p>Determinar las características intraparto de pacientes con parto vaginal posterior a cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo 2018 – 2020.</p>	Existen características ante e intraparto asociadas al éxito de parto vaginal posterior a cesárea.	<p>VARIABLES INDEPENDIENTES</p> <p>FACTORES ANTEPARTO</p> <p>Edad materna</p> <p>Edad gestacional al ingreso hospitalario</p> <p>Partos vaginales previos</p> <p>Parto vaginal previo a la cesárea</p> <p>Parto vaginal posterior a la cesárea</p> <p>Causa de la cesárea anterior</p> <p>Paridad</p> <p>Periodo Intergenésico.</p> <p>Ponderado Fetal por ecografía</p> <p>IMC materno pre gestacional</p> <p>Controles Prenatales Adecuados</p> <p>Nivel educativo</p> <p>Raza</p> <p>FACTORES INTRAPARTO</p> <p>Trabajo de parto espontáneo</p> <p>Ruptura espontánea de membranas</p> <p>Trabajo de parto fase activa</p> <p>Bishop favorable</p> <p>Peso del recién nacido</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Parto vaginal en cesárea previa</p>	<p>Tipo de estudio</p> <p>El presente estudio es retrospectivo, transversal, de casos y controles.</p> <p>Diseño de la investigación</p> <p>Es retrospectivo debido a que tomará datos del periodo 2018 a 2020; es transversal porque recoge datos en un momento puntual del tiempo; y es de casos y controles porque comparará dos grupos de pacientes: gestantes que culminaron en cesárea posterior a cesárea como control; y pacientes que dieron parto vaginal posterior a cesárea como caso.</p>	<p>Durante el periodo enero 2018 y diciembre 2020 se tiene un total de 1245 pacientes, de las cuales 756 dieron parto vaginal posterior a cesárea.</p> <p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</p> <p>Pacientes con embarazos únicos</p> <p>Edad gestacional mayor de 37 semanas de gestación</p> <p>Antecedente de una cesárea segmentaria transversa baja conocida</p> <p>Pacientes con pelvis adecuada</p> <p>Periodo intergenésico mayor a 18 meses</p> <p>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:</p> <p>Pacientes con antecedente de una incisión uterina corporal o en T/J, y/o antecedente de cirugía uterina o rotura uterina previa.</p> <p>Pacientes con complicaciones médicas u obstétricas que contraindican el parto vaginal.</p>

2. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS N° _____

Nº HCL: _____ (MARCAR CON X) Edad de paciente:		IMC materno pre gestacional																			
<table border="1"> <tr><td><18 años</td><td></td></tr> <tr><td>18- <35 años</td><td></td></tr> <tr><td>≥ 35 años</td><td></td></tr> </table>		<18 años		18- <35 años		≥ 35 años		<table border="1"> <tr><td><18.5</td><td></td></tr> <tr><td>18.5-24.9</td><td></td></tr> <tr><td>25.0-29.9</td><td></td></tr> <tr><td>30.0-34.5</td><td></td></tr> <tr><td>35.0-39.9</td><td></td></tr> <tr><td>≥ 40</td><td></td></tr> </table>		<18.5		18.5-24.9		25.0-29.9		30.0-34.5		35.0-39.9		≥ 40	
<18 años																					
18- <35 años																					
≥ 35 años																					
<18.5																					
18.5-24.9																					
25.0-29.9																					
30.0-34.5																					
35.0-39.9																					
≥ 40																					
Edad gestacional al ingreso hospitalario		Controles Prenatales Adecuados																			
<table border="1"> <tr><td>37- <40 semanas</td><td></td></tr> <tr><td>≥ 40 - <42 semanas</td><td></td></tr> <tr><td>≥ 42 semanas</td><td></td></tr> </table>		37- <40 semanas		≥ 40 - <42 semanas		≥ 42 semanas		<table border="1"> <tr><td>Si</td><td></td></tr> <tr><td>No</td><td></td></tr> </table>		Si		No									
37- <40 semanas																					
≥ 40 - <42 semanas																					
≥ 42 semanas																					
Si																					
No																					
Partos vaginales previos		Nivel educativo																			
<table border="1"> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>≥ 3</td><td></td></tr> </table>		1		2		≥ 3		<table border="1"> <tr><td>Analfabeta</td><td></td></tr> <tr><td>Primaria</td><td></td></tr> <tr><td>Secundaria</td><td></td></tr> <tr><td>Técnico Superior</td><td></td></tr> <tr><td>Universitario</td><td></td></tr> </table>		Analfabeta		Primaria		Secundaria		Técnico Superior		Universitario			
1																					
2																					
≥ 3																					
Analfabeta																					
Primaria																					
Secundaria																					
Técnico Superior																					
Universitario																					
Parto vaginal previo a la cesárea		Raza																			
<table border="1"> <tr><td>Si</td><td></td></tr> <tr><td>No</td><td></td></tr> </table>		Si		No		<table border="1"> <tr><td>Blanca</td><td></td></tr> <tr><td>Hispana</td><td></td></tr> <tr><td>Afroamericana</td><td></td></tr> <tr><td>Otros</td><td></td></tr> </table>		Blanca		Hispana		Afroamericana		Otros							
Si																					
No																					
Blanca																					
Hispana																					
Afroamericana																					
Otros																					
Parto vaginal a posterior a la cesárea		Trabajo de parto espontáneo																			
<table border="1"> <tr><td>Si</td><td></td></tr> <tr><td>No</td><td></td></tr> </table>		Si		No		<table border="1"> <tr><td>Si</td><td></td></tr> <tr><td>No</td><td></td></tr> </table>		Si		No											
Si																					
No																					
Si																					
No																					
Causa de la cesárea anterior		Ruptura espontánea de membranas																			
<table border="1"> <tr><td>Trabajo de parto disfuncional</td><td></td></tr> <tr><td>Inducción fallida</td><td></td></tr> <tr><td>Sufrimiento fetal agudo</td><td></td></tr> <tr><td>Preeclampsia severa</td><td></td></tr> <tr><td>Otras causas</td><td></td></tr> </table>		Trabajo de parto disfuncional		Inducción fallida		Sufrimiento fetal agudo		Preeclampsia severa		Otras causas		<table border="1"> <tr><td>Si</td><td></td></tr> <tr><td>No</td><td></td></tr> </table>		Si		No					
Trabajo de parto disfuncional																					
Inducción fallida																					
Sufrimiento fetal agudo																					
Preeclampsia severa																					
Otras causas																					
Si																					
No																					
Paridad		Trabajo de parto fase activa																			
<table border="1"> <tr><td>Secundípara</td><td></td></tr> <tr><td>Multipara</td><td></td></tr> <tr><td>Gran Multipara</td><td></td></tr> </table>		Secundípara		Multipara		Gran Multipara		<table border="1"> <tr><td>Si</td><td></td></tr> <tr><td>No</td><td></td></tr> </table>		Si		No									
Secundípara																					
Multipara																					
Gran Multipara																					
Si																					
No																					
Periodo Inter-genésico.		Bishop favorable																			
<table border="1"> <tr><td>>18 meses – 60 meses</td><td></td></tr> <tr><td>≥ 60 meses</td><td></td></tr> </table>		>18 meses – 60 meses		≥ 60 meses		<table border="1"> <tr><td>Si</td><td></td></tr> <tr><td>No</td><td></td></tr> </table>		Si		No											
>18 meses – 60 meses																					
≥ 60 meses																					
Si																					
No																					
Ponderado Fetal		Peso del recién nacido																			
<table border="1"> <tr><td>Menor a 2500 gr</td><td></td></tr> <tr><td>2501 – 3800 gr</td><td></td></tr> <tr><td>3800 - 4000 gr</td><td></td></tr> <tr><td>≥ 4000 gr</td><td></td></tr> </table>		Menor a 2500 gr		2501 – 3800 gr		3800 - 4000 gr		≥ 4000 gr		<table border="1"> <tr><td>Menor a 2500 gr</td><td></td></tr> <tr><td>2501 – 3800 gr</td><td></td></tr> <tr><td>≥ 4000 gr</td><td></td></tr> </table>		Menor a 2500 gr		2501 – 3800 gr		≥ 4000 gr					
Menor a 2500 gr																					
2501 – 3800 gr																					
3800 - 4000 gr																					
≥ 4000 gr																					
Menor a 2500 gr																					
2501 – 3800 gr																					
≥ 4000 gr																					
		¿Culmino en parto vaginal?																			
		<table border="1"> <tr><td>Si</td><td></td></tr> <tr><td>No</td><td></td></tr> </table>		Si		No															
Si																					
No																					

3. Solicitud de permiso institucional

SOLICITUD DE PERMISO

**Señor DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
S.D.**

Yo, Betsaida Gximena Hotuya Conde, identificada con DNI 47024149, Médico Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia, solicito permiso para acceder a las historias clínicas para realizar el Proyecto de Tesis: CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO DURANTE EL PERIODO 2018 – 2020, lo cual es necesario para la titulación de la especialización.

Por lo expuesto, sirva acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Atte

Betsaida Gximena Hotuya Conde

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO DURANTE EL PERIODO 2018 - 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	1library.co Fuente de Internet	3%
3	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	2%
4	www.scielo.org.co Fuente de Internet	2%
5	zagan.unizar.es Fuente de Internet	1%
6	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	docplayer.es Fuente de Internet	1%

9	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1 %
10	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
11	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	1 %
12	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	1 %
13	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	1 %
14	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1 %
15	www.escogitare.com Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo