

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA  
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOMÉDICAS  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO DE CHIHUAHUA:  
DR. JESUS ENRIQUE GRAJEDA HERRERA**



**“PREVALENCIA DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN  
PACIENTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL  
ESTADO DE CHIHUAHUA”**

POR:

**DRA. CAROLINA PALACIO ESCALANTE**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

CHIHUAHUA, CHIHUAHUA.


5 DE AGOSTO DEL 2024

**“PREVALENCIA DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN  
PACIENTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL CENTRAL  
DEL ESTADO DE CHIHUAHUA”**



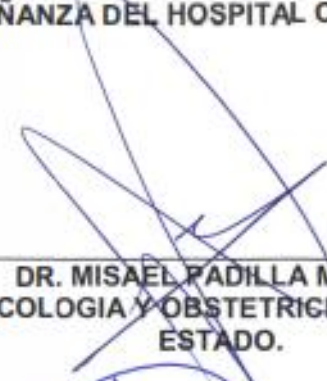
---

**DR. SAID ALEJANDRO DE LA CRUZ REY  
SECRETARIO DE INVESTIGACION Y POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
Y CIENCIAS BIOMEDICAS, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA.**



---

**DRA. MEGNY GONZALEZ RAMÍREZ  
JEFA DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO.**




---

**DR. MISAEL PADILLA MOLINA  
JEFE DE DIVISION GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL  
ESTADO.**



---

**DR. BERNARDO OCTAVIO ENRIQUEZ GUILLEN  
COORDINADOR ACADÉMICO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**



---

**DR. BERNARDO OCTAVIO ENRIQUEZ GUILLEN  
DIRECTOR DE TESIS.**

## RESUMEN

### “PREVALENCIA DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO DE CHIHUAHUA”

Durante décadas, se han emprendido esfuerzos para promover el parto vaginal en mujeres con historial de cesárea, con el objetivo de reducir las tasas de cesáreas repetidas en pacientes elegibles para parto vaginal. Estas incluyen gestantes a término con un solo feto en posición cefálica, intervalo intergenésico adecuado (de 2 años o más), pelvis adecuada, y una cicatriz previa transversal segmentaria, sin condiciones médicas que contraindiquen el parto vaginal. Sin embargo, estos esfuerzos han sido acompañados por un aumento en las complicaciones materno-fetales, como la rotura uterina, hemorragia obstétrica, entre otros. El objetivo del estudio es identificar la prevalencia de complicaciones obstétricas en pacientes con cesárea previa en el Hospital Central del Estado de Chihuahua mediante un diseño observacional, de cohorte retrospectiva. La información se analizará mediante la prueba T de Student para variables continuas entre grupos y para las variables categóricas se utilizará la prueba de  $X^2$ , con significancia de  $p < 0.05$ .

Se demostró que la tasa de complicaciones y las comorbilidades en la atención del parto en pacientes con 1 cesárea previa no son significativas; La tasa de partos en pacientes con 1 cesárea previa es mayor que la de cesáreas. Es mayor la tasa de partos en pacientes que ingresan con ruptura de membranas. El éxito del parto vaginal en pacientes con cesárea previa es proporcional al número de partos previos.

**Palabras clave:** Parto vaginal, cesárea, cesárea iterativa, complicaciones obstétricas, Chihuahua.

## ABSTRACT

*“PREVALENCE OF OBSTETRICAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH PREVIOUS CESAREAN SECTION IN THE CENTRAL HOSPITAL OF THE STATE OF CHIHUAHUA.”*

*For decades, efforts have been undertaken to promote vaginal delivery in women with a history of cesarean section, with the goal of reducing repeat cesarean rates in patients eligible for vaginal delivery. These include full-term pregnant women with a single fetus in cephalic position, adequate intergestational interval (2 years or more), adequate pelvis, and a previous transverse segmental scar, with no medical conditions contraindicating vaginal delivery. However, these efforts have been accompanied by an increase in maternal-fetal complications, such as uterine rupture, obstetric hemorrhage, among others. The objective of the study is to identify the prevalence of obstetric complications in patients with previous cesarean section in the Central Hospital of the State of Chihuahua by means of an observational, retrospective cohort design. The information will be analyzed using Student's t-test for continuous variables between groups and for categorical variables the X<sup>2</sup> test will be used, with significance of  $p < 0.05$ .*

*It was shown that the rate of complications and comorbidities in delivery care in patients with 1 previous cesarean section are not significant; The rate of deliveries in patients with 1 previous cesarean section is higher than that of cesarean sections. The rate of deliveries in patients admitted with ruptured membranes is higher. The success of vaginal delivery in patients with previous cesarean section is proportional to the number of previous deliveries.*

**Keywords:** *Vaginal delivery, cesarean section, iterative cesarean section, obstetric complications, Chihuahua.*

Oficio No. HCINVESTIGACION/48/2024  
Chihuahua, Chih. 14 de julio 2024

**DRA. MEGNY GONZALEZ RAMIREZ**  
JEFA DE ENSEÑANZA MEDICA HOSPITAL CENTRAL  
DEL ESTADO.  
**P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informamos que el alumno **Carolina Palacio Escalante** presento los resultados del trabajo **Prevalencia de complicaciones obstétricas en pacientes con cesárea previa en el Hospital Central del Estado de Chihuahua** a nuestro comité de investigación, por lo cual queda liberada por parte del comité para continuar con los tramites subsecuentes en su proceso de titulación.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, me despido quedando de usted para cualquier aclaración.



Atentamente

  
**Dr. Luis Bernardo Enríquez Sánchez**  
Coordinador del Comité de Investigación  
Hospital Central Del Estado.



**ICHISAL**  
INSTITUTO CHIHUAHUENSE  
DE SALUD

"2023. Año del centenario de la Muerte del General Francisco Villa"  
"2023, Cien Años del Rotarismo en Chihuahua"  
Calle Rosales No. 3302, Col. obrera Chihuahua, Chih. Méxco C.P. 31000.  
Teléfono (614) 429-3300.  
[www.chihuahua.gob.mx/secretariadesalud](http://www.chihuahua.gob.mx/secretariadesalud)



## INDICE

Conceptos.....	1
Marco teórico.....	3
Marco conceptual.....	9
Justificación.....	11
Planteamiento del problema.....	12
Objetivo.....	14
Hipótesis.....	14
Materiales y Métodos.....	15
Diseño de estudio.....	15
Universo de estudio.....	15
Lugar de estudio.....	15
Técnica de muestreo.....	15
Criterios de selección.....	17
Criterios de inclusión.....	17
Criterios de exclusión.....	17
Criterios de eliminación.....	17
Operacionalización de variables.....	18
Variable dependiente.....	18
Variable independiente.....	18
Terceras variables.....	19
Análisis estadístico.....	20
Consideraciones éticas.....	20
Recursos.....	22
Financiamiento.....	22
Factibilidad.....	23
Metodología operacional.....	23
Cronograma de actividades.....	24
Resultados.....	25
Discusión.....	32
Conclusión.....	33
Referencias bibliográficas.....	34
Anexos.....	38
Aviso de privacidad.....	39
Hoja de recolección de datos.....	42



## CONCEPTOS

- Feto/ producto: Resultado de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.
- Parto normal: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que culminan en el nacimiento por vía vaginal del feto a partir de la semana 22 de gestación. El parto a su vez se divide en 3 periodos: Dilatación (primer periodo), expulsión (segundo periodo), alumbramiento (tercer periodo).
- Parto complicado: Situación médica o fetal que impide que el parto progrese de manera normal.
- Parto vaginal después de un nacimiento por cesárea (PVDC): es el nacimiento, por medio de parto vaginal de un feto mayor de 20 semanas en mujeres que tienen antecedente de cesárea.
- Prueba de trabajo de parto: Es una evaluación que se realiza para ver si la gestante es capaz de tener un parto vaginal o amerita operación cesárea.
- Prueba de parto exitosa (PPE): Es el nacimiento, por medio de parto vaginal, posterior a inducción y conducción del trabajo de parto.
- Prueba de parto fallida: Es cuando se somete a la paciente a una prueba de trabajo de parto, misma que no se concreta, puede ser por causas maternas o fetales, finalizando en un parto por cesárea.
- Prueba de parto después de una cesárea (PPDC): Prueba de trabajo de parto en la paciente que tiene antecedente de un parto por cesárea hace >2 años, independientemente de si ha tenido partos antes o posterior a ésta.
- Inducción del trabajo de parto: Son las acciones o procedimientos realizados con el fin de desencadenar el trabajo de parto por medios farmacológicos, mecánicos, o ambos en un intento de que el parto tenga lugar por vía vaginal.
- Conducción del trabajo de parto: Es la acción o procedimiento dirigido a estimular la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones del útero luego iniciado el trabajo de parto espontáneo.



- Parto por cesárea: Procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo el nacimiento del feto, a partir de las 22 semanas de gestación, mediante la incisión en la pared abdominal y uterina.
- Cesárea Previa: Paciente con un parto previo a través de una cesárea.
- Cesárea Iterativa: Es la cesárea que debe repetirse, por contar con antecedente de dos o más cesáreas previas. 1
- Cesárea de Urgencia: Es el nacimiento que se produce por cesárea cuando ésta no fue programada o electiva, siendo de urgencia por causas maternas o fetales.
- Ruptura uterina: Es la pérdida de la continuidad de las paredes uterinas; ésta puede ser parcial o total y se considera una catástrofe obstétrica.
- Resultado perinatal adverso: Complicaciones maternas y neonatales derivadas del nacimiento del producto, las cuales pueden incluir, en el caso de la madre, hemorragia obstétrica, presentación fetal anómala, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, acretismo placentario, trabajo de parto prolongado, ruptura uterina, necesidad de realización de histerectomía, lesiones de vasos sanguíneos o de algún órgano pélvico o incluso la muerte. En el caso del feto puede ocurrir el trauma obstétrico, encefalopatía hipóxica isquémica, la necesidad de ingresar a unidad de cuidados intensivos neonatales, óbito o muerte neonatal.
- Maduración cervical: Proceso por el cual, mediante el uso de medicamentos, se ayuda a favorecer las condiciones cervicales con el fin de mejorar los resultados de la inducción del parto, lo que se traduciría en la disminución del tiempo de trabajo de parto y disminución del riesgo de cesárea.
- Periodo Intergenésico: Según la Organización Mundial de la Salud se considera el tiempo entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo (por fecha de última menstruación). El evento obstétrico puede ser un aborto o un nacimiento, ya sea por vía vaginal o por cesárea.
- Edad Materna Avanzada (EMA): Son las mujeres  $\geq 35$  años que cursan con un embarazo.
- FCF: Frecuencia Cardíaca Fetal.
- IMC: Índice de Masa Corporal.
- Macrosomía fetal: Peso fetal  $\geq 4000$  gr.





## MARCO TEÓRICO

El parto normal es el proceso fisiológico por el cual la mujer da lugar al nacimiento del producto de la gestación a término. Su inicio es espontáneo, normalmente evoluciona adecuadamente hasta finalizar con la expulsión del producto, y no se requieren de otras intervenciones más que el manejo integral de la paciente y el producto. <sup>2</sup>

### Tipos de Parto

- **Vaginal.** Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del producto de 22 semanas o más. Se divide en 3 periodos: Dilatación (primer periodo), expulsión (segundo periodo), alumbramiento (tercer periodo). El parto vaginal puede ser instrumentado, el cual se lleva a cabo con la utilización de fórceps, espátulas o ventosas.
- **Cesárea.** Procedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer el producto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más a través de una incisión en la pared abdominal y uterina. Puede ser programada por motivos de salud de la madre o del producto o ser necesaria durante el transcurso del trabajo de parto. <sup>3</sup>

### Historia del parto

Se piensa que el parto en los tiempos antiguos lo llevaba la gestante de manera solitaria, sin intervención de algún ayudante o matrona. Esto se describió en Grecia cuando Homero en un verso del himno a Apolo relata el cuadro típico del parto solitario: *“Apolo, hijo de Júpiter y de Latona, va a nacer. Ilitia, árbitro de los dolores vuela a Delos donde está Latona. Ésta, sintiéndose próxima a parir, se sobrecoge, y abrazándose a una palmera, apoya las rodillas en el tierno césped. La tierra entonces le sonríe y nace Apolo”*. Desde tiempos remotos, las mujeres han sido atendidas por mujeres, el parto lo desarrollaban en cuclillas, en el suelo o sobre ladrillos. Hacia el año de 1500 a.C. se documentaron las primeras cesáreas posmortem. Fue hasta el año de 100 d.C. en el que Sorano de Efeso, considerado el padre de la Ginecología y Obstetricia escribió su obra



maestra sobre “Las enfermedades de las mujeres” el cual se usó de guía por más de 15 siglos. En su obra describió maniobras para a atención del parto, distocias, etcétera.

En la época del renacimiento aparecieron textos para la atención de mujeres embarazadas y comadronas. En 1513 Eucharius Roslin escribió el libro “el Jardín Rosa” apoyado en los escritos de Sorano, el cual permaneció como el texto más popular sobre el arte de la atención del parto hasta el siglo XVII y contenía escritos sobre la atención del parto, así como de la alimentación durante el embarazo. La primera cesárea, de la que se tiene conocimiento exacto se realizó en Alemania por Geónimo Tautmann, el 21 de abril de 1610. Fue hasta el año 1862 se describió por primera vez la rotura uterina. 4 Desde aquel tiempo en la prehistoria, las acciones llevadas a cabo en las gestantes, tales como la asepsia, medición de la altura uterina, auscultación de los latidos cardíofetales, la evaluación de los movimientos fetales en búsqueda de reconocer el estado fetal y todo lo ya descrito, han sido un hito en la obstetricia.

Con estas prácticas se ha logrado, a lo largo de los años hasta el día de hoy una mejora en la atención de la paciente gestante, así como una notable disminución en la morbimortalidad materna y fetal

### **Antecedentes de parto en México**

Los primeros registros de partos en México datan de la época prehispánica, en donde las parteras eran quienes asistían los procesos de parto, los cuales se relacionaban con cuestiones religiosas. Estas perdieron popularidad tras la conquista, y la partería se occidentalizó, prohibiendo algunas prácticas y conocimientos de la antigua medicina mexicana ya que la religión católica, impuesta en América durante esta época, consideraba el parto como un estado sucio o de enfermedad.

Las mujeres que se continuaron dedicando a la partería rechazaron las nuevas prácticas exigidas por la supremacía médica del virreinato y mantuvieron la mayoría de sus costumbres, prácticas y creencias para disminuir el tiempo del trabajo de parto, así como el dolor obstétrico. Con el paso de los años, los sectores de salud se fueron ampliando y con la llegada de la operación cesárea de redujo el porcentaje de partos vaginales,



sin embargo, con el paso de los años esta se ha vuelto una práctica cotidiana, muchas veces sin indicación absoluta y México actualmente ocupa los primeros lugares a nivel mundial en nacimientos por cesárea. <sup>5</sup>

### **Teorías del parto posterior a cesárea**

Según la guía de práctica clínica, el parto vaginal después de cesárea la tasa de éxito oscila entre el 72 y el 76%, y el riesgo de rotura uterina es <1%. <sup>3</sup>

Son muchas las causas que dan lugar a nacimiento por cesárea no justificado. Como se comenta en el trabajo de Muñoz-Enciso et al. (2011), una de las principales causas diagnosticadas por causa de cesárea en México es el antecedente de cesárea previa <sup>6</sup>. En realidad, los autores asociaron la realización de cesárea de repetición por antecedente de cesárea con una multiplicación de la atención obstétrica, tanto en nosocomios públicos como privados, que no permiten tener la atención adecuada, de forma que se puede abreviar el tiempo de trabajo de parto y se evitan conflictos.

La ruptura uterina ocurre cuando hay un desequilibrio entre la tensión de la cicatriz y su fuerza, y ocurre durante la segunda etapa del trabajo de parto, cuando aumenta la presión intrauterina. Principalmente se encuentra asociada a algún factor de riesgo como una dehiscencia de cicatriz uterina previa (ya sea por cesárea, miomectomía, etc.), estimulación excesiva con oxitocina, parto vaginal espontáneo rápido, presentación transversa no reconocida, desproporción cefalopélvica o en pacientes múltiparas <sup>7,8</sup>. Sin embargo, como ya se comentó, al contar con el antecedente de una cesárea, el riesgo incrementa a un 1%.

La ruptura uterina se puede manifestar de las siguientes maneras:

1. Dolor abdominal intenso, que irradia al hombro debido a irritación subdiafragmática por la sangre intra abdominal; dolor en la zona de la cicatriz;
2. Hipotensión materna que puede llevar a shock y muerte materna.
3. Bradicardia fetal hasta muerte fetal <sup>8</sup>.

Es prudente la utilización de analgesia en dosis bajas mediante catéter en perfusión continua, sin embargo, ésta debe permanecer en dosis bajas para no enmascarar el dolor



en caso de que se presente ruptura uterina o dehiscencia de la cicatriz uterina. Se recomienda, siempre que sea posible, la monitorización fetal continua.

Se sospecha de ruptura uterina cuando hay un desequilibrio entre tensión en la cicatriz y la fuerza de la contracción. Según esta observación la rotura uterina ocurre en la última parte de la fase activa o en la segunda etapa del trabajo de parto, cuando las presiones intrauterinas son mayores <sup>9</sup>.

Elkousy y cols., presentaron una revisión de 9,960 mujeres con antecedente de una cesárea, con prueba de trabajo de parto.

Las separaron por grupos, los cuales estaban formados, el primer grupo por gestantes con antecedente de una sola cesárea previa; el segundo grupo por gestantes con antecedente de parto vaginal después de una cesárea; el tercer grupo, por gestantes con antecedente de una cesárea y parto vaginal antes de ésta; y el cuarto, por gestantes con antecedente de parto vaginal antes y después de una cesárea. En los resultados encontraron una tasa del 74% de nacimientos por vía vaginal (1:65%; 2:94%; 3:83%; 4:93%). La tasa de ruptura uterina fue más elevada (3.6%) en las gestantes del primer grupo con producto de peso de 4 kg (riesgo relativo 2,3  $p < 0,001$ ). <sup>10,11</sup>.

En cuanto al impacto de histerorrafia simple o de 1 plano vs la de 2 planos se ha encontrado que el riesgo de rotura uterina en mujeres con 1 cesárea anterior con histerorrafia simple en comparación con el cierre en 2 planos <sup>12</sup>.

Hablando del periodo intergenésico sabemos que cuando es menor de 24 meses conlleva un mayor riesgo de ruptura uterina, el cual, asociado a cierre anterior de histerorrafia en 1 plano tiene un riesgo de ruptura de hasta 5.6% <sup>10</sup>.

### **Manejo e indicaciones del parto por vía vaginal y por cesárea**

La OMS recomienda mantener un porcentaje de cesárea entre 10 y el 15% y la Norma Oficial Mexicana 007 establece un máximo porcentaje entre 15 y 20%, y refiere que tasas por encima de esta son señales de un inadecuado manejo obstétrico y que no están asociadas con una reducción de la tasa de mortalidad materno fetal. <sup>13,14</sup>.



Hay nuevos estudios, los cuales demuestran que, si la tasa de cesárea es cercana al 10% a nivel poblacional, disminuye considerablemente el número de defunciones materno fetales, pero cuando la frecuencia supera el 10%, no hay registros de que mejoran las tasas de mortalidad.

Es por eso que el aumento a nivel mundial del índice de cesárea se ha tornado en un grave problema de salud a nivel mundial, y es tema de discusión debido al alto riesgo materno y fetal perinatal, por los costos que conlleva el tipo de atención obstétrica y por la desigualdad en la disponibilidad de los servicios de salud. El incremento en los índices de cesárea se puede contemplar principalmente en los países desarrollados y subdesarrollados, y difiere notablemente con los bajos índices de cesárea observados en los países poco desarrollados y con falta de acceso a atención obstétrica de urgencia. La OMS señala que en África central solo el 1.8% de todos los partos de nacidos vivos se producen por cesárea, comparado al 24.3% en América del Norte, y el 31% en América Central. En 2017, México ocupó el segundo lugar en la tasa de cesáreas, tanto en los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) como a nivel mundial (46.8 y 48.7%, respectivamente)<sup>15, 16</sup>.

El parto vaginal siempre será la vía de parto preferida, salvo en algunos casos individualizados, por lo que se puede incentivar esta práctica después de una cesárea previa. En la década de los 90 se incrementó la popularidad del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior, por lo que el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología declaró que “una mujer con cesárea anterior debería ser aconsejada a intentar un parto vaginal”<sup>14</sup>.

Desde hace décadas se han realizado esfuerzos en llevar a cabo el parto vaginal en mujeres con antecedente de una cesárea con el fin de aminorar las tasas de cesárea iterativa en pacientes aptas para lograr un parto vaginal. Para ello se toman en cuenta varios criterios: embarazos a término con producto único en presentación cefálica con periodo intergenésico adecuado (2 años o más), pelvis adecuada, con cicatriz previa segmentaria transversa y sin condiciones médicas que impidan un parto vaginal. A pesar de ello, también incrementaron los reportes de complicaciones materno fetales, rotura uterina, entre otras<sup>17</sup>.



Debido a las complicaciones presentadas, aumentó la presión de compromiso médico legal por lo que muchos médicos optaron por disminuir la práctica del parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea, aunque éstas cumplieran con los requisitos para llevarlo a cabo, de manera que, en algunos lugares, más del 90% de las pacientes con historia de cesárea terminan su gestación con una cesárea iterativa <sup>18</sup>.

Con estos datos podemos asumir que el manejo es distinto en cada institución y que siempre habrá aspectos que influyan al elegir la vía de terminación del embarazo, desde el accionar del médico (menor oportunidad de parto vaginal ya que cada vez desea asumir menos riesgos) al no existir, hasta el día de hoy, un diagrama capaz de predecir con precisión qué gestantes pudieran lograr adecuadamente un parto vaginal o cuales podrían presentar ruptura uterina.

Con intención de reducir la tasa de cesáreas, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología sugiere que las gestantes con antecedente de cesárea pueden ser sometidas a una prueba de trabajo de parto para parto vaginal, ya que el porcentaje de éxito, como ya se comentó anteriormente, fluctúa entre el 72 y el 76%, con riesgo de rotura uterina del 0.1%, <sup>18</sup> resultados importantes a tomar en cuenta a la hora de ofrecer trabajo de parto a pacientes con antecedente de cesárea sin contraindicación.

La tasa de éxito del trabajo de parto va a verse afectada cuando está presente alguno de los siguientes factores: inducción del parto, mujeres sin antecedente de parto previo, cesárea previa por distocia, IMC mayor a 30, EMA, dilatación cervical a su ingreso < 4 cm, cursar con embarazo mayor de 41 semanas, peso fetal > 4000 grs, dilatación cervical a su ingreso < 4 cm o feto de sexo masculino <sup>19, 20</sup>.

El médico tratante al acordar, en común con la paciente, la decisión de intentar una prueba parto, o realizar nuevamente cesárea, tiene la obligación explicar detenidamente el consentimiento informado sobre los riesgos y las posibles complicaciones de cualquiera de los procedimientos que se realicen. El profesional de la salud debe brindar toda la información de manera que, tanto la paciente, como el acompañante o familiar comprendan dicho asesoramiento de forma inequívoca; así mismo, de ser posible, debe respetar las decisiones tomadas por la paciente respecto al padecimiento.

En resumen, para incentivar la práctica del PVDC necesitamos primero determinar los factores que favorecen o entorpecen el mismo, así como la incidencia de complicaciones.



## MARCO CONCEPTUAL

Dos tercios de las cesáreas que se realizan son cesáreas de primera vez y el tercio restante son cesáreas de repetición. Las indicaciones de cesárea son en un 35% por antecedente de cesárea previa, un 30% por distocia de labor de parto, un 11% por presentación de nalgas y un 10% por pérdida de bienestar fetal<sup>21, 22</sup>. Un importante factor que influye en que las tasas de cesárea de repetición no disminuyan a pesar de los esfuerzos, información y cuidados que se otorgan a las pacientes con una cesárea previa, es el aumento de la judicialización de la práctica médica.

Para la OMS, mantener la tasa ideal es complicado, ya que varía en cuanto al tipo de población atendida; un ejemplo es un centro médico de tercer nivel, u hospital de referencia, el cual tendrá un alto porcentaje de gestantes con elevado riesgo materno-fetal y la tasa de parto por cesárea será más alta que la de un hospital de segundo nivel. La incertidumbre por el alarmante aumento en la tasa de cesáreas por cesárea previa o por cesárea iterativa ha dado lugar a la afirmación, por parte de diferentes organismos internacionales, que el parto vaginal posterior a una cesárea es una alternativa aceptable y segura. Para hacer frente a los resultados y la seguridad de un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea, las sociedades alrededor del mundo han creado guías que sirven de referencia y ayudan en la toma de decisiones sobre la acción a seguir más segura en cada caso.

Cada sociedad cuenta con su propia guía, las cuales muestran distintas recomendaciones en la atención del parto en este tipo de pacientes. En Estados Unidos se cuenta con la guía de “The American College of Obstetricians and Gynecologists” (ACOG), la cual sugiere que la mayor parte de las mujeres con el antecedente de una cesárea con incisión transversal baja son candidatas a un parto vaginal y deben ser instruidas para llevarlo a cabo. La ACOG comenta que, incluso las mujeres con dos cesáreas anteriores con incisión transversa baja pueden ser consideradas para prueba de trabajo de parto. Además, indica que el PVDC debe llevarse a cabo en instalaciones adecuadas, con acceso a personal médico especializado de manera inmediata para la realización de una cesárea en caso de urgencia los primeros 30 minutos posterior al inicio de la emergencia. También, aconseja que durante el trabajo de parto se mantenga



de manera continua la monitorización cardiotocográfica del producto. La ACOG contraindica la prueba de parto vaginal en las mujeres con cesárea anterior con una incisión clásica o en "T", rotura uterina previa, cirugía uterina fúndica ampliada, o cuando existan contraindicaciones para el parto vaginal como una placenta previa y tres o más cesáreas anteriores.

En Canadá se cuenta con el "The Society of Obstetricians and Gynecology" (SOGC). En la guía sugieren que el PVDC se debe ofrecer a todas las mujeres con el antecedente de incisión transversal baja. Esta sociedad sugiere, al igual que la ACOG, que se cuente en la unidad de atención con disponibilidad de realización de cesárea urgente dentro de los primeros 30 minutos desde la indicación en caso de que exista compromiso materno-fetal. Al igual que la ACOG, esta sociedad define que el PVDC se asocia con menos complicaciones como riesgo de histerectomía, fiebre puerperal o tromboembolismo en comparación con las pacientes con cesárea de repetición. Se enfatiza en la ruptura uterina como la complicación más importante del parto vaginal por lo que igualmente sugieren la monitorización cardiotocográfica continua durante el trabajo de parto.

En el Reino Unido se cuenta con el "The Royal College of Obstetricians and Gynecologists" (RCOG). Esta asociación afirma que las mujeres que cuentan con antecedente de una cesárea previa con incisión transversal segmentaria se les puede ofrecer una prueba para parto vía vaginal de manera segura. Como parte de la orientación, RCOG recomienda informar a las mujeres de que el PVDC reduce el riesgo de morbilidad respiratoria neonatal en comparación de los productos de cesárea electiva (2 % a 3 % frente al 3 % a 4 %); sin embargo, es importante dar a conocer a la gestante que el PVDC tiene riesgo de 8/10.000 de encefalopatía isquémica hipóxica en el recién nacido y que los efectos a largo plazo no se conocen completamente. Por último, recomienda informar a las mujeres que una segunda cesárea puede aumentar el riesgo de complicaciones graves como placenta acreta, lesiones transoperatorias, hemorragia obstétrica e incluso la necesidad de realizar histerectomía obstétrica posterior a la resolución de futuro embarazo. Por todo lo anterior, el PVDC se debe planificar adecuadamente en un hospital con personal y equipo adecuado, con la posibilidad de realizar una cesárea de emergencia y de poder proporcionar reanimación neonatal avanzada.





La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetricia (FIGO), refiere que una cesárea de repetición se debe llevar a cabo únicamente en caso de que se encuentre en riesgo el bienestar materno y fetal, mientras que deben desaparecer las cesáreas sin verdadera indicación médica. Por toda la información y guías con las que se cuenta, existe varios estudios realizados por la OMS que concluyeron que se deben realizar cesáreas de repetición sólo cuando se demuestre un beneficio o indicación claros tanto para la madre como para el producto <sup>23, 24</sup>.

En conclusión, todas las sociedades, colegios, asociaciones nacionales e internacionales coinciden en las ventajas del PVDC, que incluyen una menor tasa de hemorragia e infección, así como una recuperación más rápida, menor tasa de complicaciones y menos gastos para las instituciones públicas, en comparación con una cesárea de repetición. Con incisión transversal baja, la gran mayoría de las gestantes con antecedente de una cesárea previa pueden tener un parto vaginal exitoso. Todas las asociaciones mencionadas coinciden en que la mayor parte de las mujeres con antecedente de una cesárea previa con incisión transversal segmentaria baja y ninguna contraindicación de PVDC pueden ser asesoradas y aptas para lograr un parto vaginal y se le debe ofrecer como primera opción.

## **JUSTIFICACIÓN**

A partir de que las tasas de mortalidad y morbilidad materna hayan sido consideradas como indicadores para la evaluación de la calidad de atención y se busque una mejora en las condiciones de salud de este grupo altamente vulnerable, se ha prestado la debida atención para mejorar estos procesos, al ser considerado una de las principales causas de atención sanitaria, por lo que la salud materna ha sido una prioridad en las políticas de salud durante la última década, lo que ha dado lugar a una notable disminución en la morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo, sin embargo dichos esfuerzos aun resultan insuficientes en algunos casos.



Aunque la información disponible sobre las complicaciones maternas en México es limitada, es evidente que la presencia de enfermedades crónicas a edades tempranas contribuye al aumento de las complicaciones durante el embarazo y el parto, junto con factores sociales y económicos, dentro de los cuales se deben tener en consideración los antecedentes personales de cada paciente, así como las vías de resolución en gestas previas. Es importante conocer la incidencia de pacientes con cesárea previa y parto posterior y de las pacientes en las que se realiza cesárea nuevamente para convertirse posteriormente en iterativas, así como las principales complicaciones que se pudieran presentar en cada caso, ya que de ellas depende la toma de decisiones del médico al momento de elegir la vía de terminación del embarazo.

La cesárea es el procedimiento quirúrgico que con mayor frecuencia se realiza en México y en muchos países alrededor del mundo, y México es de los países con mayor porcentaje de resolución de la gestación por ésta vía, lo que pudiera conllevar un incremento en la morbilidad materna si no está debidamente indicada, por lo que es importante conocer todas las indicaciones de esta y saber identificar a las pacientes en las que se puede ofrecer un trabajo de parto, incluso con antecedente de cesárea.

Es importante que la paciente conozca los riesgos y beneficios que conllevan tanto un parto posterior a cesárea como una segunda cesárea, así como los riesgos que se pudieran presentar al convertirla en iterativa.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Al igual que en el resto del mundo, las cesáreas han aumentado significativamente en México en los últimos años. En 2017, México ocupó el segundo lugar tanto a nivel de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) como a nivel mundial en cuanto a la tasa de cesáreas, con un 46.8% y un 48.7%, respectivamente, mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la tasa de cesáreas se sitúe entre el 10% y el 15%, mientras que la Norma Oficial Mexicana 007 establece un máximo entre el 15% y el 20% y declara que tasas superiores



a estos porcentajes no se asocian con una reducción en la tasa de mortalidad materna y perinatal.

El uso excesivo de la operación cesárea se ha considerado una práctica de violencia obstétrica que vulnera los derechos reproductivos de las gestantes y además ha generado complicaciones a las mujeres que son sometidas a este procedimiento quirúrgico, a la vez que impone un mayor riesgo clínico, así como mayor carga financiera para el sistema de salud.

La literatura científica ha demostrado la cesárea es conveniente cuando está médicamente justificada para evitar la morbilidad materna y perinatal, sin embargo, cuando se realiza la cesárea, ya sea de primera vez, o de repetición sin una justificación adecuada, los riesgos superan a los beneficios y se violan los derechos obstétricos de las pacientes.

Riesgos tales como la ruptura uterina, el embarazo ectópico, la placentación anormal, parto prematuro y muerte fetal se pueden ver aumentados hasta 2,7 veces más en las mujeres con antecedente de cesárea, lo que es acorde distintas literaturas mostrando que la cesárea se asocia a un riesgo incrementado de morbilidad grave.

Para identificar los factores de riesgo vinculados con aspectos clínicos y comunitarios en mujeres que han sobrevivido a una complicación casi fatal, se busca generar evidencia científica para respaldar la toma de decisiones y desarrollar estrategias efectivas que ayuden a reducir tanto la morbilidad como la mortalidad materna efectuando la operación cesárea solamente a mujeres que lo necesiten y no de forma habitual.

En base a esta información, el sistema de salud pública de la ciudad de Chihuahua se encuentra en la disyuntiva de abordar este problema de carácter sanitario que pudiera ocasionar un impacto social y económico para las instituciones al servicio de la salud, sin embargo, surge la siguiente pregunta para promover la investigación en base al presente planteamiento del problema:

*¿Cuál es la prevalencia de complicaciones obstétricas en pacientes con cesárea previa en el Hospital Central del Estado de Chihuahua?*



## OBJETIVOS

### General

Identificar la prevalencia de complicaciones obstétricas en pacientes con cesárea previa en el Hospital Central del Estado de Chihuahua.

### Específicos

1. Comparar los resultados obstétricos de atención de parto por vía vaginal y parto por vía abdominal en pacientes con antecedente de una cesárea previa en el Hospital Central del Estado de Chihuahua.
2. Determinar la frecuencia y tipo de complicaciones presentadas en la resolución del embarazo, ya sea vía vaginal o abdominal en pacientes con antecedente de una cesárea previa atendidas en el servicio de ginecología en un periodo de 12 meses del año 2022 - 2023 en el Hospital Central del Estado de Chihuahua.
3. Describir las características sociodemográficas de la población con cesárea previa atendidas en el servicio de ginecología en el Hospital Central del Estado de Chihuahua.

## HIPÓTESIS

### Hipótesis alterna:

No existe un aumento en la prevalencia de complicaciones asociadas al trabajo de parto en pacientes con cesárea previa del Hospital Central del Estado de Chihuahua.

### Hipótesis nula:

Existe un aumento en la prevalencia de complicaciones asociadas al trabajo de parto en pacientes con cesárea previa del Hospital Central del Estado de Chihuahua.



## MATERIALES Y MÉTODOS

**Diseño de estudio:** Estudio observacional, analítico transversal retrospectivo.

**Universo de estudio:** El universo de estudio son los pacientes con trabajo de parto activo, embarazo de término y antecedente de una cesárea previa, atendidas en el Hospital Central del Estado de Chihuahua que cumplan con los criterios de inclusión.

**Lugar de estudio:** Se trata de Hospital Central del Estado de Chihuahua, de segundo nivel perteneciente al SSA.

**Técnica de muestreo:** Probabilístico de tipo aleatorio simple, en pacientes, que cumplan los criterios de inclusión con estricto apego a la confidencialidad, identificados por medio del censo de pacientes hospitalizados, identificando expedientes, así como revisión de criterios de inclusión, revisando variables de interés encontradas para nuestro estudio.

**Tamaño de muestra:** Se obtendrá determinando la prevalencia de pacientes con antecedente de 1 cesárea previa atendidas en Hospital Central del Estado del mes de noviembre de 2022 al mes de octubre de 2023 por parte de registros hospitalarios obteniendo una población total de 133, con la siguiente fórmula para conseguir un índice de confiabilidad del 95%.

$$E = Z \alpha/2 \frac{\sqrt{P*Q}}{N} = (1.96) \frac{\sqrt{0.5*0.5}}{133} = 0.08497$$
$$n = \frac{z\alpha/2 * pq}{E^2} = \frac{1.96 * (0.5)(0.5)}{0.08497^2} = \frac{0.4825}{0.007219909} = 99$$

Dónde:

- n = tamaño de la muestra (99)
- N = tamaño de la población (133)
- Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza. (1.96)
- E= Error de estimación máximo esperado a partir de la fórmula (0.08497)
- P= probabilidad de éxito esperado (0.5)
- Q= definido a partir de 1-p (probabilidad de que no ocurra el evento).



Resumen de los datos del cálculo de la muestra.

<b>Universo</b>	Paciente con embarazo a término con trabajo de parto establecido y con antecedente de 1 cesárea previa.
<b>Ámbito</b>	Hospital Central del Estado de Chihuahua
<b>Tamaño de la población</b>	137
<b>Diseño de la investigación</b>	Observacional Retrospectivo
<b>Periodo de realización del muestreo</b>	Noviembre 2022 - noviembre 2023
<b>Tamaño de la muestra</b>	99
<b>Error de la muestra</b>	0.08497
<b>Probabilidad de éxito esperado</b>	0.5
<b>Nivel de confianza</b>	1.96

Debido a que el estudio se realiza en un hospital de enseñanza, se van a recabar datos de los expedientes clínicos por ser éste un estudio retrospectivo, por lo que se cuenta únicamente con consentimiento informado firmado por la paciente a su ingreso hospitalario, así como aviso de privacidad de datos personales (Anexo 1), sujeto a lo dispuesto en el Instituto Chihuahuense de Salud, asumiendo la responsabilidad de uso, manejo, almacenamiento y confidencialidad en armonía a lo establecido en el Título Cuarto, Capítulo único, artículo 67, de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua para la creación, estudio, análisis, actualización y mantenimiento de archivos clínicos, el investigador es responsable del uso y protección de los datos personales.



## CRITERIOS DE SELECCIÓN

### **Criterios de Inclusión:**

- Mujeres con embarazo único de término y trabajo de parto activo.
- Antecedente de una cesárea
- Con un periodo intergenésico mayor de 18 meses.

### **Criterios de exclusión:**

- Mujeres con embarazo de término y trabajo de parto latente.
- Pacientes sin antecedente de cesárea.
- Antecedente de más de una cesárea previa (cesárea iterativa).
- Contraindicación absoluta de parto por cuestiones maternas (desproporción cefalopélvica, pelvis no útil, cardiopatía, etc.) o fetales (malformaciones, macrosomía fetal, etc.) y se indique cesárea no urgente.
- Periodo intergenésico corto (menor de 18 meses).
- Trabajo de parto pretérmino.

### **Criterios de Eliminación:**

- Pacientes con urgencia quirúrgica.



## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO

### Variable dependiente

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Complicación durante el parto	Presencia de alguna complicación materna durante la atención de la finalización del embarazo ya sea por vía vaginal o por vía abdominal.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica 1: Complicación 2: Sin complicación

### Variable independiente

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Tipo de atención	Vía de culminación del embarazo al término de la gestación.	Cualitativa	Nominal	Dicotómica 1: Cesárea 2: Parto





### Terceras variables

Variable	Definición operacional	Tipo	Escala de medición	Indicador
Edad	Grado de maduración expresado cronológicamente	Cuantitativa	Discreta	Años
Gesta	Número de embarazos	Cuantitativa	Discreta	Politómica
Partos previos	Número de nacimientos por vía vaginal	Cuantitativa	Discreta	Politómica
Semanas de gestación	Semanas transcurridas desde la concepción	Cuantitativa	Continua	Semanas
Dilatación	Centímetros de dilatación al momento del ingreso	Cuantitativa	Discreta	Centímetros
Borramiento	Porcentaje de borramiento cervical al momento del ingreso	Cuantitativo	Discreta	Porcentaje
Membranas	Estado del amnios al ingreso de la paciente	Cualitativo	Nominal	Dicotómica (íntegros/no íntegros)
Peso recién nacido	Peso en gramos del producto del embarazo	Cuantitativa	Continua	Gramos
Crónicos degenerativos	Enfermedades crónicas que padezca la paciente	Cualitativa	Nominal	Dicotómica (Si/No)



## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la descripción de las características clínicas de la muestra del estudio, se realizarán pruebas de normalidad, mediante medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas, que cumplan el supuesto de normal con media y desviación estándar y para aquellas que no cumplan este supuesto se empleará la mediana y rango intercuartil.

En el caso de las variables nominales se realizará por medio de proporciones.

La comparación de las variables cuantitativas continuas se empleará en caso de cumplir los supuestos de normalidad, se empleará la prueba t de Student y para la comparación de variables cualitativas se empleará la prueba Chi cuadrada.

Se utilizará programas estadísticos pertinentes (IBM SPSS Ver 26) para la determinación de asociación estadísticamente significativa entre variables.

Se calculará el valor de  $p$  para probar la significancia estadística entre las variables a una  $\alpha = 0.05$  y sus intervalos de confianza al 95%.

## CONSIDERACIONES ETICAS

Los procedimientos para realizar están de acuerdo con las normas éticas y reglamentos institucionales, con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores. De acuerdo con el artículo quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 02 de abril del 2014.

Será sometido a una comisión de ética, ya que, aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene aspectos de su atención médica.

Esta investigación se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Se adapta a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.
- II. Es el método más idóneo para la investigación del tema.



- III. Existe la seguridad de que no se expondrá a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevará a cabo este protocolo.
- IV. Se contará con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.
- V. La investigación será realizada por profesionales de la salud en una institución médica que actué bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VI. Será responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención medica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Se protegerá la información obtenida, utilizando la identificación de los sujetos únicamente por medio de folio; todos los resultados serán utilizados cuando se requieran y cuando sea autorizado. Esta investigación se clasifica **sin riesgo mínimo**, debido a que no se realizara una intervención para modificar el comportamiento.

Debido a la naturaleza de este estudio, no existen riesgos, ni beneficios económicos o de tratamiento para su participación, antes o después del estudio.

El proyecto es presentado al Comité Institucional de Ética (CIE) del Hospital Central de Estado de Chihuahua para su evaluación y se ejecuta luego de su aprobación.

Este proyecto de investigación será realizado teniendo en cuenta el decreto N° 379/008 del MSP, que impulsa la investigación con seres humanos, preservando primeramente los derechos humanos y la dignidad de las personas involucradas en el estudio.

A su vez se registrá por la Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales del estado de Chihuahua LXV/EXLEY/0368/2017 VII P.E., la cual establece que los datos personales de toda persona que participe de un proyecto de investigación sean preservados, de igual modo los registros escritos y/o electrónicos que pudiesen surgir de



las entrevistas serán conservados estrictamente y bajo la responsabilidad del personal que lleve a cabo el proyecto de investigación.

En este sentido se registrará bajo las condiciones de seguridad y confidencialidad del Hospital Central del Estado de Chihuahua, de manera que, las personas ajenas a la investigación no tengan acceso a la información ya que esta permanecerá a cargo del archivo y expediente clínico del Hospital Central del Estado de Chihuahua.

Para poder llevarlo a cabo, este estudio será presentado al Comité de Ética en Investigación del Hospital Central del Estado de Chihuahua para su aprobación y posterior extracción de datos y realización del análisis estadístico.

## RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

### Recursos humanos

Investigador

Personal del área de estadística del Hospital Central del Estado de Chihuahua

Personal de sistemas del Hospital Central del Estado de Chihuahua

Personal de archivo clínico del Hospital Central del Estado de Chihuahua

### Recursos físicos

Se requiere una computadora con acceso a internet para acceder al historial de atenciones de las pacientes en el Expediente Clínico Integral (Sistema Hospitalario) y a los censos del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Estado de Chihuahua de un periodo de 12 meses.

### Recursos financieros

RECURSO	COSTO M.N.
1 Escritorio	\$7,000.00
2 Computadora	\$10,000.00
3 Acceso a internet	\$500.00
4 400 hojas de máquina	\$200.00
5 Impresora	\$2,000.00
6 Tinta para impresora	\$300.00
7 bolígrafos	\$60.00
TOTAL	\$20,060.00



### **Factibilidad**

El estudio es posible de realizarse ya que será mediante los recursos del investigador, además que está enfocado a población derechohabiente del Hospital Central del Estado de Chihuahua.

### **Instrumento**

Instrumento de recolección a partir de variables de interés para el estudio.

### **Recolección de datos**

Los datos se recolectaron de manera aleatoria en pacientes que cumplan criterios de inclusión de manera retrospectiva.

## **METODOLOGIA OPERACIONAL**

Contando con la autorización del Comité local de investigación, se presenta propuesta y la hoja de registro del protocolo al coordinador de educación e investigación del Hospital Central del Estado de Chihuahua.

Se realizará un estudio retrospectivo correlacional. Se tomará una muestra por conveniencia (periodo de tiempo) de pacientes en edad fértil con embarazo único de término, antecedente de 1 cesárea en su embarazo anterior del Hospital Central del Estado de Chihuahua que cumplan los criterios de selección y se valorarán sus antecedentes.

Se recabará la información con apoyo del departamento de estadística del Hospital Central del Estado y del Expediente Clínico Electrónico (ECI) para encontrar los resultados obstétricos de todas las pacientes que se encuentren dentro de la muestra.

Con los datos obtenidos se realizará una base de datos, la cual se clasificará de acuerdo a las variables previamente descritas y se en un programa ex profeso para el análisis univariado de las variables obtenidas y posteriormente se realizará análisis estadístico bivariado.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Enero 2023	Octubre 2023	Abril 2024	Mayo 2024	Junio 2024	Julio 2024	Agosto 2024
Inicio de Anteproyecto	X						
1ª revisión		X					
Primera corrección			X				
Segunda corrección				X			
Correcciones finales					X		
Entrega al Comité Local de Investigación					X		
Recolección y captura de datos						X	
Análisis de datos						X	
Resultados						X	
Conclusiones y recomendaciones						X	
Informe final						X	
Presentación de resultados							X



## RESULTADOS

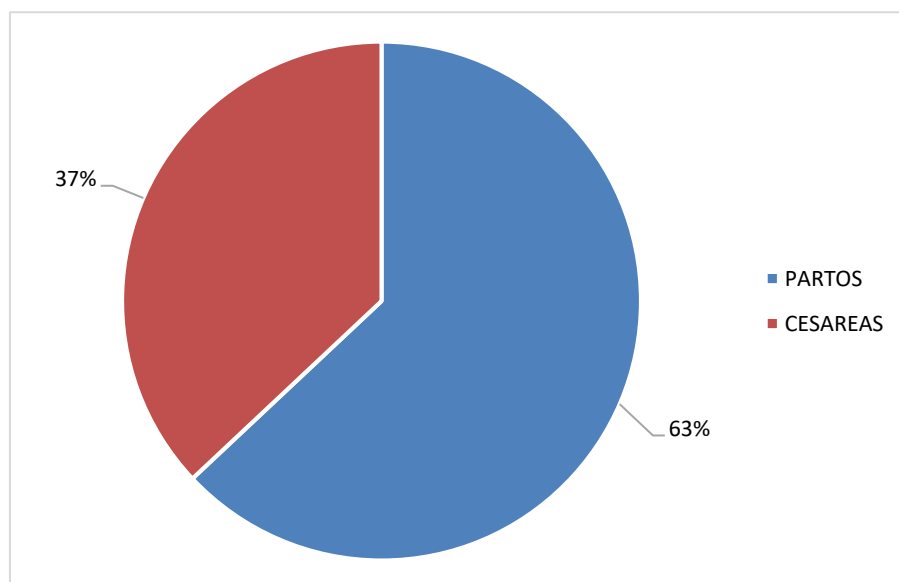
Se recabaron un total de 422 pacientes, de las cuales, 35 se eliminaron por tener indicación de cesárea iterativa; se eliminaron también 152 por no contar con trabajo de parto al momento del ingreso, 32 por periodo intergenésico corto, 19 por sospecha de macrosomía fetal, 6 por producto en presentación pélvica, 5 por trabajo de parto pretérmino y 21 por otras causas maternas que imposibilitaron el trabajo de parto por vía vaginal por lo que se incluyeron únicamente 137 pacientes en el estudio que cumplían todos los criterios de inclusión como se observa en la Tabla 1.

Del 100% de las pacientes que cumplían los criterios de inclusión, el 67% culminó la gestación por parto eutócico vaginal, mientras que el 37% la culminó por medio de cesárea de repetición de acuerdo a lo observado en la tabla y grafica número 1.

*Tabla 1 Porcentajes de acuerdo a resolución del embarazo.*

Terminación del embarazo	
Tipo	N (%)
Partos	86 (63)
Cesáreas	51 (37)
Total	137 (100)

*Gráfica 2 Porcentajes de acuerdo a resolución del embarazo*





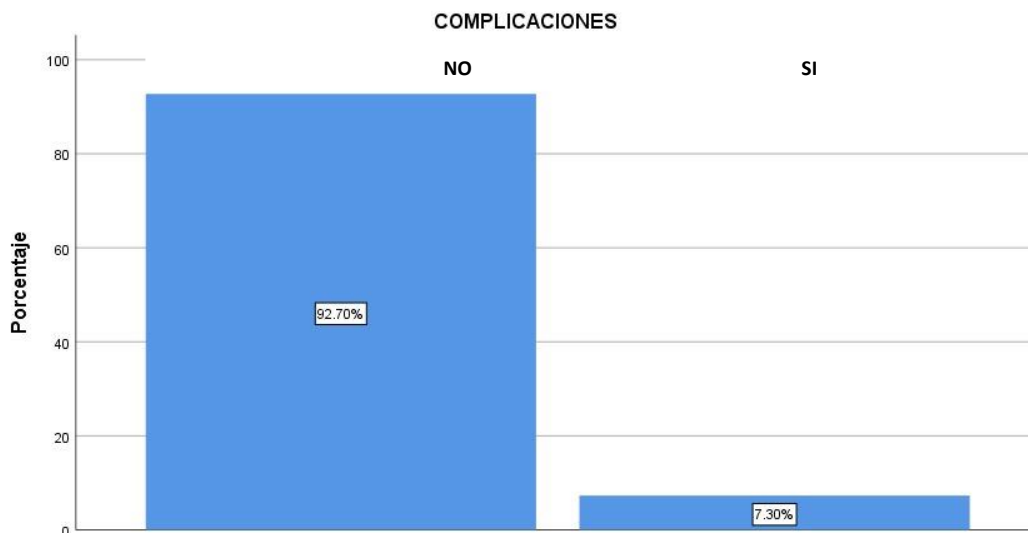
En la muestra se encontró una media de 26.8 años de edad presentando al ingreso una media de 5.88 cm de dilatación, borramiento medio de 67.08%. Además, las pacientes en general tenían 38.5 semanas de gestación. El peso de los productos fue en promedio de 3,184 gramos con un mínimo de 1,990 gr y un peso máximo de 3,920 gr. De estas pacientes, el 7.3% presentó complicación, todas de ellas descritas como hemorragia obstétrica, acorde a lo esquematizado en la tabla 2.

*Tabla 2 Características poblacionales generales*

	Media	Desviación estándar	IC 95%	Valor mínimo	Valor máximo
<b>Edad de la madre</b>	26.8	5.45	25.9 - 27.7	19	43
<b>Dilatación</b>	5.88	1.78	5.58 - 6.19	4	10
<b>Borramiento</b>	67.08	15.63	64.4 - 69.7	30	100
<b>SDG</b>	38.5	1.02	38.3 - 38.6	37	40.5
<b>Peso</b>	3184	315.18	3131 - 3238	1990	3920

Del 100% de las pacientes protocolizadas, el 92.7% presentó no alguna complicación, mientras que el 7.3% de las pacientes cursó con alguna complicación (gráfico 2).

*Gráfica 2 Porcentajes de acuerdo a complicaciones*







Para las pacientes a las que se les realizó cesárea, 4 presentaron complicaciones, mientras que, de las que el desenlace fue parto, 6 pacientes las presentaron, sin ser significativa la diferencia ( $p= 0.850$ ) Tabla 3.

*Tabla 3 Tabla cruzada complicaciones por tipo de atención*

	<b>Parto</b>	<b>Cesárea</b>	<b>Total</b>	<b>Sig. (p)</b>
<b>Complicaciones N (%)</b>	6 (60)	4 (40)	10	0.850
<b>Sin complicaciones N (%)</b>	80 (63)	47 (37)	127	
<b>Total</b>	86	51		

La edad materna fue mayor en las pacientes a las que se les practicó cesárea de repetición en comparación con las pacientes atendidas por parto (28.1 vs 26.1  $p=0.034$ ), al igual que el peso al nacer fue mayor en los productos de cesárea que de los de parto (3282 gr vs 3127 gr  $p=0.005$ ). No se encontró diferencia significativa en las semanas de gestación al comparar ambos grupos. La dilatación y el borramiento fueron estadísticamente mayores en las pacientes con desenlace de parto respecto a pacientes con cesárea de repetición (6.33cm vs 5.14cm  $p=0.000$  y 70.35% vs 61.57%  $p=0.001$ ).

*Tabla 4 Comparación de medias según tipo de atención*

	<b>PARTO <math>\bar{x}</math>,(SD)</b>	<b>CESAREA <math>\bar{x}</math>,(SD)</b>	<b>SIG (P)</b>
<b>Edad</b>	26.1 ( $\pm$ 5.7)	28.14 ( $\pm$ 4.78)	0.034
<b>Dilatación</b>	6.33 ( $\pm$ 1.7)	5.14 ( $\pm$ 1.5)	0.000
<b>Borramiento</b>	70.35 ( $\pm$ 15.8)	61.57 ( $\pm$ 13.7)	0.001
<b>SDG</b>	38.5 ( $\pm$ 1.5)	38.5 ( $\pm$ 1)	0.780
<b>Peso</b>	3127 ( $\pm$ 3.35)	3282 ( $\pm$ 2.51)	0.005



Gráfico 3. Comparación en centímetros de dilatación al ingreso en pacientes atendidas por parto vaginal y cesárea de repetición. (azul: parto vaginal, rojo: cesárea de repetición).

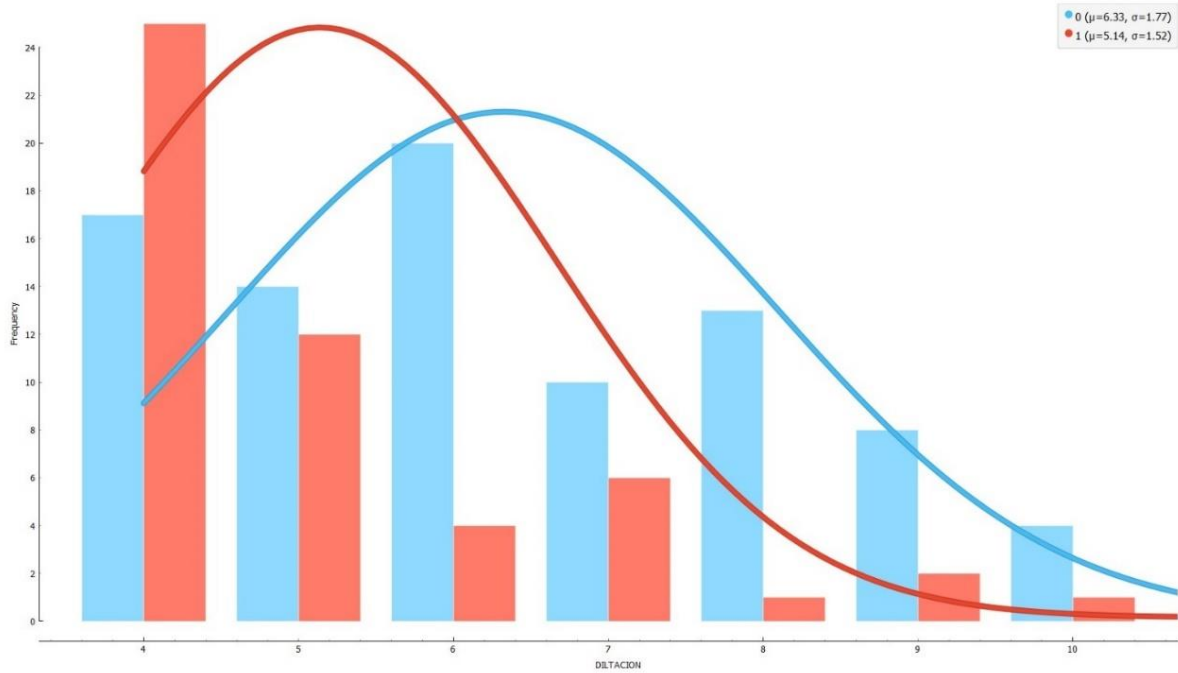


Gráfico 4. Comparación de borramiento cervical al ingreso en pacientes atendidas por parto vaginal y cesárea de repetición. (azul: parto vaginal, rojo: cesárea de repetición).

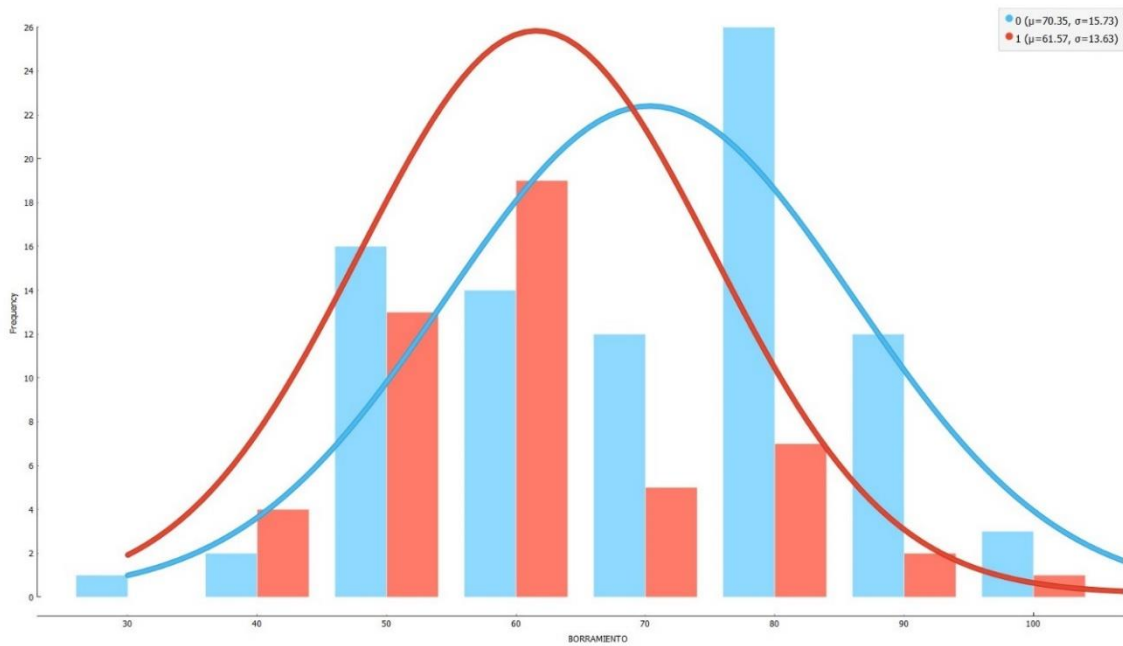




Gráfico 5. Comparación en peso de los productos al nacer por parto vaginal y por cesárea de repetición. (azul: parto vaginal, rojo: cesárea de repetición).

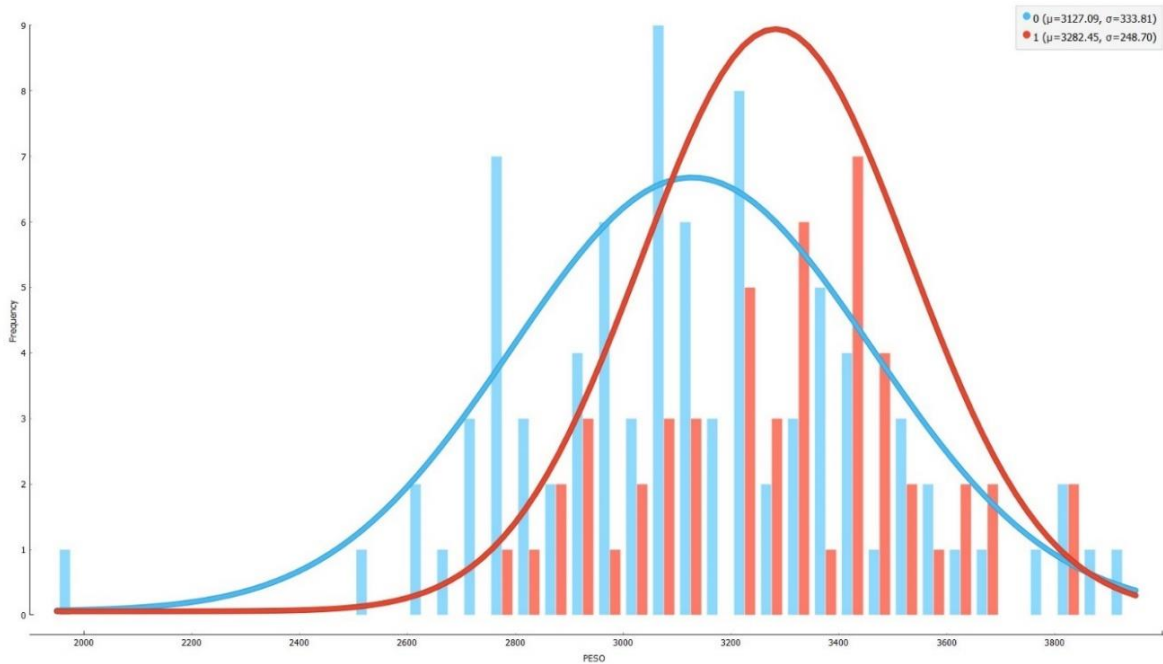
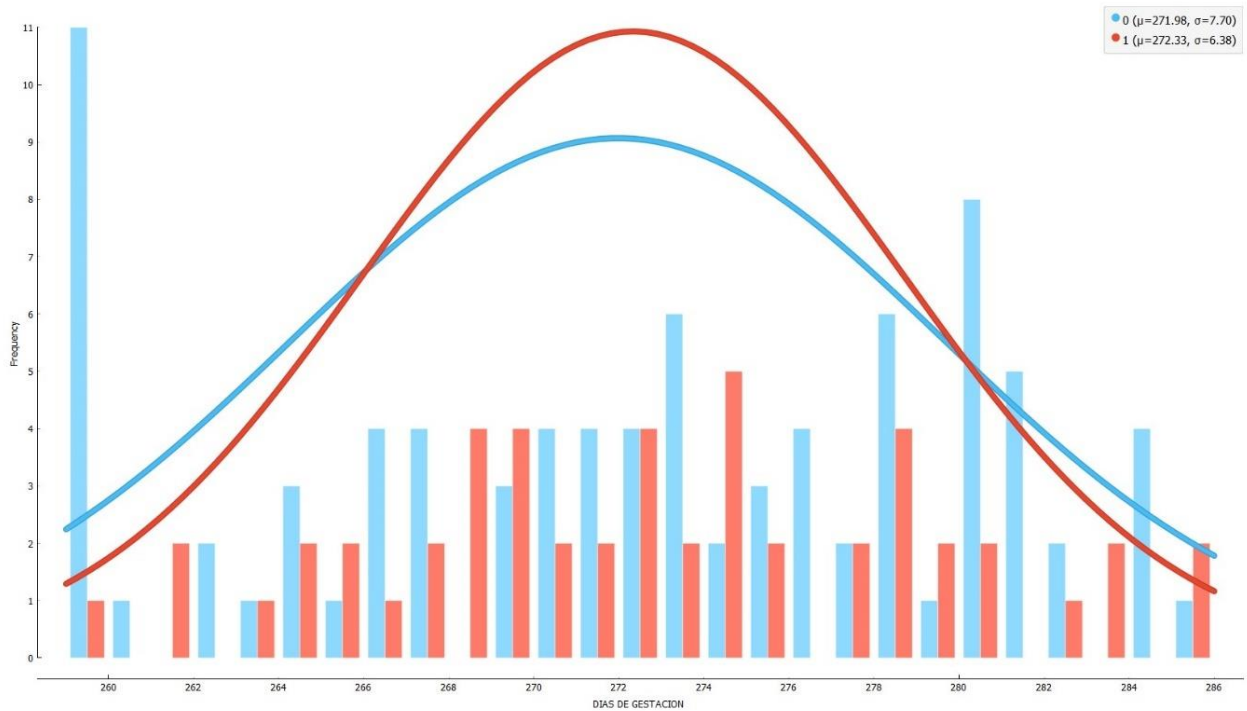


Gráfico 6. Comparación en semanas de gestación de las pacientes atendidas por parto vaginal y por cesárea de repetición. (azul: parto vaginal, rojo: cesárea de repetición).





Respecto a la ruptura de membranas al ingreso, de las pacientes que la presentaron, 50 evolucionaron a parto vaginal, mientras que 20 se resolvieron por cesárea ( $p=0.030$ ) tabla 5. En cuanto a las comorbilidades, de las 15 pacientes que presentaban alguna comorbilidad, 8 pacientes culminaron su embarazo por parto vaginal y 7 por cesárea de repetición, sin tener diferencia significativa en la proporción ( $p=0.42$ ) tabla 6.

Tabla 5. Tabla cruzada ruptura de membranas por tipo de atención

	Parto	Cesárea	Total	Sig. (p)
Con ruptura N (%)	50 (71.4)	20 (28.6)	70	0.030
Sin ruptura N (%)	36 (53.7)	31 (46.3)	67	
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>51</b>	<b>137</b>	

Tabla 6. Tabla cruzada comorbilidades por tipo de atención

	Parto	Cesárea	Total	Sig. (p)
Con comorbilidad N (%)	8 (53)	7 (47)	15	0.42
Sin comorbilidad N (%)	78 (64)	44 (36)	122	
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>51</b>	<b>137</b>	

Tabla 6, muestra la tasa de éxito de parto vaginal fue significativamente mayor y directamente proporcional al número de partos vaginales previos.

La tasa de indicación de cesárea de repetición por antecedente de cesárea, fue significativamente mayor que cualquier otra indicación para terminación del embarazo por vía abdominal.

Gráfico 7 Porcentaje de indicación de cesárea de repetición

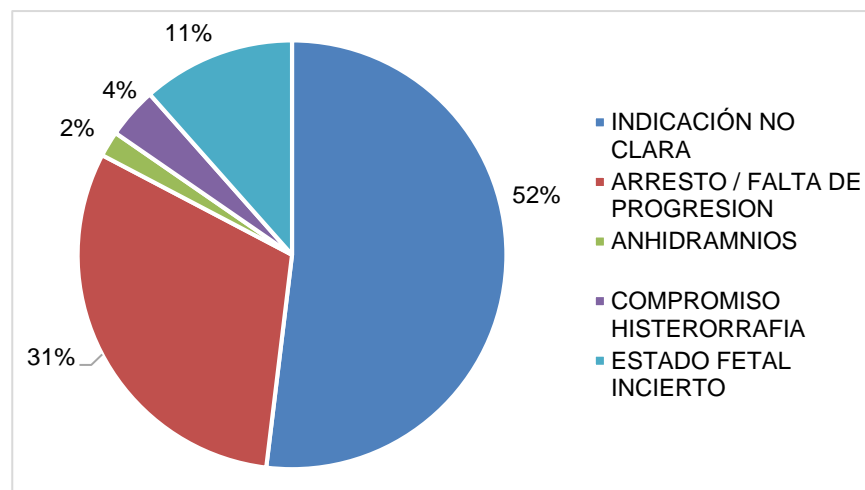


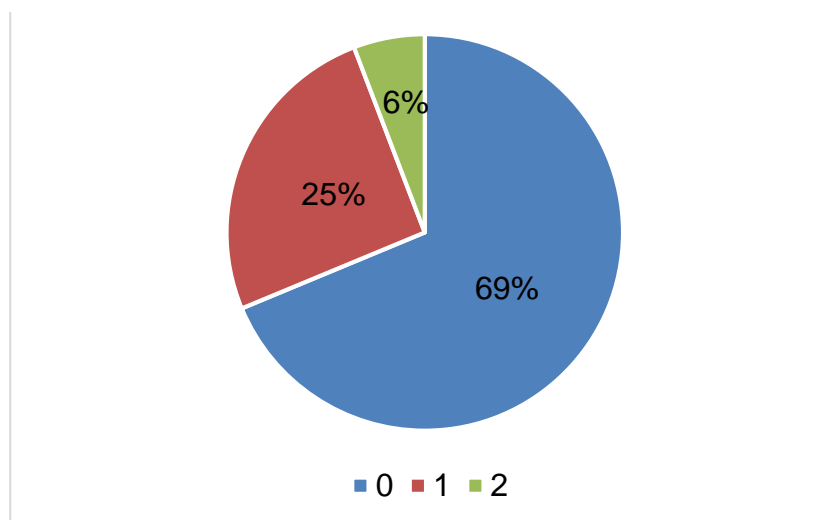


Tabla 7. Tabla de frecuencias de parto vaginal y cesáreas de repetición en relación al número de partos vaginales previos.

Número de partos previos	Desenlace		Total
	Parto	Cesárea	
0 N (%)	40 (53.3)	35 (46.7)	75
1 N (%)	29 (69)	13 (31)	42
2 N (%)	9 (75)	3 (25)	12
3 N (%)	4 (100)	0 (0)	4
4 N (%)	3 (100)	0 (0)	3
5 N (%)	1 (100)	0 (0)	1
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>51</b>	<b>137</b>

Gráfica 8. La tasa de cesáreas de repetición fue menor en las pacientes con antecedente de 1 o 2 partos vaginales previos, en comparación con las pacientes que no tenían antecedente de parto vaginal.

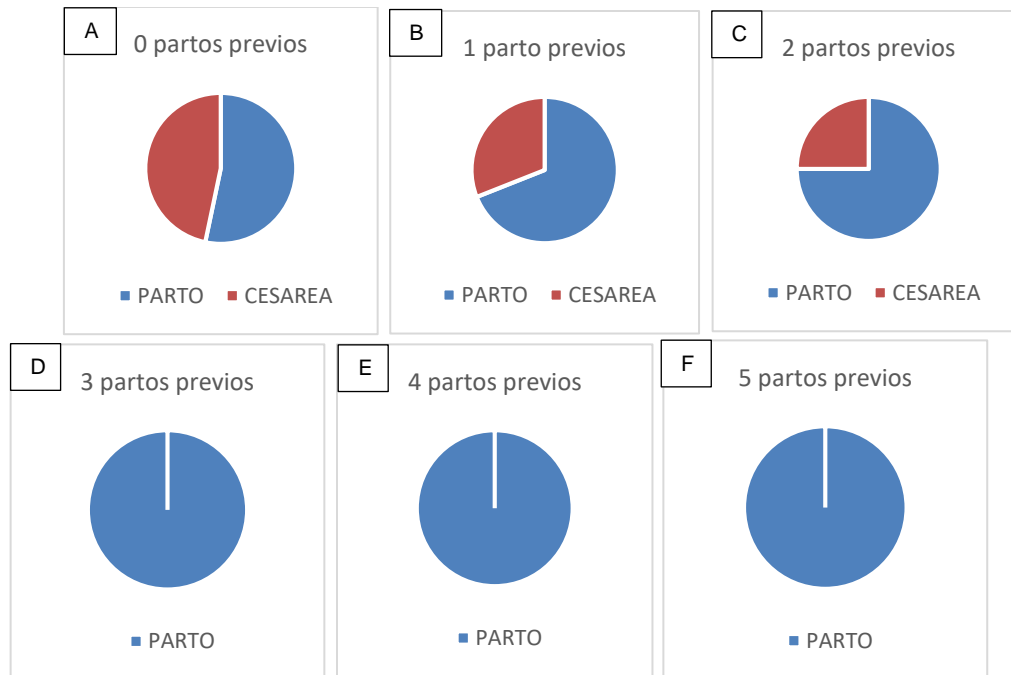
Gráfica 8. Porcentaje según número de partos previos





Grafica 9 (A, B, C, D, E, F). La tasa de éxito de parto vaginal fue significativamente mayor y directamente proporcional al número de partos vaginales previos. Los porcentajes nominales se encuentran en la tabla 7.

Gráfica 9. Porcentaje de parto y cesárea en relación al número de partos



## DISCUSIÓN

En concordancia con el estudio realizado por Ayachi, Deurich, Morjene, Mkaouer, Mnaser y Mourali <sup>31</sup>, en nuestro estudio, la tasa de éxito de parto vaginal después de cesárea en pacientes sin contraindicación de parto vaginal fue mayor que la tasa de cesárea de repetición, en las que, la tasa de complicaciones no es estadísticamente significativa.

Los principales factores de mal pronóstico para el intento y éxito de parto por vía vaginal fueron: La indicación de cesárea de repetición por antecedente de cesárea previa ya que la tasa de indicación de cesárea de repetición por antecedente de cesárea, fue significativamente mayor que cualquier otra indicación para terminación del embarazo



por vía abdominal. Otro factor principal de mal pronóstico fue la ausencia de antecedente de parto vaginal previo, ya que, como se observa en la gráfica 9 de resultados, la tasa de parto en pacientes con antecedente de 1 cesárea fue del 100% en pacientes con antecedente de 3 o más partos previos.

Otros factores implicados en el fracaso del trabajo de parto vaginal fueron la edad materna avanzada, la menor dilatación y borramiento, así como la presencia de ruptura de membranas al momento del ingreso de la paciente, y el mayor peso del producto.

En el estudio realizado no se reportó ningún caso de ruptura uterina ni de mortalidad materna.

En cuanto a las complicaciones presentadas, todas de ellas reportadas como hemorragia obstétrica, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre parto vaginal y cesárea de repetición.

## **CONCLUSION**

Se demostró que el ofrecer terminación del embarazo por parto vaginal a las pacientes con antecedente de cesárea que no cuentan con contraindicación para el mismo no tiene mayor incidencia de complicaciones intraparto que en las pacientes en las que se realiza cesárea de repetición.

Se demostró que es seguro ofrecer la opción de parto por vía vaginal en las pacientes con antecedente de 1 cesárea que cumplan los criterios para parto vaginal, y que esta es un área de oportunidad para ponerlo en práctica en nuestras instituciones de salud ya que, al disminuir el número de procedimientos quirúrgicos en cada paciente, disminuimos futuras comorbilidades, así como costos en las instituciones de salud.

De las 344 pacientes excluidas del estudio, a 157 se les realizó cesárea de repetición programada únicamente por el antecedente de 1 cesárea previa, por lo que se podría valorar el ofrecer un trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa que cumplan los criterios para parto vaginal.

El intento de parto vaginal después de una cesárea, decidido después de la revisión de los criterios de inclusión y exclusión, y el consentimiento de la paciente, contribuye a la



reducción de la morbilidad materna y fetal en futuros embarazos. Así mismo debe conducir al establecimiento de recomendaciones claras, como parte de una política para combatir las cesáreas iterativas injustificadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hernández, A. S., & Martínez, M. A. *Embarazo y Parto* | Hospital Clínic Barcelona [Internet]. Clínic Barcelona. Clínic Barcelona; 2018 [citado 15/02/2023]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/embarazo-y-parto>.
2. Almada R, Aguilera E, Campos J, Fiameni F, Luca R, Mezzabotta L. *Parto vaginal despues de una cesárea. Consenso Parto Vaginal Después Una Cesárea* – Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA) 2019 [Internet]. 2019 [citado 15/02/2023]; Disponible en: [http://sogiba.org.ar/images/Parto\\_Vaginal despues de una Cesarea SOGIBA%202019.pdf](http://sogiba.org.ar/images/Parto_Vaginal_despues_de_una_Cesarea_SOGIBA%202019.pdf).
3. Instituto Mexicano del Seguro Social *Parto después de una cesárea Evidencias y Recomendaciones* Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-605-13 [Internet] 2013. [citado 18/02/2023]; Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/605GER.pdf>.
4. Sedano L, Sedano M, Sedano M. *Reseña histórica e hitos de la obstetricia* Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014 [citado 19/02/2023]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Rese%C3%B1a-hist%C3%B3rica-e-hitos-de-la-obstetricia-Sedano-Sedano/3505f7c6010ae47e3ad582c452dba8713a737a9f>.
5. Gobierno de México *Las parteras mexicanas, sabiduría ancestral* Archivo General de la Nación [Internet] 2023 [citado 22/02/2023]. Disponible en : <https://www.gob.mx/agn/articulos/las-parteras-mexicanas-sabiduria-ancestral?idiom=es>.
6. Manuel Muñoz-Enciso, J., Rosales-Aujang, E., Domínguez-Ponce, G., César, L., & Serrano-Díaz. *Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?* Ginecología y Obstetricia de México [Internet]. 2020 [citado 9/11/2023] ; 79(02):67–74. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=28187>.
7. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. *Risk of Uterine Rupture during Labor among Women with a Prior Cesarean Delivery*. The New England journal of





- medicine [Internet]. 2001 [citado 9/11/2023];345(1):3–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11439945/>.
8. Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier RJ. *Interdelivery interval and uterine rupture*. American journal of obstetrics and gynecology [Internet]. 2002 [Citado 13/05/2023]; 187(5):1199–202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12439503/>.
  9. Hamilton EF, Bujold E, McNamara H, Gauthier R, Platt RW. *Dystocia among women with symptomatic uterine rupture*. American journal of obstetrics and gynecology [Internet]. 2001 Mar 1 [Citado 13/05/2023];184(4):620–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11262462/>.
  10. Paolo Ricci A, Ernesto Perucca P, Roberto Altamirano A. *Nacimiento por parto vaginal despues de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición: rotura uterina, una complicación posible*. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2003 [Citado 15/06/2023];68(6). Disponible en : [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262003000600013](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600013)
  11. Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, Peipert JF, Macones G. *The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates*. American journal of obstetrics and gynecology [Internet]. 2003 [citado 15/07/2023];188(3):824–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12634665/>.
  12. DOF - Diario Oficial de la Federación *Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Gobierno de México [Internet]. 2016 [citado 17/07/2023]. Disponible en : [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0).
  13. Ferrari AG, Frigerio LG, G. Candotti, Buscaglia M, Petrone M, A. Taglioretti, et al. *Can Joel-Cohen incision and single layer reconstruction reduce cesarean section morbidity?* International journal of gynaecology and obstetrics [Internet]. 2001 Feb 1 [citado 21/06/2023];72(2):135–43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11166746/>
  14. Loïc Sentilhes, Christophe Vayssière, Beucher G, Deneux-Tharaux C, Philippe Deruelle, Diemunsch P, et al. *Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF)*. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology/European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology [Internet]. 2013 [citado 30/04/2023];170(1):25–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23810846/>.



