



Universidad Norbert Wiener

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

**COMPLICACIONES MATERNO – NEONATALES EN PACIENTES CON
PARTO VAGINAL LUEGO DE CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL
MARÍA AUXILIADORA EN EL AÑO 2016**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Presentado por:

BACH. ESPINO FELIPA, ELDA JOHANNA

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido seguir adelante y darme las fuerzas necesarias para lograr cada triunfo en mi vida.

A mis padres, mi hermana y mi abuela, por ese amor y apoyo incondicional que me brindan cada día.

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme finalizar esta etapa de mi vida.

A mis padres por darme su apoyo y su esfuerzo durante toda mi etapa universitaria.

A mi asesora de tesis por su apoyo, consejos y sugerencias en el presente trabajo.

Al Hospital María Auxiliadora, el Servicio de Gineco-Obstetricia, el área de estadística y docencia por brindarme todas las facilidades para la recolección de datos.

ASESORA

Dra. María Evelina Caldas Herrera

JURADOS

PRESIDENTE:

Dra. Sabrina Ynés Morales Alvarado

SECRETARIO:

M.C. Aldo Hugo Calero Híjar

VOCAL:

M.C. César Tárraga Palomino

ÍNDICE

RESUMEN	8
SUMMARY	9
I. EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema.....	10-11
1.2. Delimitación de la Investigación.....	11
1.3. Formulación del problema.....	11
1.4. Objetivo General.....	12
1.5. Objetivos Específicos.....	12
1.6. Justificación.....	12
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	13-16
2.2. Bases teóricas.....	16-27
2.3. Terminología Básica.....	28
2.4. Hipótesis.....	29
2.5. Variables.....	29
2.6. Operacionalización.....	30
III. DISEÑO MÉTODOLÓGICO	
3.1. Tipo y Nivel de la investigación.....	31
3.2. Población y muestra.....	31- 32
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
3.5. Procesamiento y análisis estadísticos.....	33
3.6. Aspectos éticos.....	33
IV. RESULTADO Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados.....	34-41
4.2. Discusión.....	42-44
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	45

5.2. Recomendaciones.....	45-46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47-50
ANEXOS.....	51

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.....	pág.34
Gráfico 2.....	pág.35
Gráfico 3.....	pág.36
Gráfico 4.....	pág.37
Gráfico 5.....	pág.38
Gráfico 6.....	pág.39
Gráfico 7.....	pág.40
Gráfico 8.....	pág.41

RESUMEN

Objetivo: Determinar las complicaciones materno-neonatales y características sociodemográficas en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.

Material y Método: El estudio fue de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal. Se revisó las historias clínicas de 91 pacientes que culminaron su gestación por vía vaginal teniendo como antecedente cesárea previa en alguno de sus partos anteriores.

Resultados: En relación a los factores sociodemográficos, predominó el grupo etario de pacientes con edades de 25-29 años con 31%, 75% que tenían secundaria, 94% eran ama de casa, 75% conviven con su pareja, 98% tenía cesárea previa como antecedente y 36% de estas pacientes fueron primíparas.

En relación a las complicaciones maternas: 59% no había tenido ninguna complicación materna, sin embargo 31% han tenido desgarro perineal siendo la complicación con más alto porcentaje, en las complicaciones neonatales un 92% no tuvo complicaciones.

Conclusiones: Las complicaciones maternas-neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora fueron desgarro perineal, hemorragia post parto, retención de restos placentarios, estas dos últimas en menor grado; bajo peso al nacer, APGAR bajo, muerte neonatal y sufrimiento fetal agudo, 92% no presentó complicaciones neonatales.

Palabras clave: Complicaciones maternas, Complicaciones neonatales, Parto vaginal y cesárea previa.

SUMMARY

Objective:

To determine maternal-neonatal complications and sociodemographic characteristics in patients with vaginal delivery after a previous caesarean section at the María Auxiliadora Hospital in 2016.

Material and Method: The study was of a descriptive, observational, retrospective cross-sectional type. We reviewed the medical records of 91 patients who completed their gestation vaginally, having a prior cesarean section in one of their previous births.

Results: Regarding sociodemographic factors, the age group of patients aged 25-29 years with 31%, 75% who had secondary education, 94% were housewives, 75% lived with their partners, 98% had previous cesarean section. antecedent and 36% of these patients were primiparous. In relation to maternal complications: 59% had not had any maternal complications, however 31% had a perineal tear being the complication with the highest percentage, in neonatal complications 92% had no complications.

Conclusions: The maternal-neonatal complications in patients with vaginal delivery after previous cesarean section in the María Auxiliadora Hospital were perineal tear, postpartum haemorrhage, retention of placental remains, the latter two to a lesser degree; low birth weight, low APGAR, neonatal death and acute fetal distress, 92% did not present neonatal complications.

