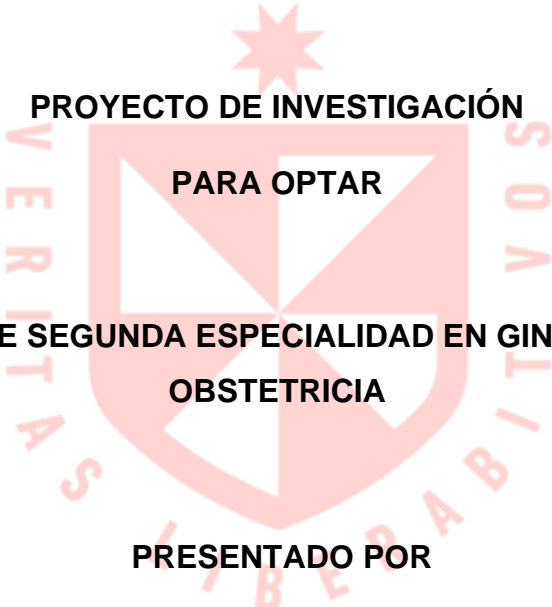


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO DE LA VERSIÓN CEFÁLICA
EXTERNA EN GESTANTES CON PRESENTACIÓN PODÁLICA.
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, 2024-2028**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA
PRESENTADO POR
YURI ENRIQUE GUZMAN TOLEDO**



ASESOR

JOSÉ DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES

LIMA- PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO DE LA VERSIÓN CEFÁLICA
EXTERNA EN GESTANTES CON PRESENTACIÓN PODÁLICA.
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, 2024-2028**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

YURI ENRIQUE GUZMAN TOLEDO

ASESOR

DR. JOSÉ DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES

LIMA – PERÚ

2024

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la situación problemática	5
1.2 Formulación del problema	8
1.3 Objetivos	8
1.3.1 Objetivo general	8
1.3.2 Objetivos específicos	8
1.4 Justificación	9
1.4.1 Importancia	9
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	10
1.5 Limitaciones	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Bases teóricas	22
2.3 Definición de términos básicos	29
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	30
3.1 Formulación	30
3.2 Variables y su definición operacional	30
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	33
4.1 Diseño metodológico	33
4.2 Diseño muestral	33
4.4 Procesamiento y análisis de datos	38
4.5 Aspectos éticos	38
CRONOGRAMA	40
PRESUPUESTO	41
FUENTES DE INFORMACIÓN	42

ANEXOS	52
1. Matriz de consistencia	53
2. Instrumento de recolección de datos	54
3. Consentimiento informado	54

NOMBRE DEL TRABAJO

FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO DE LA
VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA EN GEST
ANTES CON PRESENTACIÓN PODÁLICA.
H

AUTOR

YURI ENRIQUE GUZMAN TOLEDO

RECUENTO DE PALABRAS

11273 Words

RECUENTO DE CARACTERES

63781 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

55 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

164.8KB

FECHA DE ENTREGA

May 31, 2024 12:16 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 31, 2024 12:17 PM GMT-5**● 11% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La presentación podálica, también llamado pelviana, se caracteriza por la posición longitudinal del feto en la cual, las nalgas o los miembros inferiores son las primeras en ingresar a la pelvis materna. Esta condición afecta entre el 3% y el 4% de todos los embarazos a término, y se observa un mayor número de casos de presentación podálica en gestaciones menos avanzadas (1). Los factores primarios vinculados con la presentación podálica según la literatura incluyen la existencia de anomalías congénitas o fibromas, oligohidramnios, parto prematuro, ciertas malformaciones congénitas específicas del feto y restricción del crecimiento intrauterino (2).

El parto vaginal de una presentación podálica comparado al de una cefálica, parece asociarse con un aumento en los riesgos de complicaciones para el bebé, como el prolapso del cordón umbilical, lesiones del plexo braquial o dificultades para la expulsión de la cabeza, lo que puede resultar en muerte perinatal, así como en enfermedades y discapacidades permanentes. Optar por una cesárea planificada puede disminuir estos riesgos; sin embargo, una cesárea conlleva a tasas elevadas de morbilidad materna posparto ya que puede causar complicaciones significativas, como mayor pérdida de sangre, anemia, infecciones del tracto urinario, separación parcial o completa de la herida quirúrgica, endometritis, disminución de la satisfacción sexual postparto, fiebre e infección, así como puede aumentar la frecuencia de ruptura uterina, espectro de acretismo placentario e incluso la necesidad de histerectomía en futuros embarazos (3,4).

En este contexto, la versión cefálica externa (VCE), intervención recomendada por la American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG, en sus siglas en inglés), Royal College of Obstetricians & Gynecologists (RCOG, en sus siglas en inglés) (5) y Barcelona Clinic (6), quienes la sugieren bajo ciertas indicaciones, como una opción para aumentar los partos vaginales y reducir la incidencia de cesáreas en fetos que tenían presentación podálica.

La VCE es una técnica empleada para girar manualmente al feto de una posición de nalgas a una posición cefálica mediante presión controlada sobre el abdomen materno en embarazos a término o cercanos a término, con el fin de aumentar las posibilidades de un parto vaginal en posición cefálica. Esta maniobra puede llevarse a cabo con o sin el uso de analgésicos, y también puede incluir o no el uso de terapia tocolítica (7,8). La técnica más comúnmente empleada es el "forward-roll", que implica dirigir la rotación fetal de manera que el dorso del feto se presente hacia el fondo del útero. En algunos casos, se puede optar por la técnica de "back-flip", donde se guía la rotación fetal para que el dorso del feto se presente hacia el segmento uterino (9).

El éxito de la VCE varía considerablemente entre los estudios, con tasas que van entre el 40.6%, 64.8% (10) y 72% (11). Esta tasa de éxito puede verse influenciadas por aspectos como el índice de líquido amniótico (ILA) ≥ 10.6 cm, la anestesia, ser múltipara, la ubicación de la placenta no anterior (12), el grado de encajamiento flotante, la cabeza fácilmente palpable, una menor edad gestacional (13), no experimentar dolor en el procedimiento, el tono uterino suave y la placenta posterior (14), que son variables que han demostrado ser predictores de éxito significativos

($p < 0.05$). No obstante, la evidencia es discordante, pues otras investigaciones no han encontrado asociación entre el grado de encajamiento, la paridad (14), la anestesia, ubicación de la placenta y la edad gestacional con el éxito de la versión cefálica (10,15).

La falta de claridad entre la evidencia presentada puede deberse a aspectos metodológicos de los estudios, diferencia entre el tipo de técnica utilizada, la experiencia del personal médico que realiza la VCE, entre otros. Por lo que se requiere comprobar o rechazar si aquellos factores guardan asociación al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica en otra institución, ya que el éxito de esta técnica puede variar considerablemente entre diferentes contextos y poblaciones.

En el país, la Guía Peruana de Procedimientos del Instituto Nacional Materno Perinatal y el Ministerio de Salud (16), aplicado a partos podálicos, sólo recomienda la culminación de la gestación para este tipo de presentación mediante una cesárea programada; sólo indicando la vía vaginal cuando la embarazada se encuentre en periodo expulsivo. Sin embargo, la versión cefálica externa no es contemplada como una alternativa para este tipo de partos dentro de la misma normativa del Ministerio de Salud (MINSA).

En el Hospital Carlos LanFranco La Hoz, según información institucional, se observa variabilidad en los resultados de la versión cefálica externa en gestantes con presentación pelviana, lo que aumenta las indicaciones de cesárea cuando el resultado no es exitoso, dando como resultado una mayor frecuencia de cesáreas

comparándolos con los partos vaginales (55% vs. 45%) (17). Esta situación plantea la necesidad de identificar los factores asociados que influyen en su éxito, lo que es crucial para mejorar las tasas de éxito de esta intervención, reducir la tasa de cesáreas y sus complicaciones asociadas, así como para optimizar los resultados perinatales. Por lo tanto, se necesita una investigación exhaustiva que analice los factores que pueden influir en el éxito de la VCE en gestantes con presentación podálica en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz entre el periodo 2024 a 2028?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz entre el periodo 2024 a 2028.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la prevalencia de éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica a término.

Determinar los factores sociodemográficos asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica.

Determinar los factores gineco-obstétricos asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica.

Determinar los factores ecográficos asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

Al identificarse los factores asociados con el éxito de la VCE, se pueden desarrollar estrategias específicas para optimizar el procedimiento. Comprender cómo estos factores influyen puede ayudar a los profesionales de la salud a identificar a muchas peruanas embarazadas que podrían beneficiarse más del procedimiento y a personalizar su atención prenatal y obstétrica en consecuencia. Asimismo, puede ayudar a optimizar el uso de recursos médicos y reducir la necesidad de intervenciones más invasivas, como la cesárea, lo que a su vez permitirá disminuir los costos y mejorar la experiencia de parto de la madre.

A nivel teórico, el estudio podría contribuir al cuerpo de conocimientos médicos y obstétricos, lo que podría llevar a mejoras en las pautas clínicas y protocolos de manejo de la presentación pelviana, ya que, a pesar de la importancia de la Versión Cefálica Externa en la gestión de la presentación pelviana, existe una falta de estudios exhaustivos a nivel nacional que examinen los factores que influyen en su éxito. Esto podría tener un impacto significativo en la práctica clínica, permitiendo a los proveedores de atención médica ofrecer opciones de parto más seguras y menos invasivas a las mujeres con presentación podálica, lo que a su vez puede mejorar la experiencia del parto y los resultados neonatales. Esto no solo beneficia

directamente a la madre y al bebé en el momento del parto, sino que también puede tener implicaciones a largo plazo para la salud materna y neonatal, local y nacional.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

La investigación propuesta es factible, ya que el investigador gestionará con anticipación la aprobación del proyecto y los permisos necesarios de la Universidad de San Martín de Porres, del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, de un Centro Especializado de Ensayos Clínicos y del Registro Peruano de Ensayos Clínicos. Esto se hará para garantizar el cumplimiento del cronograma previsto y para prevenir posibles retrasos administrativos.

Además, será viable por la disponibilidad de recursos humanos, económicos y materiales suficientes para llevarse a cabo el estudio y posteriormente, ser publicado.

1.5 Limitaciones

Es importante destacar que los resultados obtenidos no serán extrapolables a otros contextos o poblaciones, ya que solo representarán a las gestantes en estudio.

Otra limitación, es la falta de un protocolo aprobado por la institución y/o en guías nacionales, sobre el procedimiento de versión cefálica externa. Cabe señalar, que al ser un procedimiento manual, operador dependiente, los resultados podrían variar de no seguir un protocolo adecuado para todos los casos que pueda sesgar el estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Unno S et al (18), en el año 2023, realizó una investigación utilizando anestesia regional con el objetivo de investigar los factores predictivos de una versión cefálica externa de éxito. Fue un estudio de tipo retrospectivo donde se incluyó a 622 mujeres en total, de las cuales 608 fueron sometidas a VCE entre los años 2010 al 2022. Los resultados determinaron que la tasa de éxito fue del 76.3%. Las mujeres multíparas tuvieron tasas significativamente más altas de éxito que las primíparas (ORa=2.06). Mujeres con un pozo vertical máximo menor de 4 centímetros tuvieron tasas de éxito relativamente más bajas que aquellas mujeres con uno entre 4 y 6 centímetros (OR=0.56). Así mismo, una placentación diferente a la anterior fue asociada a tasas de éxito mayores que la placentación anterior (OR=1.46). Los autores concluyeron que, la multiparidad, el máximo bolsillo vertical y la localización placentaria no anterior se asocian a mayores tasas de éxito de VCE.

Londero AP et al (19), en el 2023, publicó un trabajo con el objetivo de evaluar los factores asociados a la tasa de éxito y fracaso de la VCE en fetos con presentación pelviana. Fue un estudio transversal donde se incluyó un total de 149 671 embarazos únicos a los cuales se les había realizado VCE. Los resultados encontraron que se obtuvo una tasa de éxito del 64.23%. La prevalencia de parto vaginal espontáneo fue del 71.63%; mientras que, de los procedimientos fallidos, el 24.74% alcanzaron presentación cefálica al momento del parto mientras que el 63.11%, terminaron en cesárea. Los factores asociados a mayor fracaso de la versión cefálica externa fueron: la nuliparidad, el sexo femenino, el bajo percentil

de peso fetal, IMC alto antes del embarazo, IMC alto al momento del parto, y el aumento de peso excesivo de la gestante durante el embarazo ($p < 0.001$). Ser menor de 25 años y ser mayor de 40 se identificó como un factor protector importante contra el fracaso de la versión cefálica externa

($p < 0.001$). Los autores concluyen una alta tasa de éxito de VCE con posterior parto vaginal espontáneo; además, los resultados identificaron que la nuliparidad, la edad materna, el sexo femenino del feto, el bajo peso fetal y las características antropométricas de la madre son factores que se involucran con los resultados de VCE.

Sium AF (14) et al en el año 2023 investigó un estudio que tuvo por objetivo determinar la tasa de éxito de la versión cefálica externa y sus factores asociados en Etiopía. Fue un estudio transversal prospectivo donde se analizaron un total de 152 gestantes a las cuales se les había realizado el procedimiento desde 1 de junio del 2018 hasta el 30 de marzo del 2019. Los resultados determinaron que la tasa de éxito fue del 71.7%, y esta no fue diferente entre multíparas ni nulíparas ($ORa = 1.4$), según el grosor de la pared abdominal ($ORa = 3.5$) y entre la parte de la presentación no comprometida y comprometida ($ORa = 1.1$). Una placentación posterior se asoció al éxito de la VCE comparándose con la placenta anterior ($ORa = 1.14$); de igual manera, aquellos casos que no presentaron dolor también se asociaron a una mayor tasa de éxito ($ORa = 14.68$); así mismo, un tono uterino no intenso fue asociado a una mayor tasa de éxito en comparación un tono uterino intenso ($ORa = 3.89$). El 84% de las gestantes a quienes se les realizó VCE tuvieron partos vaginales. Se concluyó que las tasas de éxito fueron altas comparadas con

otros estudios y que la ausencia de dolor durante el proceso, la placenta posterior y un tono uterino no intenso se asociaron una versión cefálica externa exitosa.

Bilgory A et al (20) en el año 2023 realizó un estudio que tuvo por objetivo identificar los factores que predicen un parto vaginal con presentación de verte en mujeres embarazadas que ingresan para una versión cefálica externa. El estudio fue de tipo cohorte retrospectiva donde se incluyó un total de 946 mujeres entre noviembre 2011 a diciembre 2018. Los resultados indicaron que el 75.8% de mujeres tuvieron una versión cefálica externa exitosa y el 70.1% de ellas tuvieron un parto vaginal en vértice. Aquellas mujeres multíparas tuvieron una tasa de parto vaginal del 41%. Las multíparas versus las nulíparas tuvieron un ORa= 5.42 y $p < 0.001$. Las mujeres con índice de líquido amniótico de 50 a 79mm en comparación con aquellas que tenían 80 a 200mm tuvieron ORa= 0.21. Se utilizó la prueba Hosmer-Lemeshow para evaluar la bondad de ajuste ($p=0.836$). Los autores concluyeron que tener un hijo y un índice de líquido amniótico >200 mm son factores predisponentes independientes positivos para lograr obtener un parto vaginal en vértex después de una VCE.

Dong T et al (21) publicó en el año 2022 una estudio con el objetivo de desarrollar modelos de predicción de la probabilidad de éxito en la versión cefálica externa (VCE) y del resultado del parto. Un estudio retrospectivo realizado en un solo centro de salud donde la población total fue de 350 gestantes que tenían un embarazo único, no cefálico y a las 36 semanas o más. Se encontró que en el 66.3% de casos la versión cefálica externa fue exitosa. Ocho factores predictivos fueron identificados para una VCE exitosa: tener menos de 39 semanas de embarazo,

mujeres multíparas, IMC previo al embarazo menor a 22 kg/m³, cabeza fetal palpable, compromiso podálico, diámetro biparietal más grande y placenta posterior, con un modelo de buena calibración y buena discriminación. Los autores concluyeron que su modelo de predicción para versión cefálica externa demostró ser exitoso, por lo que se puede utilizar en la práctica clínica.

Cobec IM et al (7) en el 2022 buscaron identificar los factores que se asocian al éxito de la VCE, destacar la importancia de la tasa de su éxito en la presentación de nalgas y resaltar la tasa alta de parto vaginal después de una VCE de éxito en su investigación. Fue un estudio de tipo observacional retrospectivo donde se incluyeron 113 mujeres embarazadas con fetos únicos en presentación de nalgas que se sometieron a versión cefálica externa desde enero 2016 hasta marzo 2021. Los resultados determinaron que la tasa de éxito alcanzado fue del 54.9% mientras que la tasa de parto vaginal general fue de 44.2% independientemente del resultado de la VCE. 80.6% fue la tasa de parto después de la versión cefálica externa exitosa (cerca del 79% de las mujeres que se les realizó Versión cefálica externa exitosa dieron a luz de manera espontánea sin complicaciones). La VCE se realizó con éxito en 3 de 4 mujeres que tenían una cesárea previa. Se concluyó que la versión cefálica externa para una presentación podálica es un procedimiento seguro con una buena tasa de éxito, lo cual aumenta la tasa de partos vaginales.

Palepu P et al (22) en el año 2022 realiza un estudio que buscaba analizar el modo de parto después de una VCE exitosa e identificar los factores que están asociados con el parto por cesárea intraparto comparado al de una presentación cefálica espontánea. Estudio de tipo observacional retrospectivo en donde se incluyó a 430

embarazadas que tuvieron una versión cefálica externa de éxito y se comparó con aquellas que desarrollaron presentación cefálica espontánea. Los resultados indicaron que las tasas de cesárea fueron similares entre ambos grupos (22.3% versus 20.1%, $p = 0.298$). Aquellas mujeres que tuvieron una versión cefálica externa de éxito (OR=1.5), edad materna (OR=1.06) y dieron a luz previamente por cesárea (OR=5.16) se asociaron a cesárea intraparto. Se concluyó que aquellas mujeres que tuvieron una VCE exitosa tuvieron mayor riesgo de cesárea en comparación con aquellas que tuvieron presentación cefálica espontánea.

Svensson et al (23) en el año 2021 publicaron una investigación que tuvo por objetivo evaluar el impacto del índice de masa corporal (IMC) en mujeres gestantes con probabilidad de versión cefálica externa (VCE) exitosa. Un estudio observacional y retrospectivo que incluyó 2331 mujeres que fueron sometidas a VCE desde enero 2014 hasta diciembre 2019. Los resultados identificaron una tasa de éxito global de 53.4%. Las gestantes con un IMC menor a 25 kg/m² tuvieron una tasa de éxito del 51.3%, mientras que aquellas que eran obesas la tasa de éxito fue del 58.6%. El riesgo de falla de la VCE en mujeres con IMC mayor a 25 kg/m² tuvo un OR = 0.74 en comparación con aquellas que tenían un IMC menor a 25kg/m², donde después de ajustar por factores de confusión adecuados, ya no había una asociación significativa. La edad materna avanzada, mayor edad gestacional, multiparidad, posición posterior de placenta, mayor peso estimado del feto y el polihidramnios disminuyeron significativamente el riesgo de falla de la VCE. Concluyeron que la obesidad materna parece no influir de manera negativa en la tasa de éxito de la versión cefálica externa.

Garcia et al (24) en el 2021 publicó un estudio que evaluó la percepción de las mujeres sobre la VCE para mejorar el asesoramiento y la implementación del procedimiento. El estudio fue de tipo descriptivo en donde se realizaron 76 entrevistas telefónicas a las participantes. Los resultados determinaron que el 48.5% de gestantes reportaron un dolor intenso durante el procedimiento y un 12.1% como severo. La mayoría de las participantes consideraba la VCE como alternativa a la cesárea. Más del 60% consideraba que podía repetir este procedimiento en un siguiente embarazo. Sin embargo, no se encontró asociación entre el éxito de la VCE y el dolor.

Anand K et al (25) en el año 2021 publicaron un estudio que buscaba determinar los factores asociados al éxito de la VCE en mujeres con fetos en podálico mayores a 36 de semanas de gestación. Fue un estudio tipo cohorte retrospectivo, donde se analizó a 611 embarazadas con feto en posición de nalgas y más de 36 semanas de gestación. Los resultados determinaron que hubo una tasa de éxito en el 70.4%. En el modelo de regresión logística múltiple, la multiparidad tuvo un OR=4.48, ILA Mayor o igual a 7 OR= 3.06, tipo de presentación podálica y localización de placenta posterior con OR=1.57. Se encontró que el tono (OR=1.82) y el polo fetal no comprometido (OR= 2.82) predicen el éxito en la VCE. Se concluye que la combinación de parámetros clínicos y ecográficos en una puntuación predictiva simple y eficaz se puede utilizar en la práctica clínica.

Cillard L et al (26) en el 2021 realizó una investigación la cual tuvo por objetivo identificar los factores predictivos de éxito en la VCE. Fue un estudio observacional, descriptivo donde se incluyó 613 gestantes que tenían un feto único en

presentación pelviana o en transverso. Los resultados determinaron que la tasa de éxito fue del 21.4% donde los factores predictivos de éxito fueron: presentación fetal transversal (OR=2.7; $p>0.01$), un médico con mucha experiencia (OR = 1.6; $p<0.01$), multiparidad (OR=1.6; $p<0.01$), localización placentaria no anterior (OR=1.4 $p<0.01$), intentos superiores a 3 se asociaron significativamente a menores probabilidades de éxito (OR=0.3; $p<0.01$). Los autores concluyeron que el conocimiento de estos factores ayudaría a mejorar la información que se les da a los pacientes.

Lauterbach R et al (27) en el 2021 publicó un estudio en la que buscaban evaluar la correlación entre una nueva variable, la presentación pelviana persistente y la tasa de éxito de la VCE. Fue un estudio de tipo retrospectivo en donde se incluyeron 1271 mujeres embarazadas con feto en posición pelviana. Los resultados identificaron que durante el periodo de estudio al 53.8% se les realizó versión cefálica externa con una tasa de éxito del 61.5%; sin embargo, las embarazadas con presentación podálica persistente y VCE exitosa presentaron una menor tasa de parto vaginal (27.3% versus 7%, $p < 0.001$) y una tasa más alta de parto instrumental (29% versus 13%, $p < 0.001$) y cesárea. Partos (43% vs 7%, $p<0.001$) en comparación con aquellos que la presentación de nalgas no fue persistente. Los autores concluyeron que las gestantes con feto en presentación pelviana persistente tienen una mayor tasa de falla de la VCE y una menor tasa de parto vaginal.

Correia Costa S et al (28) en el 2021 publicaron un estudio que buscaba evaluar el éxito de la VCE, los factores predictivos del éxito de éste y examinar la forma en

cómo afecta el parto y el embarazo. Fue un estudio de tipo transversal retrospectivo realizado desde enero 2002 a junio 2018 en un total de 324 pacientes que se les realizó VCE. Los resultados identificaron que la tasa global de éxito fue del 33.3% además como factores independientes para el éxito se encontró: la multiparidad, la posición fetal transversal, la presentación podálica no comprometida, el IMC bajo, el útero y la cabeza fetal palpable. No se encontró asociaciones significativas con otras variables. El uso frecuente de la VCE redujo significativamente la tasa de parto por cesárea en presentación pelviana (33%) sin aumentar el riesgo de morbilidad materna. Se concluyó que a pesar de tener una tasa de éxito relativamente baja, la realización de éste puede resultar en bajas tasa de partos por cesárea.

Piñel Pérez C et al (29) en el año 2021 realizó un estudio que evaluó los conocimientos y preferencias de pacientes en edad fértil sobre el manejo de la presentación pelviana a término. Un estudio transversal en donde participaron 200 mujeres a quienes se les aplicó un cuestionario de evaluación. Los resultados identificaron que el 20.5% había escuchado con anterioridad sobre la VCE: 29.27% por un ginecólogo; el 12.2%, por una matrona; 39.02%, por conocidos; 26.83%, por internet o redes sociales; y el 2.44%, por televisión. La formación académica ni los años de vida ni el hecho de ser o no ser gestantes fueron factores influyentes para conocer o desconocer la versión cefálica externa. Las multíparas estaban más informadas acerca del procedimiento (OR=2.1): 63.5% eligió la VCE mientras que el 35% prefirió elegir una cesárea programada. La mayoría de las participantes consideraron la técnica efectiva segura (58%), tanto para la madre como para el feto (55% y 46.5%). Los autores concluyeron que existe una deficiencia en la

calidad de información que se les brinda a las pacientes sobre este procedimiento por parte de ginecólogos y matronas.

Sánchez Romero J et al (30) en el año 2020 realizó un trabajo con el objetivo principal de demostrar cómo realizar una versión cefálica externa con un protocolo específico previo procedimiento de analgesia, a su vez evalúan los factores asociados al éxito de la Versión cefálica externa. Fue una investigación de tipo retrospectiva y descriptiva, realizada en un Hospital clínico universitario entre el 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre del 2018 donde se incluyeron 320 gestantes. Los resultados indicaron que la VCE tuvo el 82.5% de éxito. Sin embargo, 5.9% presentaron complicaciones como: bradicardia fetal (2.8%), sangrado vaginal (2.5%), prolapso de cordón (0.3%) y rotura prematura de membrana (0.3%). Un parto vaginal previo aumenta la tasa de éxito (ORa = 3.03). El IMC afecta el éxito de VCE (ORa= 0.94%) siendo las obesas con IMC mayor a 40 kg/m² tienen un ORa= 0.0 en comparación con aquellas de IMC normal. Pese a una VCE exitosa, el índice de parto por cesárea fue 22.2%, por lo que no existen diferencias entre los índices de parto por cesárea y vaginal después de la versión cefálica externa. Los autores concluyeron que la VCE es eficaz para reducir el número de cesáreas en la presentación podálica, además mencionan que el Índice de Masa Corporal materno y el tener un parto vaginal previo están asociados a una mayor tasa de éxito de la versión cefálica externa.

López Perez (11) en el año 2020 intentaron desarrollar un modelo de predicción de éxito de la VCE e identificar las variables relacionadas con su éxito, investigar las complicaciones derivadas del VCE y conocer los resultados perinatales posteriores.

Fue un estudio de tipo observacional descriptivo donde se recolectó información de 317 gestantes por un periodo de 6 años (1 de marzo del 2013 al 30 de abril 2019). Los resultados identificaron que hubo una tasa de éxito de la VCE del 72%, siendo las variables que más se relacionaron: la multiparidad, el sexo fetal, la palpación de la cabeza fetal, el volumen de líquido amniótico (VLA), el descenso de la presentación y la localización placentaria. Aquellas gestantes que tuvieron éxito en su VCE, el 77% lograron un parto vaginal sin aumento de morbilidad neonatal. La autora concluye que la VCE es un procedimiento eficaz y seguro, con una alta tasa de término en parto vaginal.

Cahan T et al (31) en el 2020 buscaron estudiar el efecto del intervalo de tiempo desde una versión cefálica externa exitosa hasta el parto sobre el riesgo de la cesárea y evaluar sus factores asociados. Fue un estudio de tipo cohorte retrospectivo en donde incluyeron 769 partos en donde se realizó versión cefálica externa de dos centros médicos entre 2011 al 2019. Los resultados determinaron que de las 769 mujeres que dieron a luz, el 12.7% tuvo parto por cesárea y el 87.3% tuvo parto vaginal. Aquellas que tuvieron parto por cesárea eran obesas (44.9% vs 21.9%, $p < 0.001$; OR 2.88) y nulíparas (45.9% vs 24.5%, $p < 0.001$; OR = 2.58). Los autores concluyeron que el tiempo transcurrido entre la Versión cefálica externa exitosa no se asoció al tipo de parto. El riesgo de parto por cesárea después de una VCE de éxito es mayor en mujeres nulíparas, obesas y aquellas que tuvieron un aumento alto de peso gestacional.

Largo JQ et al (32) en el año 2019 publicó un estudio que buscó investigar los factores que se asocian a la tasa de éxito de la VCE, para embarazos únicos y de

presentación no cefálica en el último trimestre de gestación. Un estudio de tipo retrospectivo con un total de 358 mujeres gestantes sometidas a VCE desde enero 2016 hasta junio 2018. Los resultados determinaron que hubo una tasa de éxito total del 70.1%. De esta tasa, aquellas multíparas alcanzaron un 79.1%, mientras que en las primíparas fue del 62.6% ($p < 0.01$). La tasa de parto vaginal total fue de 52.2% (61.3% en multíparas y el 44.6% en primíparas ($p < 0.01$)). Las variables que se asociaron significativamente al éxito de la Versión cefálica externa fue el número de partos, la presentación podálica y si la presentación fetal fue pélvica o no (todas $p < 0.05$), la tasa de complicaciones fue del 2.2%. Los autores concluyeron que la estrecha vigilancia a la Versión cefálica externa, hace que sea un procedimiento seguro y eficaz, siempre y cuando sea aplicado a casos debidamente seleccionados.

Limaye et al (33) en el año 2019 publicó un artículo que buscaba evaluar las diferencias de las características de pacientes que fueron sometidas a un intento de versión cefálica externa y aquellas que no. Este estudio cohorte retrospectivo incluyó a 215 mujeres de gestación única y presentación cefálica mayor a 37 semanas. De las 215 mujeres incluidas en el estudio, solo en el 51% se pudo realizar la VCE. No encontraron diferencias significativas de raza, tipo de seguro, edad o IMC entre las mujeres que se les realizó el procedimiento y las que no. Aquellas mujeres que fueron sometidas al procedimiento tenían mayores probabilidades de tener un parto vaginal (69% vs. 36%, $p < 0.001$), el 46% rechazó la VCE, entre las mujeres a las que se les realizó el procedimiento hubo una tasa de éxito del 55%. Los autores concluyeron que las mujeres con presentación fetal

anormal a término y aquellas sin parto vaginal anterior, tenían menos probabilidades de someterse a un intento de versión cefálica externa.

Morgan ER et al (34) en el 2019 publicó una investigación que buscaba estimar la proporción de éxito de los procedimientos de versión cefálica externa y evaluar los factores asociados al éxito en Estados Unidos. Fue un estudio tipo transversal poblacional en donde se incluyó a todas las gestantes (n=4981) que tuvieron un parto único en el estado de Washington. Los resultados identificaron que el 57.2% de los intentos de VCE tuvieron éxito, la primiparidad (OR= 1.43) y la multiparidad (OR = 1.68) se asoció al éxito del procedimiento. La altura materna, el peso pregestacional, polihidramnios, el número de atenciones prenatales, el tabaquismo y el sexo del bebe no se asociaron significativamente con los resultados de la versión cefálica externa. Autores concluyeron finalmente que la mayoría de procedimientos de versión cefálica externa tienen éxito, lo cual ayuda a la reducción de los partos por cesárea.

2.2 Bases teóricas

Versión Cefálica Externa

Es un procedimiento electivo en la que el se rota al feto de una presentación no cefálica a una cefálica mediante maniobras en el abdomen materno en embarazadas que no se encuentran en trabajo de parto, a término o cerca a término, con el fin de obtener más probabilidades de tener un parto vaginal cefálico (35).

La VCE está catalogada como una maniobra obstétrica, en la cual mediante la manipulación externa de los polos fetales, el polo podálico del estrecho superior se desplaza para que el polo cefálico ocupe el estrecho superior de la pelvis materna (6).

Según diversos estudios la VCE disminuye las probabilidades de no tener una presentación cefálica al nacer y de tener un parto por cesárea, se recomienda que el máximo de veces a intentar sea de tres, sin embargo, pese a sus beneficios es un procedimiento más popular en los países desarrollados que en aquellos en vías de desarrollo, esto debido al temor complicaciones relacionadas con la seguridad y políticas de los establecimientos de salud. (14)

Sin embargo, la VCE no está exenta de riesgos, de acuerdo a las investigaciones puede presentar: rotura prematura de membranas, sangrado vaginal, cambios en la frecuencia cardiaca fetal, prolapso de cordón umbilical, desprendimiento de placenta e incluso la muerte fetal. (30). Los factores que se asocian a una versión cefálica externa de éxito incluyen el peso y la altura de la madre, la paridad el peso al nacer, inducción del trabajo de parto y la posición de la cabeza fetal (31)

Las guías de práctica clínica en el Perú favorecen la mayor realización de cesáreas, según sean necesarias, a pesar de conocerse el aumento de morbilidad materna de ésta en comparación con el parto vaginal, además la cesárea previa es una indicación más para la realización de una nueva cesárea, considerándose un desafío para las pacientes y el personal sanitario, ya que reiteradas cesáreas están asociadas a mayores complicaciones quirúrgicas. En el Perú, las guías de práctica

clínica se encuentran desactualizadas y no incluyen la valoración respecto a la VCE como manejo para el parto pelviano, a pesar de que presenta bajo riesgo de complicaciones y reduciría significativamente la tasa de cesáreas. (36)

Presentación podálica

La presentación podálica, llámese también pelviana, hace referencia a aquella en la que la pelvis del feto que está en situación se encuentra en contacto con el estrecho superior de la pelvis de la madre. Pueden ser de tres tipos: nalgas puras, simple o francas; la cual es la más común, nalgas completas y nalgas incompletas (peor pronóstico). Hasta la semana 32 de gestación hay posibilidades de que el feto realice una versión de manera espontánea, posteriori es poco probable que el feto realice ello, por lo tanto, cualquiera sea la causa que entorpezca la versión espontanea del feto generara la presentación podálica. (37)

En la presentación podálica se identifican 3 pasos sucesivos: el desprendimiento pélvico, de los hombros; y finalmente, el cefálico; lo cuales, cada uno tiene un desprendimiento dificultoso y progresivo dado que va aumentar su diámetro. En la literatura clásica obstétrica, se describen diez tiempos del parto podálico, a diferencia del parto vaginal normal que solo tiene seis. (38) Los estudios indican que el parto vaginal de nalgas está demostrado que está asociado a tasas de morbimortalidad perinatal y neonatal, es por ello que en muchos lugares el personal de salud opta por la cesárea programada en estos casos. (7)

La presentación podálica trae consigo diversas complicaciones perinatales, es la mujer a la cual se le debe explicar las opciones de resolución que hay a su

disposición. Esto puede generar una situación de estrés y ansiedad para la madre, especialmente en aquellas que desean tener un parto vaginal, por ello es que una de las opciones es realizar la versión cefálica externa, la cual si tiene éxito permite tener un parto vía vaginal. (19)

Las causas asociadas a la presentación de nalgas pueden tener diferentes orígenes: la presencia de patologías maternas o fetales, como la presencia de anomalías fetales o aneuploidías, alteraciones de líquido amniótico, incompetencias del canal de parto, placentación anormal o muerte fetal, entre otros. (38)

Factores asociados al éxito

El éxito de la versión cefálica externa está asociado a diferentes factores. En la mayoría de los casos, se utiliza el fenoterol como terapia tocolítica, además se recomienda que este procedimiento se realice monitorizando al feto por sonografía y cardiotocografía, sumado a la tocólisis, hace que este procedimiento se realice de manera segura reduciendo las complicaciones. (7)

Algunos autores recomiendan que la VCE debe realizarse a partir de las 37 semanas de gestación como un procedimiento electivo con la intención de mejorar las posibilidades de parto vaginal cefálico, sin embargo, este procedimiento no se debería realizar entre las 34 y 36 semanas de gestación porque podría asociarse a partos prematuros. (39). Según las guías de procedimiento de otros países, la versión cefálica externa se le debe ofrecer a gestantes sin riesgos con embarazos únicos y en centros de salud que posean instalación para cesárea de emergencia. (7)

Los factores asociados al éxito según diferentes autores son: la multiparidad, ausencia de dolor durante el procedimiento, placenta ubicada posteriormente, tono uterino suave, paridad, cabeza fetal fácilmente palpable e IMC normal, acompañado siempre de parámetros ultrasonográficos. (14,25) Además un profesional de salud experimentado también influye positivamente en el éxito de la VCE. (26). Los factores que se han asociado al fracaso están relacionados a anomalías del conducto de Müller, índice bajo de líquido amniótico y placenta anterior o espalada fetal (40)

En general la mortalidad neonatal y morbilidad neonatal grave no parecen aumentar al intentar realizar una versión cefálica externa, sin embargo, si se recomienda que antes y durante el proceso se tengan los valores de la frecuencia cardiaca fetal hasta los 30 minutos posteriores a terminar el procedimiento. (41)

Si bien es un procedimiento con una tasa alta de éxito está contraindicado por razones que en sí mismas justifican una cesárea planificada, distinta a la presentación podálica como: oligohidramnios, metrorragia, malformaciones fetales, feto pequeño para a edad gestacional, anomalía Doppler, preeclampsia, cordón circular ajustado y útero con cicatrices entre otras sean consideradas de acuerdo al caso. (41)

En una presentación podálica a término, es esencial que el personal sanitario que realiza la VCE identifique con claridad las indicaciones y contraindicaciones, ya que el seguimiento adecuado y el cumplimiento de las técnicas ya aprobadas por los diferentes organismos institucionales internacionales, son pasos determinantes para lograr una buena tasa de éxito y garantizar la seguridad materna y fetal. Este procedimiento es altamente seguro siempre y cuando se aplique a la población correcta. (42)

Edad Materna

Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha del parto. Clásicamente, se divide en: Menor a 35 años y mayor igual a 35 años. Este último asociándose a mayor riesgo de patologías gestacionales, tasa de cesáreas y morbilidad maternofetal (43).

Paridad

Representa la cantidad de partos después de las 20 a 22 semanas de embarazo. Según la edad gestacional del parto, se divide en 9: Parto inmaduro (desde las 21 hasta las 23 semanas 6 días); pretérmino extremo (desde las 24 hasta las 27 semanas 6 días); pretérmino severo, desde las 28 semanas hasta las 29 semanas 6 días; pretérmino moderado, desde las 30 semanas hasta las 33 semanas 6 días; pretérmino tardío, desde las 34 semanas a las 36 semanas 6 días; a término inmaduro, desde las 37 hasta las 38 semanas 6 días; a término maduro, desde las 39 semanas hasta las 40 semanas 6 días; a término tardío, desde las 41 semanas hasta las 41 semanas 6 días; y postérmino, desde las 42 semanas (44).

Localización Placentaria

La placenta es un órgano discal, con función nutricional, endocrina, y regulador de crecimiento y metabolismo fetal. Su desarrollo inicia 4 días después de la fecundación, en el que la mórula entra al útero, penetrando su zona exterior o capa pelúcida, formando así el blastocisto. Éste se separa en 2: Masa celular interna que formará el embrión; y el trofoblasto, futura placenta. Para su correcta formación, requiere la invasión uterina de las arterias espirales en el espacio intervelloso. Luego de su implantación inicial, existe una “migración placentaria” que involucra la degeneración periférica o un crecimiento más rápido del segmento uterino inferior en relación con el resto del cuerpo uterino, determinando su posición final al término de una gestación (45).

Índice de Líquido Amniótico

Representa la suma del valor máximo obtenido de las columnas verticales de líquido, localizado en cada cuadrante del abdomen materno, excluyendo partes fetales o cordón umbilical. Su medición requiere el uso de un transductor ecográfico, el cual se coloca en posición sagital y perpendicular al suelo. Su valor normal es entre 50 a 250 milímetros. Un valor por debajo de éste, se denomina Oligohidramnios; y uno por encima, polihidramnios (46).

2.3 Definición de términos básicos

Gestante: Mujer que lleva en su útero un embrión o feto en desarrollo (47).

Factores: Características, condiciones o circunstancias que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad (48).

Presentación podálica: Presentación fetal donde el polo podálico fetal se encuentra en el estrecho superior materno (49).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación

Ho: No existen factores asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2024-2028

Hi: Existen factores asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2024-2028

3.2 Variables y su definición operacional

- **Variable Dependiente:** Éxito o fracaso en la versión cefálica externa
- **Variable Independiente:** Factores gineco-obstétricos y ecográficos

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR DE CALIFICACIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Éxito de la versión cefálica externa	Evidencia ecográfica de feto en presentación cefálica hasta una hora después de la versión cefálica.	Cualitativa	Nominal	Sí No	Ficha de recolección

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR DE CALIFICACIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	
Factores Gineco-Obstétricos	Edad materna	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la madre hasta el parto	Cuantitativa	Razón	Años	Ficha de recolección
	Paridad	Número de embarazos que una mujer ha tenido que han llegado a las 20 semanas de gestación o más	Cualitativa	Nominal	Nulípara Múltipara	
	Cesárea previa	Situación en la que una mujer ha dado a luz a un bebé a través de una cesárea en un embarazo anterior	Cualitativa	Nominal	Sí No	
	Edad gestacional	Tiempo transcurrido desde el primer día del último período menstrual de la mujer hasta la fecha actual.	Cuantitativa	Razón	Semanas	
	IMC	Índice de masa corporal, el cual relaciona peso y talla de la madre	Cualitativa	Ordinal	Bajo peso (<18.5 kg/m ²) Normal (18.5-24.9 kg/m ²) Sobrepeso (25-29.9 kg/m ²) Obesidad (≥ 30 kg/m ²)	
	Uso de tocolíticos	Utilización de fármacos que mitigan la dinámica uterina, evitando posibles cambios cervicales, que desencadenen un trabajo de parto.	Cualitativa	Nominal	Si No	
	Uso de anestesia regional	Utilización de fármacos administrados localmente para inducir la ausencia de sensación en una zona específica del cuerpo, en el caso de la gestante será en la sección inferior del cuerpo, es decir de la pelvis hacia los miembros inferiores.	Cualitativa	Nominal	Si No	
Factores Ecográficos	Peso fetal	Peso del feto en el útero materno durante el embarazo	Cuantitativa	Razón	Gramos	Ficha de recolección
	Sexo	Condición biológica del feto, que diferencia entre varones y mujeres	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	

Implantación de la placenta	Adherencia adhiere y se desarrolla en la pared del útero durante el embarazo	Cualitativa	Nominal	Anterior Posterior
Índice del líquido amniótico	Medida utilizada en obstetricia para evaluar la cantidad de líquido amniótico que rodea al feto en el útero materno	Cuantitativa	Razón	Centímetros
Dirección del dorso fetal	Posición en la que está orientado el dorso del feto dentro del útero materno	Cualitativa	Nominal	Frontal Derecha Izquierda
Tipo de presentación fetal	Posición en la que el bebé se presenta en el canal del parto con los pies o las nalgas hacia abajo en lugar de la cabeza	Cualitativa	Nominal	Franca No franca

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

La investigación tendrá un enfoque metodológico: Cuantitativo.

Según la intervención del Investigador: Experimental.

Según el Alcance: Analítico, Ensayo Clínico.

Según el Número de Mediciones de la o las Variables de Estudio:

Longitudinal

Según el Momento de la Recolección de Datos: Prospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población Universo:

Toda gestante con feto en presentación podálica que se atenderá por consultorio externo de Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz entre el periodo de Julio 2024 a Junio 2028. Se estima que para el periodo comprendido se tendrá una población universo de 80 gestantes por año, dando un total de población universo de 320 pacientes.

Población de Estudio:

Toda gestante mayor o igual de 18 años, con feto en presentación podálica, único y a término, que se atenderá por consultorio externo de Obstetricia en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz entre el periodo de Julio 2024 a Junio 2028, y que consienta realizar la versión cefálica externa hasta el final del procedimiento. Se estima que la población de estudio sea de 40 pacientes por año, dando un total de población de estudio de 160 gestantes.

Criterios de Elegibilidad:

Los sujetos a formar parte del estudio deben seguir los siguientes criterios:

- **Criterios de Inclusión**

Gestante con mayoría de edad (≥ 18 años).

Gestantes con feto a término (≥ 37 semanas y 0 días).

Gestantes con feto único.

Gestantes con feto en presentación podálica.

Gestantes sin trabajo de parto.

Gestantes en quienes se realizó la maniobra de versión cefálica externa.

Gestantes que deseen participar de la investigación.

- **Criterios de Exclusión**

Gestantes con feto pretérmino (20 a ≤ 36 semanas y 6 días) o postérmino (≥ 42 semanas).

Gestantes con malformación uterina congénita o adquirida como leiomioma.

Gestantes con contraindicación de parto vaginal como: desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa.

Gestantes con índice de líquido amniótico < 8 cm.

Gestantes con rotura prematura de membrana.

Feto con anomalías cromosómicas.

Restricción del crecimiento intrauterino.

Gestantes que no acepten participar del estudio o que, durante el procedimiento, decidan revocar su participación.

Gestantes con analfabetismo o certificado de discapacidad.

Tamaño de la Muestra

La muestra incluirá a toda la población de estudio debido a que la población es accesible. Se estima un tamaño de muestra de 20 pacientes por año, dando una muestra de 80 en los 4 años de estudio. El muestreo será no probabilística continuo y la técnica, la censal, debido a que se considerará a toda la población de estudio.

4.3 Técnicas de recolección de datos

Previo al inicio del estudio, se realizarán las coordinaciones necesarias para la aprobación del proyecto en el Registro Peruano de Ensayos Clínicos (RPEC), registro del estudio en un Centro de Investigación autorizado para ensayos clínicos, autorización de la institución y universidad a realizarse el estudio, apoyo de un patrocinador y de una póliza de seguro vigente.

Tras su aprobación se coordinará la contratación de una póliza de seguro para salvaguardar las complicaciones que pueden acontecer durante el procedimiento.

De igual manera, se procederá a socializar las autorizaciones con el jefe del área de Gineco-Obstetricia, para que tenga conocimiento de la investigación, así mismo para solicitar la participación y apoyo de 3 a 4 profesionales médicos especialistas gineco-obstetras, para que sean quienes realicen las maniobras de versión cefálica externa, ecografía Doppler y pruebas de monitoreo fetal.

A cada, uno de los profesionales especialistas se les brindará una capacitación relacionada con la temática, la cual será impartida por “un docente especializado en cada tema” en las instalaciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz; para ello se realizará la gestión con el jefe del área de Gineco-Obstetricia, para especificar la fecha y hora de su realización.

Todo sujeto de estudio que participe en el estudio será captado a través de las atenciones de consultorio externo de Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, entre Julio 2024 a Junio 2025, en quien tras verificar los criterios de inclusión y exclusión, se le realizarán 3 charlas informativas sobre el procedimiento, las cuales serán impartidas por el investigador, exhortando los beneficios y riesgos materno-fetales, con tiempo de intervalo de mínimo 72 horas entre las 2 primeras charlas, siendo registradas en la **Hoja de Registro de Charlas a Participantes** (ver anexo 2). Luego de la realización de la segunda charla, se procederá a una evaluación ecográfica del feto y se asignará la fecha para la realización de la versión cefálica externa.

El día del procedimiento, se realizará la tercera charla, en la cual se entregará la **Hoja de Consentimiento Informado** (ver anexo 3). Sólo previo al consentimiento de la paciente, se preparará a la paciente para su ingreso a la sala de Alto Riesgo Obstétrico, contigua al de sala de operaciones, colocándola bajo un monitor electrónico fetal y de funciones vitales.

Se procederá a la realización de la versión cefálica externa hasta en 3 oportunidades mediante técnica de "forward-roll", que implica dirigir la rotación fetal de manera que el dorso del feto se presente hacia el fondo del útero en primera instancia. En una segunda y tercera oportunidad, se puede optar por la técnica de "back-flip", donde se guía la rotación fetal para que el dorso del feto se presente hacia el segmento uterino, de ser necesario con apoyo ecográfico. En caso, la paciente en estudio desea desistir del estudio, podrá retirarse sin perjuicio alguno. Finalizado el procedimiento, se complementará con una prueba de bienestar fetal

Test No Estresante y ecografía post-procedimiento en búsqueda de signos de desprendimiento prematuro placentario y/o alteración del bienestar fetal, y se mantendrá a la paciente bajo supervisión continua por lo menos 24 horas. En caso de evidenciar un estado fetal no tranquilizador en la paciente, se procederá a culminar la gestación por vía cesárea a la brevedad posible.

Finalmente, la recolección de la información será por observación clínica y la documentación, utilizará como herramienta una ficha diseñada para la recopilación de datos (ver anexo 4). Esta ficha estará compuesta por las siguientes secciones:

- A. Factores maternos:** Edad materna, paridad, cesárea previa, edad gestacional, IMC, uso de tocolíticos y uso de anestesia regional.
- B. Factores Ecográficos:** Peso fetal, sexo, implementación de la placenta, índice del líquido amniótico, dirección del dorso fetal y tipo de presentación fetal.
- C. Éxito en la versión cefálica externa:** Sí/ No

Con el propósito de garantizar la validez del instrumento, se procederá a solicitar la evaluación de expertos en el campo correspondiente. Estos especialistas analizarán los aspectos relacionados con el contenido de la hoja de recolección de datos; solo siendo considerado como válido, si se observa un consenso significativo entre los expertos evaluadores.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

La información recopilada será ingresada en una base de datos utilizando el software SPSS 26.0., siendo sometida a una revisión de consistencia y control de calidad previo al análisis estadístico correspondiente.

Análisis Descriptivo: Se calcularán frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas para describir las características sociodemográficas y asistenciales.

Análisis Inferencial: Para determinar los factores asociados al éxito de la VCE en gestantes con presentación pelviana, se emplearán la prueba Chi cuadrado, considerando un nivel de significancia del 5%, siendo un valor de $p < 0.05$ considerado como significativo.

Finalmente, los resultados se presentarán en tablas de frecuencia y contingencia, de acuerdo con la operacionalización de variables. Además, se complementarán con gráficos estadísticos elaborados en Microsoft Excel 365.

4.5 Aspectos éticos

La ética en la investigación demanda que la práctica científica amplíe el conocimiento y mejore la condición humana, sin dañar a los participantes. Por ello, este estudio se llevará a cabo siguiendo estos principios:

Confidencialidad: Los nombres o apellidos de los participantes no serán registrados en ningún momento, siendo las fichas de recolección de datos codificadas para preservar su identidad.

Protección de datos: La información recopilada se encriptará para evitar la divulgación. Solo el investigador tendrá acceso a esta información y será responsable de decodificar los datos encriptados.

Asimismo, para garantizar la calidad del trabajo, se solicitará la revisión y aprobación del proyecto de investigación por parte del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres, del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, de un Centro de Investigación autorizado para ensayos clínicos y del Registro Peruano de Ensayos Clínicos.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	2024			2028		
	May	Jun	Jul 2024 – Agosto 2028		Set	Oct
Revisión bibliográfica	X					
Elaboración del proyecto	X	X				
Revisión del proyecto		X				
Presentación ante autoridades (USMP, HCCLH, REPEC, Centro de Investigación Autorizado)			X			
Contratación de Póliza de Seguro			X			
Revisión de instrumentos			X			
Preparación del material de trabajo			X			
Selección de la muestra			X			
Recolección de datos			X	X	X	
Control de calidad de datos					X	
Análisis e interpretación					X	
Redacción informe final					X	X
Impresión del informe final						X