15. Arango-Montoya C, María Ximena López-Arroyave, Marín-Ríos J, Colonia-Toro A, José Bareño-Silva. *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/Revista colombiana de obstetricia y ginecología [Internet]. 2022 [citado 31/05/2023];73(4):369–77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9856610/>.
16. Organization for Economic Cooperation and Development *Health at a Glance 2019* OECD Indicators [Internet]. 2019 [citado 31/05/2023] Disponible en: <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2020/09/OECD-2019-Health-at-a-Glance-2019-OECD-Indicators-OECD-Publishing-Paris.pdf>.
17. Tigist Derebe Tesfahun, Amlaku Mulat Awoke, Mezgebu Mihiret Kefale, Wondu Feyisa Balcha, Amanuel Tebabal Nega, Tigist Wubet Gezahegn, et al. *Factors associated with successful vaginal birth after one lower uterine transverse cesarean section delivery*. Scientific reports [Internet]. [citado 30/04/2023];13(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37258595/>.
18. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. *Failed vaginal birth after a cesarean section: How risky is it?* American journal of obstetrics and gynecology [Internet]. 2011 [citado 29/04/2023];184(7):1365–73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11408854/>.
19. ACOG Practice Bulletin No. 205: *Vaginal Birth After Cesarean Delivery*. Obstetrics and gynecology [Internet]. 2019 Feb 1 [citado 30/05/2023];133(2):e110–27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30681543/>.
20. Biswas, A. *Management of previous cesarean section*. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2019 [citado 31/05/2023]15 (2) : 123 Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00001703-200304000-00007>.
21. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. *Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: A multicenter study*. American journal of obstetrics and gynecology [Internet]. 2015 [citado 01/06/2023];193(5):1656–62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16260206/>.
22. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA, Olshan AF. *Comparison of a Trial of Labor with an Elective Second Cesarean Section*. New England journal of medicine [Internet]. 1996 [citado 2/07/2023];335(10):689–95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8703167/>



23. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: *Conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010* Obstetrics and gynecology (New York 1953 Online)/Obstetrics and gynecology [Internet]. 2010 jun 1 [citado 15/09/2023];115(6):1279–95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20502301/>.
24. Haumonté, J., Raylet, M., Sabiani, L., Franké, O., Bretelle, F., Boubli, L., & D'ercole, C.. *Quels facteurs influencent la voie d'accouchement en cas de tentative de voie basse sur utérus cicatriciel.* Journal De Gynecologie Obstetrique Et Biologie De La Reproduction, [Internet] 2012. [citado 21/10/2023]. Disponible en: [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02987118v1/file/BASILE\\_PRESENTATION\\_DU\\_SIEGE\\_ET\\_UTERUS\\_UNI-CICATRICIEL.pdf](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02987118v1/file/BASILE_PRESENTATION_DU_SIEGE_ET_UTERUS_UNI-CICATRICIEL.pdf).
25. Simões R, Bernardo WM, Salomão AJ, Baracat EC. *Birth route in case of cesarean section in a previous pregnancy.* Revista da Associação Médica Brasileira [Internet]. 2015 [citado 10/10/2023];61(3):196–202. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/JGk99jCdjvgtQtbPPymj9XR/?lang=en>.
26. Sepúlveda-Mendoza DL;Galván-Caudillo M;Soto-Fuenzalida GA;Méndez-Lozano DH. *Factors associated with successful vaginal birth in women with a cesarean section history.* Ginecología y obstetricia de Mexico [Internet]. 2015 [citado 10/10/2023]; 83(12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27290798/>.
27. Jawaria Farzand Raja, Kausar Tasneem Bangash, Mahmud G. *VBAC Scoring: Successful vaginal delivery in previous one caesarean section in induced labour* ResearchGate. Pakistan Medical Association [Internet].; 2013 [citado 11/11/2023]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/260606149\\_VBAC\\_Scoring\\_Successful\\_vaginal\\_delivery\\_in\\_previous\\_one\\_caesarean\\_section\\_in\\_induced\\_labour](https://www.researchgate.net/publication/260606149_VBAC_Scoring_Successful_vaginal_delivery_in_previous_one_caesarean_section_in_induced_labour).
28. H. Congreso del Estado de Chihuahua *Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua* Secretaría de Asuntos Legislativos [Internet] 2017. [citado 30/06/2023]. Disponible en: <https://www.congresochihuahua2.gob.mx/biblioteca/leyes/archivosLeyes/1342.pdf>.
29. Vasilachis, I., Ameigeiras, A. R., Chernobilsky, L. B., Giménez, V., Mallimaci, F., Mendizábal, N., Neiman, G., Quaranta, G., & Soneira, A. J. (2006). *Estrategias investigación cualitativa* [Internet]. Gedisa S.A. Barcelona. España (1.ª ed., Vol. 1) [citado 3/11/2023]. Disponible en: <https://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2013/03/Estrategias-de-la-investigacion-cualitativa-1.pdf>.



30. Ayachi A, Derouich S, Morjene I, Mkaouer L, Mnaser D, Mourali M. *Facteurs prédictifs de l'issue de l'accouchement sur utérus unicatriciel, expérience du centre de Maternité de Bizerte*. Pan African Medical Journal. [Internet]. 2016 [citado 9/11/2023] 2016;25. Disponible en: <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.76.9164>.

## ANEXOS

Hoja de consentimiento informado para internamiento de la paciente en la cual acepta el uso de lo contenido en el expediente electrónico para la investigación y fines de estudio, en la cual el investigador se compromete a hacer uso de los datos personales de acuerdo al aviso de privacidad dictado por el Hospital Central del Estado de Chihuahua a cargo de ICHISAL e INSABI.



## Anexo 1

# Aviso de Privacidad Integral

## Para Usuarios de las Unidades Médicas del Instituto Chihuahuense de Salud

El Instituto Chihuahuense de Salud comprometido con la protección de sus Datos Personales asumiendo la responsabilidad de su uso, manejo, almacenamiento y confidencialidad en armonía a lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua en su Título Cuarto, Capítulo único, artículo 67 da a conocer a los usuarios el siguiente aviso de privacidad integral:

### RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

El Instituto Chihuahuense de Salud con domicilio en Calle Tercera 604, Zona Centro, 31000 Chihuahua, Chihuahua, es responsable del tratamiento de sus datos personales conforme a este Aviso de Privacidad.

### DATOS QUE SE RECABAN.

En armonía a los numerales 5.2 y 5.2.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico Los datos personales de contacto y/o de identificación que se recabaran son:

DATOS PERSONALES		
Nombre	Domicilio	Números Telefónicos
Género	Ocupación	Correo Electrónico
Edad	Huella Digital	R.F.C / CURP

### DATOS SENSIBLES.

Con fundamento en la norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos y en la norma NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, los datos sensibles que recabará el Instituto Chihuahuense de Salud serán tratados con estricta seguridad y confidencialidad conforme a este aviso de privacidad, dichos datos son los relacionados con el estado de salud, antecedentes e historial clínico e información sobre el modo de vida, como pueden ser:

DATOS PERSONALES SENSIBLES		
Padecimientos Físicos	Uso de tatuajes, Piercing, Acupuntura, Pilo electrolisis	Antecedentes Gineco-obstetricos
Padecimientos Mentales	Antecedentes prácticas sexuales de riesgo	Hospitalizaciones recientes
Uso de medicamentos con iteración para donación y/o transfusión	Información Biométrica	Uso o Abuso de Drogas



# Aviso de Privacidad Integral

Para Usuarios de las Unidades Médicas del  
Instituto Chihuahuense de Salud

## TRATAMIENTO QUE SE DARA A LOS DATOS PERSONALES.

El relacionado con la integración y actualización del expediente clínico en físico y/o electrónico para los fines descritos a continuación:

## FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

Finalidades necesarias para el mantenimiento de la relación con el titular de los datos:

- ✓ Prestación de servicios médicos, estudios y análisis, terapia, rehabilitación, dieta y nutrición.
- ✓ Creación, estudio, análisis, actualización y mantenimiento de archivo clínico.
- ✓ Facturación y cobranza por servicios.
- ✓ Mantenimiento de registros para seguimiento a servicios
- ✓ Diagnóstico y Plan Social

## TRANSFERENCIA

El Instituto Chihuahuense de Salud puede transferir dentro y fuera del país, los datos personales en su posesión a terceros subrogados para los fines señalados en este Aviso de Privacidad. Los terceros a los que se transferirán dichos datos son laboratorios, clínicas, hospitales o centros de investigación (quienes estarán sujetos a los dispuesto en el Título Quinto, Capítulo Único, artículos 83 al 91 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua, en su rol de "encargado") para la prestación de servicios médicos, análisis de laboratorio, estudios y análisis, terapia, rehabilitación, dieta y nutrición, creación, estudio, análisis, actualización y mantenimiento de archivos clínicos,

## MODIFICACIONES AL AVISO DE PRIVACIDAD.

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales, de las propias necesidades del "Responsable" por los servicios que ofrece, de las prácticas de privacidad o por otras causas, por lo que el "Responsable" se reserva el derecho de efectuar en cualquier momento las modificaciones o actualizaciones que sean necesarias al presente aviso de privacidad.

El "Responsable" pondrá a disposición del titular, la versión actualizada del aviso de privacidad, en la página de internet que a continuación se indica:

<http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/AVISO%20DE%20PRIVACIDAD%20AREA%20MEDICA%202021.docx>

Este aviso de privacidad se modificará en el sitio <http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/cuentas.php?id=98>

## SOLICITUD DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALES Y REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Todos los datos personales son tratados de conformidad con la legislación aplicable y vigente, por ello los titulares de datos personales tienen en todo momento el derecho a acceder a los datos personales que posee el *Instituto Chihuahuense de Salud* y a los detalles del tratamiento de los mismos, así como a rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; cancelarlos cuando resulten ser excesivos o innecesarios para las finalidades que justificaron su obtención; y oponerse a su tratamiento ante la Unidad de Transparencia con domicilio en Calle Tercera # 604,



"2021. Año del Bicentenario de la Consumación de la Independencia de México"  
"2021 año de las culturas del Norte"  
Calle Paseo Bolívar #119, Col. Centro, Chihuahua, Chih.  
Teléfono (614) 429-3300. Ext. 15111 [www.chihuahua.gob.mx/secretariadesalud](http://www.chihuahua.gob.mx/secretariadesalud)



# Aviso de Privacidad Integral

Para Usuarios de las Unidades Médicas del  
Instituto Chihuahuense de Salud

Zona Centro, CP 31000 Chihuahua, Chih. (614) 429-33-00 ext. 15111, correo electrónico [gabriela.valles@chihuahua.gob.mx](mailto:gabriela.valles@chihuahua.gob.mx), o por medio de la Plataforma Nacional de Transparencia <http://www.plataformadetransparencia.org.mx>

Declaro bajo protesta de decir verdad que he leído en su totalidad este Aviso de Privacidad y entiendo plenamente su alcance y contenido. Por medio del presente otorgo mi consentimiento para que el Instituto Chihuahuense de Salud trate mis datos personales de acuerdo a este Aviso de Privacidad.

De igual forma expresamente consiento el tratamiento por el Instituto Chihuahuense de Salud de mis datos personales, personales sensibles y la transferencia de mis datos personales, por lo que me reservo cualquier acto jurídico en contra del Instituto Chihuahuense de Salud.

AUTORIZADOS A RECIBIR INFORMACIÓN

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Chihuahua, Chihuahua, a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE LOS DATOS.



"2021. Año del Bicentenario de la Consumación de la Independencia de México"  
"2021 año de las culturas del Norte"  
Calle Paseo Bolívar #119, Col. Centro, Chihuahua, Chih.  
Teléfono (614) 429-3300. Ext. 15111 [www.chihuahua.gob.mx/secretariadesalud](http://www.chihuahua.gob.mx/secretariadesalud)



## Anexo 2

### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Protocolo de investigación *Prevalencia de complicaciones obstétricas en pacientes con cesárea previa en el Hospital Central del Estado de Chihuahua*

Investigadora: ***Dra. Carolina Palacio Escalante***

**FOLIO**

1. Parto vaginal previo Si/ No/ Cuántos
2. Cesáreas previas Si/ No/ Cuántas/
3. Edad
4. Numero de gesta
5. Semanas de gestación
6. Peso del recién nacido
7. Enfermedades crónico degenerativas
8. Complicación durante el parto y tipo