Key words: Maternal complications, neonatal complications, vaginal delivery and previous cesarean delivery.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad las cesáreas cada vez son más frecuentes, gestantes con cesárea previa irán hacia una cesárea de repetición por el riesgo de ruptura uterina u otras complicaciones que pueden presentarse, lo que se convierte en un tema controversial. La cesárea electiva previene la morbilidad materna y perinatal, por lo que no se ha demostrado los beneficios del parto por cesárea en quienes este procedimiento no es necesario, es decir este procedimiento como cualquier otra cirugía está asociada a riesgos que pueden afectar la salud de la mujer y del neonato, así como un futuro embarazo.⁷

Según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) del instituto nacional de estadística e informática (INEI) 2013, en los últimos seis años la tasa se ha incrementado casi 10% a nivel nacional. La proyección del 2015 revela que en promedio el 31.6% de los partos institucionales han sido cesáreas. Estas cifras agrupan las intervenciones del Ministerio de Salud, Essalud, Fuerzas Armadas y del Sector Privado.

Esta misma situación la viven países como Alemania, Francia y Hungría. En Latinoamérica también hay naciones que superan la tasa sugerida donde Brasil cuenta con el mayor porcentaje a nivel mundial.

El manejo de pacientes con cesárea previa siempre ha sido un tema en constante debate.

En 1916, Edward Craigin escribió "una vez cesárea, siempre cesárea", en una época en que la cesárea era corporal, no existía antibióticos ni transfusiones, la morbilidad materno-fetal y los riesgos posteriores de una probable rotura uterina eran elevados.

Este concepto ha sido ampliamente superado y hoy en día no es aplicable, más bien ha aparecido como contraparte otro concepto: una cesárea no siempre lleva a otra cesárea.

Se debe insistir en la tendencia a disminuir la tasa de cesárea, pero sin sacrificar los criterios aceptados como seguros en la obstetricia moderna.^{1,2}

Así mismo el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) declaró que “una mujer con cesárea anterior debería ser aconsejada a intentar un parto vaginal”, en la investigación que se realizó en ese entonces se vio un incremento de partos vaginales en pacientes con cesárea anterior donde aumento de 5% en 1985 a 28.3% en 1996, sin embargo, también se incrementaron complicaciones materno fetales y aumento de las cesáreas.^{1, 2, 3, 4, 5, 6}

Según los datos obtenidos de la Unidad de Cómputo y Apoyo a la Investigación Médica del Hospital María Auxiliadora son 119 pacientes con diagnóstico de parto vaginal y cesárea previa durante el año 2016.

DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio fue realizado en el Hospital María Auxiliadora teniendo como población objetivo a gestantes con cesárea previa.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema principal

¿Cuáles son las complicaciones materno-neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016?

Problemas secundarios

- ¿Cuáles son las complicaciones maternas en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa?
- ¿Cuáles son las complicaciones neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las complicaciones materno-neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las complicaciones maternas en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa.
- Determinar las complicaciones neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa.
- Conocer las características sociodemográficas de pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Viéndose la problemática en nuestro país del incremento de cesáreas, en obstetricia se debe de evaluar la vía de parto, poniendo más énfasis en el control prenatal en pacientes con cesárea previa y primar siempre nuestro criterio clínico al examinar a nuestras pacientes con cesárea previa durante el trabajo de parto, a su vez disminuir la frecuencia de esta operación implementando medidas que fortalezcan el deseo de la paciente y del personal de salud (médicos gineco-obstetras y obstetras) para obtener un parto vaginal.

La realización de este estudio de investigación se ve justificada por el hecho de que en la práctica profesional se constata el temor de someter a la paciente con cesárea previa a un parto vaginal. Los resultados del presente estudio permitirán determinar las complicaciones maternas y neonatales en casos de parto vaginal luego de cesárea previa que clarifiquen su conveniencia en el ejercicio de la profesión.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **Quesnel C. y cols.** Parto después de una cesárea ¿una opción segura?, México en el 2015, el objetivo de su investigación fue comparar el inicio y evolución del trabajo de parto, analizar las variables: características demográficas, resultados obstétricos y perinatales de las pacientes con parto después de cesárea.

Su estudio fue observacional, retrospectivo y retrolectivo, donde menciona que cerca de 10% de las mujeres tienen útero cicatricial, por lo que en los países industrializados es la primera causa de antecedente de cesárea, refiere que en estos casos influyen varios factores y en su médico para decidir repetir una cesárea o intentar una prueba de trabajo de parto. Por lo tanto, menciona que la tasa de éxito dependerá de la indicación de la cesárea previa, sin embargo, la decisión de la paciente puede influir como factor no clínico, como también el ámbito donde se atiende, debido a que la repetición programada es lo más cómodo. De acuerdo a sus resultados llego a la conclusión de que a pesar que la muestra (136 pacientes) de un periodo de 51 meses fue pequeña, observó que todas las pacientes con antecedente de cesárea eran aptas para el trabajo de parto, según los criterios del ACOG, destaca también que de acuerdo a la evolución del trabajo de parto 78% fue inicio espontaneo y solo 22% tuvo inducción, sin embargo menciona que es preferible esperar que el parto inicie espontáneamente, en cuanto al pronóstico perinatal, en general admitió que el parto después de cesárea es un método seguro ya que este fue favorable.