PRESUPUESTO

RECURSOS	N°	C.U.	TOTAL
Recursos humanos			
- Asesor de investigación	1	S/. 500.00	S/. 500.00
- Asesor estadístico	1	S/. 500.00	S/. 500.00
Recursos materiales (Bienes y servicios)			
- Materiales de escritorio	-	S/. 300.00	S/. 300.00
- Hoja bond A4.	4 millares	S/. 25.00	S/. 100.00
- Fólderes	4	S/. 10.00	S/. 40.00
- Archivadores	4	S/. 7.00	S/. 28.00
- Internet	-	-	S/. 200.00
- Fotocopias	1500	S/. 0.10	S/. 150.00
- Anillado y empastado	-	-	S/. 180.00
- Otros gastos	-	-	S/. 500.00
Ensayo Clínico			
Comité de Ética	1	S/. 100.00	S/. 100.00
Póliza de Seguros	1	S/ 1500.00	S/ 1500.00
Derecho de Trámite REPEC	1	S/ 100.00	S/ 100.00
Total			S/. 4,198.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gray C, Shanahan M. Breech Presentation: StatPearls; 2022.
2. Sentilhes L, Schmitz T, Azria E, Gallot D, Ducarme G, Korb D, et al. Breech presentation: Clinical practice guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 2020; 252: 599-604 [Citado 30 de abril 2024]. Disponible en:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211520301494>.
3. Fernández-Carrasco F, Cristóbal-Cañadas D, Gómez-Salgado J, Vázquez-Lara J, Rodríguez-Díaz L, Parrón-Carreño T. Maternal and fetal risks of planned vaginal breech delivery vs planned caesarean section for term breech birth: A systematic review and meta-analysis. *J Glob Health* [Internet]. 2022; 1(1)[Citado 30 de abril 2024]. Doi:10.7189/jogh.12.04055.
4. Nordborg J, Svanberg T, Strandell A, Carlsson Y. Term breech presentation—Intended cesarean section versus intended vaginal delivery—A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2022; 101 (6): 564-576. [Citado 30 de abril 2024]. Disponible en:<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.14333>.
5. Impey L, MD, GM, PL, oCoOG. External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation. *BJOG* [Internet]. 2017 [citado 13 mayo 2024]; 1(124): 178-192. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14466>.

6. Marimon E,PJ,PP,MM. Versió cefálica externa. Clinic Barcelona Hospital universitari [Internet]. 2019 [citado 13 mayo 2024]; 1(1): p. 1-6. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/version-externa.pdf>.
7. Cobec I, Varzaru V, Kövendy T, Kuban L, Eftenoiu A, Moatar A, et al. External Cephalic Version-A Chance for Vaginal Delivery at Breech Presentation. Medicina (Kaunas).[Internet]. 2022; 58(11): 1619. [29 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36363576/>.
8. Dahl C, Zhang Y, Ong J, Yeh C, Son M, Miller E, et al. Patient characteristics associated with complications of external cephalic version. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM [Internet]. 2021; 3(5) [Citado 30 de abril 2024]. Disponible en:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2589933321001063>.
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Versión cefálica externa. In Obstetricia SEdGy. Documentos de Consenso.; 2021. 55-118.
10. Isakov O, Reicher L, Lavie A, Yogev Y, Maslovitz S. Prediction of Success in External Cephalic Version for Breech Presentation at Term. Obstet Gynecol [Internet]. 2019; 133 (5): 857-866 [Citado 30 de abril 2024]. Disponible en: 10.1097/AOG.0000000000003196.
11. López-Pérez R. Modelo de predicción de éxito de la versión cefálica externa. [Tesis doctoral en internet]. Tesis doctoral. España: Universidad Católica de Murcia; 2020.

12. Lin J, Liu W, Gu W, Zhou Y. A prospective study using an individualized nomogram to predict the success rate of external cephalic version. *Scientific Reports* [Internet]. 2022; 12 (11795). [Citado 30 de abril 2024]. Disponible en:<https://www.nature.com/articles/s41598-022-16112-7>.
13. Hutton E, Simioni J, Thabane L. Predictors of success of external cephalic version and cephalic presentation at birth among 1253 women with non-cephalic presentation using logistic regression and classification tree analyses. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2017; 96(8):1012-1020 [Citado 30 de abril 2024]. Disponible en:<https://doi.org/10.1111/aogs.13161>.
14. Sium A, Gudu W, Urgie T, Masresha G. External cephalic version success rate and associated factors: Experience from a tertiary center in Sub-Saharan Africa: A cross-sectional study. *Public Library of Science one*. [Internet]. 2023; 18(1): [29 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36649361/>.
15. Duan Z, Chen A, Li X, He X. Preoperative predictors of successful External Cephalic Version with breech presentation at term: a single centre experience. *Research Square* [Internet]. 2023; 1(1):1-12. [Citado 30 abril 2024]. Disponible en:https://www.researchgate.net/publication/373785549_Preoperative_predictors_of_successful_External_Cephalic_Version_with_breech_presentation_at_term_a_single_centre_experience.

16. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2nd ed.: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018.
17. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Análisis de la situación de salud HCLLH-ASIS. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz; 2022.
18. Unno S, Ogawa K, Nukariya A, Umehara N, Sago H. Predictive factors for successful external cephalic version with regional anesthesia. *J Obstet Gynaecol Res.*[Internet]. 2023; 49(5): 1335-1350. [29 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36796109/>.
19. Londero A, Xholli A, Massarotti C, Fruscalzo A, Cagnacci A. Factors influencing the effect of external cephalic version: a retrospective nationwide cohort analysis. *Archives of gynecology and obstetrics.* [Internet]. 2023; 308(4): 1127-1137. [29 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36068364/>.
20. Bilgory A, Minich O, Shvaikovski M, Gurevich G, Lessing J, Olteanu I. Predictive Factors for Successful Vaginal Delivery after a Trial of External Cephalic Version: A Retrospective Cohort Study of 946 Women. *American Journal Perinatology.* [Internet]. 2023; 40(15): 1679-1686. [30 abril 2024]. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0041-1739505>.
21. Dong T, Chen X, Zhao B, Jiang Y, Chen Y, Lv M, et al. Development of prediction models for successful external cephalic version and delivery outcome. *Arch Gynecol Obstet.* [Internet]. 2022; 5(1): 63-75.[29 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34128125/>.

22. Palepu P, Anand K, Ghosh S, Keepanasseril A. factors associated with intrapartum cesarean section after a successful external cephalic version. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. [Internet]. 2022; 35(25): 9038–9042. [30 abril 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.2012652>.
23. Svensson E, Axelsson D, Nelson M, Nevander S, Blomberg M. Success rate of external cephalic version in relation to the woman's body mass index and other factors-a population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. [Internet]. 2021; 100(12): 2260-2267. [29 abril 2024]. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34622950/>.
24. García M, Batista S, Milhinhos C, Clode N. Percepção da manobra de versão fetal externa pela grávida. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*. [Internet]. 2021; 15(2): 125-129 [29 abril 2024]. Disponible en: http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302021000200125&lang=es.
25. Anand K, Keepanasseril A, Amala R, Nair N. Development and validation of a clinical score to predict the probability of successful procedure in women undergoing external cephalic version. *European Association of Perinatal Medicine*. [Internet]. 2021; 34(18): 2925-2931. [29 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31590593/>.
26. Cillard L, Verhaeghe C, Spiers A, Madzou S, Descamps P, Legendre G, et al. External cephalic version: Predictors for success. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*. 2021; 50(9): [29 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34004364/>.

27. Lauterbach R, Bachar G, Ben-David C, Matanes E, Ginsberg Y, Beloosesky R, et al. Association of Persistent Breech Presentation With External Cephalic Version Success. *American College of Obstetricians and Gynecologists* [Internet]. 2021; 137(2): 258-262. [29 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33416280/>.
28. Correia Costa S, Raposo M, Machado A, Ramalho C, Ayres-de-Campos D, Montenegro N. External cephalic version: Predictors of success and influence on caesarean rates. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. [Internet]. 2021; 256: 211-214. [29 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33248375/>.
29. Piñel Pérez C, Caliendo C, Gómez-Roso Jareño M, López Galián J. Evaluación del conocimiento de la versión cefálica externa y de las preferencias sobre el manejo de la presentación podálica a término entre mujeres en edad fértil. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. [Internet]. 2021; 48(4): [29 abril 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210573X21000393>.
30. Sánchez-Romero J, Garcia-Soria V, Araico-Rodríguez F, Herrera-Gímenez J, Blanco-Carnero J, Nieto-Díaz A, et al. External Cephalic Version: Is it an Effective and Safe Procedure? *Journal of visualized experiments*. [Internet]. 2023; 193. [29 abril 2024]. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32568226/>.
31. Cahan T, Levin G, Moran O, Weill Y, Pollack R, Meyer R. Successful vaginal delivery after external cephalic version (ECV): does time interval from ECV