- **Guillen M. y Fuentes Y.** Parto vaginal posterior a cesárea estudio a realizarse en pacientes embarazadas que asistieron al área de Gineco-Obstetricia en el Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo en el mes de septiembre 2011 a julio 2012, el objetivo de su investigación fue determinar la incidencia de complicaciones de parto vaginal posterior a cesárea, si son escasas o numerosas y evaluar la gravedad de estas para que puedan diseñar un protocolo de actuación ante la gestante con cesárea previa en el trabajo de parto que minimice al máximo las complicaciones materno-fetales al momento del parto y les ayude a decidir de manera eficaz la mejor opción tanto para la madres, su hijo y para el profesional de salud.

Su investigación es retrospectivo no experimental, donde se menciona sobre la interrogante de la vía de nacimiento en embarazos de mujeres con antecedente de cesárea, el cual ha sido un motivo de controversia ya que por seguridad siempre lo han realizado por vía abdominal, nos menciona también a “J. Munro Kerr” en 1926, uno de los favorecedores del parto vaginal después de cesárea, quien introdujo la incisión transversa baja, pues argumentaba que había mayor solidez de la incisión uterina una vez cicatrizada donde permitía un trabajo de parto seguro en embarazos posteriores, a pesar de eso algunos médicos se mantuvieron firmes en sus opiniones respecto al tema. Donde en su investigación de acuerdo a sus resultados llega a la conclusión que de 230 pacientes atendidas en parto vaginal posterior a cesárea no presentaron complicaciones, no tuvieron casos de rotura uterina y dehiscencia de cicatriz anterior sin embargo no dejan de ser las complicaciones más frecuentes en una paciente con cesárea previa sometida a trabajo de parto, además los recién nacidos no tuvieron complicaciones y no se presentación complicaciones hemorrágicas, uterinas y perinatales.

- **Flores J.** Efectos maternos perinatales del parto vaginal en cesareada anterior con periodo intergenésico corto, Hospital Regional de Loreto Enero 2013 – Diciembre 2014, el objetivo de su investigación fue identificar los principales efectos maternos y perinatales del parto

vaginal en gestantes con antecedente de cesárea anterior y periodo intergenésico corto, su investigación es descriptivo y retrospectivo, donde menciona la incidencia de las cesáreas que va dependiendo de los países, y que ha aumentado las últimas décadas de manera innecesaria, ya que el manejo de la gestante con cesárea previa es aun controversial, menciona también que hasta el momento no existe un criterio universal y uniforme acerca de la mejor conducta a seguir en estos casos de pacientes con antecedente de cesárea previa, ya que existen muchos riesgos al someter a la paciente a un trabajo de parto tanto maternos como para el recién nacido. De acuerdo a sus resultados llego a la conclusión que en los efectos maternos en las pacientes con parto vaginal con antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto no se presentaron casos de rotura uterina, infección puerperal, muerte materna, hubo 2 casos de hemorragia post parto y 11 casos de traumas obstétricos, en los efectos perinatales tuvo 2 casos de muerte neonatal, 2 de asfixia neonatal y apgar bajo y 6 casos de bajo peso al nacer.

- **Morales D.** Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2015, planteó como objetivo comparar las complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa.

Su estudio de tipo descriptivo comparativo, retrospectivo de corte transversal donde menciona que la operación cesárea es hoy en día la cirugía más frecuentemente realizada en mujeres, tanto que lo que inicialmente surgió como una solución ahora se vislumbra como un problema, menciona también que las tasas de cesárea ha aumentado en todo el mundo tanto en países en vías de desarrollo como en los países desarrollados que se reflejan en los datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, sin embargo la causa de este fenómeno es multifactorial, entre las principales condiciones que han determinado el incremento de las cesáreas tenemos la mejora de las

técnicas quirúrgicas y anestésicas, los cambios demográficos y socioculturales, el aumento de la solicitud directa de las pacientes, por ello se diseñaron múltiples estrategias dirigidas a reducir la tasa de cesáreas que han sido evaluadas desde diferentes enfoques para mejorar la atención de un parto seguro para la madre y su recién nacido

De acuerdo con sus resultados llego a la conclusión que ambas vías de parto fueron seguras y la decisión final depende de la evaluación individual de cada gestante, así como de la adecuada comunicación de los riesgos y beneficios para la toma de decisión conjunta del médico con la paciente.

2.2 BASES TEÓRICAS

El parto es una experiencia diferente en cada embarazo, la mayoría de bebés nacen sin complicaciones por vía natural, sin embargo, pueden suceder complicaciones donde se necesitará la ayuda de un personal capacitado.

Parto normal o por vía vaginal, es un proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término, se identifica porque su inicio es espontáneo, además se desarrolla y finaliza sin complicaciones.

Sin embargo, cuando se evidencia alguna complicación o riesgos en la paciente o en el feto es necesario realizar el procedimiento quirúrgico, la cesárea. Esta se realiza con el fin de obtener el nacimiento de un feto, usualmente vivo a través de una incisión en el hipogastrio que permite acceder al útero.

Las indicaciones adecuadas de este procedimiento se realizan mediante una justificación de las circunstancias y el pronóstico materno – fetal, por ejemplo, feto en situación transversa, pero otras son motivos de controversia como la cesárea anterior. La solicitud materna constituye en la actualidad una causa importante de la cesárea, ya que se estima representar un 4 a 18% de indicaciones de cesárea por complacencia.

La cesárea posee dos técnicas, la cesárea segmentaria transversa transperitoneal, la cual es utilizada en la mayoría de situaciones

obstétricas, permite un acceso rápido a la cavidad uterina y por ello es un método de elección, ya que el sangrado de la pared uterina es menor gracias a la formación del segmento uterino. Sin embargo, la técnica de cesárea clásica, el acceso en la pared abdominal es el mismo pero la incisión es longitudinalmente a nivel de la cara anterior del cuerpo uterino, esta técnica es de rápida extracción fetal, pero la pérdida de sangre es mayor y más difícil de reparar, origina más adherencias, puede originar mayor riesgo de ruptura uterina en un posterior embarazo, por lo cual es la razón que se contraindica un subsecuente parto vaginal.⁸

Parto vaginal y cesárea previa

Se define a antecedente de parto por cesárea que puede someterse a un trabajo de parto por vía vaginal, teniendo en cuenta los riesgos y beneficios.

El parto vaginal después de una cesárea, ha permitido un incremento significativo y exitoso de partos vaginales, así como una disminución en la tasa de cesáreas. Sin embargo, hay alertas relacionadas con la rotura uterina o la dehiscencia uterina que puede ocurrir con el parto vaginal post-cesárea (PVDC) y, por ello, la tasa de PVDC ha disminuido.

Intentar un trabajo de parto teniendo una cesárea previa tiene resultados positivos:

- No implica cirugía abdominal.
- Periodo más breve de recuperación
- Menor riesgo de infección
- Menor pérdida de sangre.

Además, evita problemas asociados con tener varios partos por cesárea, como histerectomía, lesión en los intestinos o la vejiga y ciertos problemas con la placenta.^{9,10}

Complicaciones maternas

Tener varios partos por cesárea planeados o repetidos puede causar infecciones, lesiones, pérdida de sangre y otras complicaciones.

Una de las complicaciones más preocupantes es la ruptura uterina, que consiste en el desgarro de la cicatriz de la cesárea anterior, esta ocurre en raras ocasiones, sin embargo, es peligrosa y pone en riesgo la vida de la madre como del bebé.

Rotura uterina

Se entiende por desgarro de la porción supravaginal del cuello, del segmento inferior o del cuerpo uterino, esta es una de las complicaciones más serias del embarazo y del parto, la probabilidad de la ruptura uterina aumenta hacia el término debido a la distensión uterina y al aumento de la actividad uterina.

En las pacientes con cicatriz previa en el segmento uterino inferior, puede haber evidencia de dehiscencia uterina (el defecto está cubierto por una capa delgada de serosa uterina) o puede haber un defecto uterino (la presentación está cubierta por la membrana amniótica. Sin embargo, es difícil presentar una verdadera estadística respecto a la incidencia de rotura uterina por lo que muchos casos el diagnóstico se muestra como hemorragia o shock, las cuales puede que se tratara de rotura uterina.¹¹

Clasificación:

Hay grados de ruptura uterina, la rotura uterina incompleta, oculta o simple dehiscencia, donde no afecta a todo el espesor del miometrio y su cubierta peritoneal.

El peritoneo se conserva y se crea una especie de ventana uterina, suele colocarse en el segmento uterino inferior. Mientras la rotura uterina completa afecta todo el espesor del miometrio y serosa, por lo que la cavidad uterina comunica con la abdominal.

El estado del útero también influye en la rotura uterina, ya que si es un útero cicatricial la rotura se produce sobre un útero con lesión previa al embarazo actual de cicatrices de operaciones previas del útero, como cesáreas, miomectomias y metroplastias, antecedentes de traumatismos uterinos como legrados, abortos instrumentados, por arma blanca, accidentes de tráfico, etc. Sin embargo, también pueden acontecer si es un útero no cicatricial (normal en la gestación actual) antes, durante y después del parto, como distensión excesiva (hidramnios, gestaciones

múltiples), extracción manual de placenta, maniobras obstétricas, placenta increta o percreta, malformaciones uterinas, tumores pelvianos.

Los signos y síntomas clínicos de la ruptura uterina pueden ser graduales o abruptos, en pacientes con cesárea anterior en las que se intente trabajo de parto los cambios de FCF son las señales de peligro más frecuentes de la ruptura uterina.

En pacientes con cicatriz clásica los signos y síntomas pueden ser muerte fetal, shock hipovolémico o el sangrado vaginal, en pacientes con antecedente de cesárea anterior que intenten trabajo de parto los primeros signos de ruptura uterina pueden ser el sangrado vaginal y/o hipotensión y taquicardia materna.¹²

La prevención de la rotura uterina es un aspecto fundamental en la moderna Obstetricia.¹³

Las recomendaciones para la prevención son:

1. Control adecuado del parto, evitando en todo momento el parto difícil.
2. Diagnóstico precoz de la desproporción pélvico cefálica.
3. Uso juicioso y con vigilancia rigurosa de los oxitócicos (emplear bomba de infusión).
4. En las parturientas con una cesárea anterior se debe intentar el parto vaginal, pero indicando una nueva cesárea en las siguientes condiciones:
 - a) Si se repite de nuevo la patología que motivó la anterior cesárea.
 - b) Si es evidente la desproporción pélvico-cefálica.
 - c) Existe una estática fetal anómala y/o sobre distensión uterina.
 - d) Si existen dos o más cesáreas previas segmentarias, o cesárea segmento corporal, corporal clásica o en "T".
 - e) Se desconoce el tipo de cicatriz uterina previa.
 - f) Antecedente de rotura uterina y/o dehiscencia uterina.
 - g) Necesidad de terminar una gestación sin que se haya iniciado espontáneamente el parto. No inducir el parto con cesárea anterior.
5. En pacientes con cesárea anterior no está contraindicada la analgesia epidural ni el uso juicioso de oxitócicos, recomendándose en este caso el empleo de una monitorización interna, si fuese posible.

6. A toda parturienta con cesárea anterior se le debe informar de las posibilidades de rotura uterina y la actuación quirúrgica en este caso, para su información y firma del consentimiento.
7. En todo parto vaginal con cesárea anterior hay que realizar la revisión del SUI postparto.
8. También estará indicada la cesárea electiva ante antecedentes de cirugía conservadora que alcanzará la cavidad uterina.

Desgarro perineal

Los desgarros perineales son considerados una de las principales causas de morbilidad en la mujer durante la atención de parto.

Los síntomas que reportan las mujeres son persistentes hasta ocho semanas después del parto, está comprobado que un desgarro o una episiotomía mal reparada e incluso el tipo de episiotomía, estos síntomas están dados por efectos adversos pueden ser a corto plazo entre ellos incluyen hemorragia, formación de hematomas, dolor perineal, infección, formación de abscesos, fistula y dispaneuria, como también a largo plazo como prolapso genital, disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal.¹⁴

Los desgarros perineales se clasifican según los tejidos comprometidos:

- Primer grado: lesión del epitelio vaginal o la piel del periné únicamente
- Segundo grado: involucra además los tejidos músculos perineales pero no el esfínter anal.
- Tercer grado: disrupción de los músculos del esfínter anal
- Cuarto grado: desgarro de tercer grado con disrupción del epitelio anal.

Hemorragia post parto

Durante el alumbramiento las fibras musculares uterinas se contraen y se retraen, el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero es menor.

Cuando la placenta se va separando por esta incoordinación de superficies, el útero es globuloso y consistente, llegando a la altura del ombligo e incluso a veces puede estar debajo de este punto de referencia. El cordón umbilical puede parecer alargado. Este proceso lleva habitualmente 10 a 30 minutos. Si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos luego del nacimiento, se considera un alumbramiento prolongado y seguramente va a necesitar una intervención adicional, que sería la extracción manual de la placenta.

La cantidad de sangre que llega a la placenta en un embarazo a término, representa entre 500 a 800ml. por minuto. Por ello, a medida que la placenta se separa del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuadas y coordinadas del músculo uterino van comprimiendo los vasos locales, para disminuir el sangrado y además permiten la formación de un coágulo retroplacentario. Si el útero falla en contraerse adecuadamente, se produce atonía uterina. En este caso, los vasos no fueron ocluidos y se produce una importante hemorragia, que en pocos minutos puede tener un desenlace fatal.¹⁵

La hemorragia post parto es la principal causa de mortalidad y morbilidad obstétrica extrema a nivel mundial, se considera hemorragia postparto si se presenta algunas de las siguientes situaciones: pérdida de sangre de más de 500ml o más de 1 000ml post cesárea o menor con signos de choque, perdida de todo el volumen sanguíneo en 24 horas, sangrado mayor a 150ml/min, pérdida del 50% del volumen en 20 minutos y descenso del hematocrito mayor o igual al 10%.

Se clasifica en:

Primaria: Es aquella que ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto. Aproximadamente el 70% de las HPP inmediatas postparto obedecen a Inercia Uterina.

Secundaria: Es aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto. Las que ocurren posterior a las 6 semanas se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos.^{16, 17}

El mejor tratamiento de la HPP es su prevención. Aunque los factores de riesgo solo aparezcan en 1/3 de los casos, la prevención de la HPP se ha de hacer en todos los partos. Se ha demostrado que el manejo activo del

alumbramiento reduce el riesgo de HPP en >40%, reduce la pérdida media de sangre y el alumbramiento prolongado (placenta no expulsada tras 30 minutos del nacimiento), sin afectar al recién nacido, aunque con algún efecto secundario para la madre si se administra ergometrina (hipertensión, náuseas, vómitos).¹⁸

Consiste en:

- Administración de agentes oxitócicos tras la salida del hombro anterior o en el primer minuto tras el nacimiento.
- Pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical. No se ha demostrado que esta maniobra por sí sola reduzca la tasa de HPP.
- Tracción continuada del cordón.
- Comprobar que el útero está bien contraído y revisar la placenta, para comprobar su integridad, una vez extraída ésta.

El agente oxitócico de elección es la oxitocina a dosis de 10 UI IM o 5 UI IV en bolo lento o 10-20 UI/l a 100-150 cc/h. Tiene una vida media corta con lo que se hace necesario mantener su administración por perfusión IV durante 4-6 horas postparto para mantener su eficacia y evitar atonías secundarias. Se puede asociar a la metilergometrina, mejorando un poco su eficacia pero aumentando también la tasa de complicaciones.

Otra opción es la Carbetocina, un nuevo fármaco para la prevención de la HPP tras el parto por cesárea, que ha demostrado ser más eficaz que la infusión continua de oxitocina y tener un perfil de seguridad similar. Se administra a dosis de 100microg mediante inyección IV en bolo, preferiblemente antes de la extracción de la placenta. En caso de atonía uterina persistente tras la administración de Carbetocina, se puede poner oxitocina o ergometrina adicionales.¹⁸

Retención de restos placentarios

La retención de tejido placentario y membranas de la placenta es la causa de 5 a 10% de las hemorragias post parto. La contracción y la retracción uterina empiezan luego de la expulsión de la placenta y su correcta expulsión permite una contracción y oclusión de los vasos sanguíneos respectivos. La retención de una porción de la placenta es más común si

la placenta se desarrolla como succenturiada o con un lóbulo accesorio. Normalmente, después de la expulsión de la placenta esta debe ser examinada más aún si luego de su expulsión existe sangrado, la placenta debería obligatoriamente ser inspeccionada, para evidenciar la integridad de los vasos sanguíneos y la integridad de las membranas.

Estos hallazgos clínicos sugieren una retención parcial o un lóbulo accesorio. Debemos recordar que la retención de placenta es más frecuente en gestaciones pretérmino extremos (menor de 24 semanas) y por ello está normada la revisión de la cavidad uterina en estos casos.¹⁹

Mortalidad materna

La mortalidad materna (MM) es una de las principales preocupaciones de la salud pública y representa un buen indicador para medir la calidad asistencial, indicador que permite además, establecer las diferencias socioeconómicas entre los países.

El parto vaginal después de una cesárea puede producir morbilidad y mortalidad materna por complicaciones que incluyen la rotura uterina, hemorragia, tromboembolismo e infección. Los estudios demuestran que la rotura uterina puede ocurrir antes, durante e incluso después del trabajo de parto. La rotura uterina puede causar mortalidad materna y/o fetal. La morbilidad materna es menor en las mujeres con un PVDC exitoso anterior y es mayor en aquellas con un PVDC fallido anterior.¹⁰

En ocasiones es difícil evaluar si la muerte materna tras la cesárea se debe a la intervención o a la causa que motivó la misma, sobre todo si la causa fue una enfermedad materna que impedía el parto vía vaginal (DM complicada, Preeclampsia, alteración cardiaca o renal, etc.)

Actualmente, gracias a los progresos en las técnicas anestésicas, a la disponibilidad de una profilaxis antibiótica eficaz y a las técnicas para reposición de volemia, las complicaciones que conllevaban con mayor frecuencia a la mortalidad materna (complicaciones anestésicas, infecciones y hemorragias) son mucho menos frecuentes. Sí es cierto que la mortalidad materna es mayor en el parto por cesárea que en el parto vía vaginal, incluso de 5 a 7 veces superior.¹⁸

Histerectomía

La histerectomía es la segunda cirugía ginecológica más frecuente después de la cesárea en mujeres en edad reproductiva. La mayor cantidad de histerectomías se encuentra en el grupo etario de 40 a 44 años.

En la actualidad podemos abordar la histerectomía con un mayor número de opciones cada una con diferentes ventajas y limitaciones: histerectomía abdominal total, histerectomía vaginal, histerectomía total laparoscópica, histerectomía vaginal asistida por laparoscópica.

Histerectomía abdominal total permite al cirujano palpar los órganos pélvicos directamente, sin embargo puede aumentar la formación de adherencias y puede producir mayor dolor en el postoperatorio.