- to delivery make a difference? A multicenter study. *Archives of gynecology and obstetrics*. [Internet]. 2020; 302(6): 1361-1367. [29 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32749534/>.
32. Long J, Wei H, Xia H, Kong L, Song L, Yang Q, et al. Success rate and influencing factors of external cephalic version for singleton pregnancies in the third trimester. *Zhonghua yi xue hui*. [Internet]; 54(8): 516-521. [29 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31461807/>.
33. Limaye M, Abdullahi N, Has P, Danilack V, Froehlich R, Werner E. Factors Associated with Attempted External Cephalic Version for Fetal Malpresentation at Term. *American journal of perinatology*. [Internet]. 2019; 9(4): e323-e327. [29 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31620311/>.
34. Morgan E, Hu A, Brezak A, Rowley S, Littman A, Hawes S. Predictors of a successful external cephalic version: A population-based study of Washington state births. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. [Internet]. 2019; 32(3): e421-e426. [29 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30150151/>.
35. Prosego. Parto en la presentación de nalgas a término. [Online].; 2011. [\[Citado 27 noviembre 2022\]. Disponible en: https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0304501311003852&r=151.](#)
36. Fernandez-Guzman D, Ruesta-Berdejo R, Galvez-Olortegui J, Torrejon-Becerra J. Discrepancias sobre la versión cefálica externa en las guías de práctica clínica para el manejo de parto podálico. *Revista Peruana de*

- Medicina Experimental y Salud Publica. [Internet]. 2021; 38(3): p. [30 abril 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342021000300476.
37. Rodríguez-Díaz L, Fernández-Carrasco F, García-Iglesias J, Antolí -Jover A, Gómez-Salgado J, Vázquez-Lara J. Atención al parto en presentación podálica en el medio extrahospitalario. Rev Esp Salud Pública. [Internet]. 2020; 94: 1-12. [30 abril 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/re-sp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202011143.pdf.
38. Grillo-Ardila C, Bautista-Charry A, Diosa-Restrepo M. Atención del parto con feto en presentación pelviana: Revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [Internet]. 2019; 70(4): 253-265.[30 abril 2024]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v70n4/2463-0225-rcog-70-04-00253.pdf>.
39. Kim G. Reviving external cephalic version: a review of its efficacy, safety, and technical aspects. Obstetrics & gynecology science. [Internet]. 2019; 62(6): 371-381. [30 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31777732/>.
40. Melo P, Georgiou E, Hedditch A, Ellaway P, Impey L. External cephalic version at term: a cohort study of 18 years' experience. An international journal of obstetrics and gynaecology. 2019; 126(4): 493-499.[30 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30223309/>.

41. Ducarme G. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF — Version par manœuvre externe et techniques de version alternatives [Breech Presentation: CNGOF Guidelines for Clinical Practice - External Cephalic Version and other Interventions. Gynécologie, obstétrique, fertilité & sénologie.[Internet]. 2020; 48(1): 81-94.[30 abril 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31678503/>.
42. Han J, Wang S, Ding M. Retrospective Analysis of Pregnancy Outcomes Following External Cephalic Version for Breech Presentation. International journal of women's health. [Internet]. 2023; 15: 1941-1949. [30 abril 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10724068/>.
43. Heras B,J,MP,AA. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 13 mayo 2024]; 54(11): 575-580. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501311003128>.
44. Gutierrez M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2018 [citado 13 mayo 2024]; 64(3): 405-413. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n3/a14v64n3.pdf>.
45. Morgan-Ortiz F, Morgan F, Quevedo E, Gutierrez GBJ. Anatomía y fisiología de la placente y líquido amniótico. Rev Med UAS [Internet]. 2015 [citado 13 mayo 2024]; 5(4): 156-164. Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v5/n4/amniotico.pdf>.

46. Meler E, Mazarico E, Marimón E, Figueras F. Oligohidramnios en gestación única. San Joan de Déu [Internet]. 2020 [citado 13 mayo 2024]; 1(1): 1-6. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/oligohidramnios.pdf>.
47. Organización Mundial de la Salud. Embarazo. [Online].; 2016 [citado 08 mayo 2024]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=22261&filter=ths_termall&q=embarazo.
48. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Online].; 2020 [citado 08 mayo 2024]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28612&filter=ths_termall&q=factores%20de%20riesgo.
49. Organización Mundial de la Salud. Presentación de nalgas. [Online].; 2016 [citado 08 mayo 2024]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=1971&filter=ths_termall&q=presentacion.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>¿Cuáles son los factores asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2024-2028?</p>	<p>Objetivo general: Determinar los factores asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2024-2028</p> <p>Objetivos específicos: Determinar la prevalencia de éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica a término.</p> <p>Determinar los factores gineco-obstétricos asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica</p> <p>Determinar los factores ecográficos asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica</p>	<p>Hipótesis principal Ho: No existen factores asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2024-2028</p> <p>Hi: Existen factores asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2024-2028</p> <p>Hipótesis derivadas Existen factores gineco-obstétricos asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2024-2028</p> <p>Existen factores ecográficos asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2024-2028</p>	<p>Independientes: Factores gineco-obstétricos y ecográficos</p> <p>Dependiente: Éxito o Fracaso en la versión cefálica externa</p>	<p>Diseño metodológico: Experimental, analítico, ensayo clínico y prospectivo</p> <p>Población de estudio: 160 gestantes con feto en presentación podálica atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo julio 2024 a junio 2028.</p> <p>Muestra: 80 gestantes</p> <p>Técnica de investigación: Documental previa autorización de comité de ética del HCCLH, USMP, REPEC y Centro de Investigación especializado.</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos.</p> <p>Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información: Chi cuadrado, razón de prevalencia, regresión de Poisson.</p>

2. Hoja de Registro de Charlas a Participantes

Factores asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2024-2028

Propósito del Estudio: Determinar los factores asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2024-2028.

Usted ha recibido su _____ charla informativa sobre el procedimiento de versión cefálica externa (VCE). En caso haber comprendido la totalidad de la charla, haber realizado todas las preguntas generadas durante la charla y desear continuar con el proceso, proceda a completar los siguientes datos:

Participante:

Fecha

En caso querer desistir del estudio y no querer continuar con la siguiente etapa del estudio, proceda a completar los siguientes datos:

Participante:

Fecha

Investigador que brindó la charla:

Fecha

3. Consentimiento informado

Factores asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2024-2028

Propósito del Estudio: Determinar los factores asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2024-2028.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio se procederá a realizar la maniobra de versión cefálica externa y consignar la información en una ficha de recolección. Cabe señalar que todos los procedimientos serán ejecutados por especialistas en ginecología responsables de su atención médica.

Riesgos y Beneficios: Existen algunos riesgos derivados de la realización de la maniobra de VCE: Rotura prematura de membranas, sangrado vaginal, cambios en la frecuencia cardíaca fetal, prolapso de cordón umbilical, desprendimiento de placenta e incluso la muerte fetal; no obstante, todos los procedimientos serán ejecutados por especialistas en ginecología responsables de su atención médica; los cuales están capacitados para atender cualquier complicación derivada o no de los procedimientos de estudio. Por otro lado, el éxito de la maniobra disminuye las probabilidades de no tener una presentación cefálica al nacer y de tener un parto por cesárea, con las complicaciones derivadas de esta operación.

Confidencialidad: Su identidad no se divulgará en ninguna etapa de la investigación, pues toda la información que Ud. brinde será usada solo con fines estrictos de estudio. En caso este estudio fuese publicado se seguirá salvaguardando su confidencialidad, ya que no se le pedirá en ningún momento sus nombres ni apellidos. Se pone en conocimiento que Ud. puede decidir retirarse de este estudio en cualquier momento del mismo, o no participar – si así lo desea – sin perjuicio alguno.

Acepto voluntariamente participar en este estudio luego de haber discutido los objetivos y haber realizado todas las preguntas sobre el procedimiento de la investigación con el investigador responsable.

Participante

Fecha

Investigador

Fecha

4. Instrumento de recolección de datos

Factores asociados al éxito de la versión cefálica externa en gestantes con presentación podálica. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2024-2028

Nº de ficha: _____

Fecha: __/__/__

Estado Civil: _____

Grado Académico: _____

A. Factores Gineco-Obstétricos

Edad materna: _____ años

18 – 25 años ()

25 – 35 años ()

≥ 35 años ()

Paridad:

Nulípara ()

Múltipara ()

Cesárea previa:

Sí ()

No ()

Edad gestacional: _____ ss

IMC: _____ kg/m²

Bajo peso (<18.5 kg/m²) ()

Normal (18.5-24.9 kg/m²) ()

Sobrepeso (25-29.9 kg/m²)()

Obesidad (≥ 30 kg/m²) ()

Uso de tocolíticos:

Sí ()

No ()

Uso de anestesia regional:

Sí ()

No ()

B. Factores Ecográficos

Peso fetal: _____ g

Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

Implementación de la placenta: Anterior ()

Posterior ()

Índice del líquido amniótico: _____ cm

Dirección del dorso fetal:

Frontal ()

Derecha ()

Izquierda ()

Tipo de presentación fetal: Franca () No franca ()

C. Éxito de la versión cefálica externa: Sí ()

No ()