Histerectomía vaginal permite abrir con facilidad el fondo de saco útero-vesical y el fondo de saco de Douglas, además facilita la sección de los ligamentos uterosacros y cardinales, así como de ambas arterias uterinas.

Histerectomía total laparoscópica permite y facilita el diagnóstico y tratamiento de patologías como endometriosis y adherencias, también facilita la remoción ovárica, la sección del ligamento ancho, la identificación de los uréteres y permite realizar hemostasia prolija.

Histerectomía vaginal permite conjugar las bondades de la histerectomía laparoscópica y la histerectomía vaginal.

Histerectomía supracervical laparoscópica permite y facilita lo mismo que la histerectomía total laparoscópica pero una de las principales ventajas es que mantiene la indemnidad del suelo pélvico, este es un procedimiento menos invasivo.²⁰

Complicaciones neonatales

Las pacientes que tienen como antecedente de cesárea previa y desean intentar un trabajo de parto se le debe informar que el riesgo de mortalidad perinatal/neonatal es mayor y que el riesgo de que el neonato desarrolle taquipnea transitoria del recién nacido es menor, cuando se compara con la cesárea de repetición.²¹

Sufrimiento fetal agudo

No existe definición precisa de sufrimiento fetal, generalmente es sinónimo de hipoxia fetal, la cual está asociada a una variedad de complicaciones obstétricas que afectan los procesos normales de intercambio entre la madre y el feto.

Es conocida la correlación entre sufrimiento fetal y diversos cuadros patológicos del recién nacido, especialmente respiratorios. Esto se explica porque la hipoxia fetal se acompaña de diversas alteraciones metabólicas, enzimáticas y del equilibrio ácido base que se traducen entre otras en acidosis, aspiración de líquido amniótico y depresión respiratoria del recién nacido.

Se distinguen dos tipos de sufrimiento fetal, el crónico, el cual afecta al feto durante su gestación y el agudo o intraparto que aparece como un accidente durante el periodo de dilatación o el expulsivo. Estos pueden ser independientes o estar interrelacionados.

Las causas de esta complicación son muy variadas y pueden agrupar en maternas, fetales, feto placentarias y en factores accidentales, existe además causas desconocidas.²²

APGAR bajo

En 1952, la Dra. Virginia Apgar desarrolló un sistema de evaluación sencilla y aplicación rápida para determinar las condiciones clínicas al nacimiento de los neonatos, la evaluación consiste en realizarla al minuto de nacimiento; sin embargo, posteriormente se empezó a valorar a los 5 minutos con fines pronósticos de mortalidad a corto y mediano plazo, así un puntaje de 7 o más determina buenas condiciones del neonato: a menor puntaje mayor deterioro.

En años recientes, se empezó a utilizar el término de «Apgar bajo» cuando la calificación era = o < a 6, a los minutos 1 a 5, con fines de vigilar alguna mala evolución desde el punto de vista neurológico.

Actualmente, existe la tendencia de que a todo neonato con «Apgar bajo recuperado» se le deben tomar medidas preventivas de daño a cualquier

órgano o sistema y se ha ideado un «paquete» de laboratorio denominado perfil de asfixia que se realiza después de las 12 horas de vida con el fin de determinar si existe algún posible daño tisular.²³

Los parámetros evaluados por el score de APGAR son 5, son fáciles de identificar:

- Frecuencia cardíaca
- Esfuerzo respiratorio
- Tono muscular
- Respuesta a estímulos
- Color de piel

Se evalúan en base a una tabla de puntuación, donde se asigna un puntaje de 0 a 2.²²

Bajo peso al nacer

Los recién nacidos con bajo peso son aquellos que pesan menos de 2,5 kg. tienen más probabilidades de morir durante los primeros meses o los primeros años. Los que sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico y corren mayor riesgo de padecer posteriormente varias enfermedades, incluida la diabetes y diversas cardiopatías. Tienen también propensión a seguir malnutridos y a tener menores coeficientes de inteligencia además de discapacidades cognoscitivas.

Se considera un problema mundial de salud ya que determina la probabilidad de vida de un recién nacido, como también su crecimiento y desarrollo. El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina no sólo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido.

Unas de las causas principales que puede ocurrir que los recién nacidos tengan bajo peso al nacer puede ser nacimiento prematuro y crecimiento limitado del feto.

Algunos de los factores de riesgos que puedan afectar a que los recién nacidos nazcan con bajo peso al nacer:

- Desnutrición de la madre
- Embarazo en la adolescencia
- Problemas de salud crónicos de la madre
- Infecciones de la madre
- Infecciones del feto
- Problemas de placenta
- Defectos congénitos
- Uso de alcohol, cigarrillos y drogas
- Periodos intergenesico menores de dos años
- Antecedentes gestacionales como abortos, mortinatos, muertes neonatales, recién nacidos de bajo peso, prematuros y partos por cesárea, etc.^{24,25}

Muerte neonatal

El periodo neonatal, comprendido entre el momento del nacimiento y los primeros 28 días de edad, es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano. En esta se dan los mayores riesgos para su sobrevivencia; muerte, enfermedades, complicaciones, secuelas. Ello será un factor decisivo en la calidad de vida del individuo, en su desarrollo físico, neurológico y mental, condicionando su futuro. La oportunidad de supervivencia del recién nacido está influenciada por factores maternos, ambientales, sociales, genéticos, así como la oportunidad y calidad de la atención médica recibida. La mortalidad neonatal es un indicador que evidencia el nivel de desarrollo que tiene la atención prenatal y del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio.²⁶

2.3 TERMINOLOGÍA BÁSICA:

- Morbimortalidad: Enfermedades causantes de la muerte en determinadas poblaciones, espacios y tiempos.
- ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
- INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- ACOG: Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.
- Puntaje de Bishop: herramienta que utilizan los especialistas para determinar las condiciones de un embarazo para iniciar estimulación al parto natural.
- PVDC: Parto vaginal después de cesarea.
- FCF: Frecuencia Cardiaca Fetal.
- HPP: Hemorragia post parto.
- MM: Mortalidad materna.
- DM: Diabetes Mellitus
- APGAR: Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración.
- Puntaje de Flamm: predictor de un trabajo de parto exitoso
- Puntaje de Grobman: predictor de un trabajo de parto exitoso

2.4. HIPÓTESIS

No pertinente por tratarse de un estudio descriptivo simple.

2.5 VARIABLES

2.5.1. Variable:

Complicaciones Maternas:

- Desgarro perineal
- Rotura uterina
- Muerte materna
- Hemorragia post parto
- Retención de restos placentarios
- Histerectomía
- Ninguna

Complicaciones Perinatales:

- Muerte neonatal
- Sufrimiento Fetal Agudo
- APGAR Bajo
- Bajo peso al nacer
- Ninguna

Características Sociodemográficas:

- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Procedencia
- Edad

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES
Complicaciones Maternas	✓ Desgarro perineal
	✓ Rotura uterina
	✓ Hemorragia post parto
	✓ Muerte materna
	✓ Retención de restos placentarios
	✓ Histerectomía
	✓ Ninguna
Complicaciones Neonatales	✓ Sufrimiento fetal agudo
	✓ APGAR bajo
	✓ Muerte neonatal
	✓ Bajo peso al nacer
	✓ Ninguna
Características Sociodemográficas	✓ Edad
	✓ Grado de instrucción
	✓ Ocupación
	✓ Estado civil
	✓ Procedencia

CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, observacional retrospectivo de corte transversal.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Todas las historias clínicas de pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa atendidas en el Hospital María Auxiliadora, siendo un total de 119 pacientes, de acuerdo a la Unidad de Cómputo y Apoyo a la Investigación Médica.

La muestra del estudio estuvo seleccionada por conveniencia y se cumplió con los criterios de inclusión para el estudio.

3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historia clínica de la gestante atendida en el centro obstétrico.
- Historia clínica legible y completa.
- Gestante con antecedente de cesárea previa.
- Gestante que tenga embarazo con presentación cefálica.
- Gestante con inicio de trabajo espontaneo.

3.2.2 TAMAÑO DE MUESTRA

Para determinar el tamaño de muestra se utilizará la siguiente fórmula:

$$n_c = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{\alpha^2}$$

Dónde:

n_c : Muestra Calculada

Z: 1,96

p: (0.5) Prevalencia estimada (1-p): Complemento

α : (0.05) Máximo error, precisión deseada

Reemplazando los datos:

$$n_c = \frac{(1.96)^2 (0.5) \cdot (1-0.5) (3.8416) (0.5) (0.5)}{(0.05)^2} = \frac{0.9604}{0.0025} = 384.16$$

Reajuste del tamaño:

$$n_f = \frac{n_c}{1 + \frac{n_c}{N_t}}$$

Dónde:

n_c : Muestra Calculada

n_f : Muestra Final

N_t : Población Finita dada

Reemplazando datos:

$$n_f = \frac{384}{1 + \frac{384}{119}} = \frac{384}{1 + 3.22} = \frac{384}{4.22} = 91$$

n_f : 91 Historias clínicas de gestantes que culminaron el parto por vía vaginal luego de cesárea previa.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para este trabajo de investigación se utilizará una ficha de recolección de datos, mediante la revisión de las Historias Clínicas de las pacientes con antecedente de cesárea previa.

Las cuales constan de 3 rubros:

El primer rubro estará compuesto por siete ítems referentes a los datos generales de la Historia Clínica de la paciente seleccionada, la cual consta sobre la edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia, número de partos vaginales previos y número de cesáreas previas.

El segundo rubro estará compuesto las complicaciones maternas que sucedieron en el parto, como desgarro perineal, rotura uterina, hemorragia post parto, retención de restos placentarios, histerectomía, muerte materna o no tuvo ninguna complicación.

El tercer rubro estará compuesto por alternativas de las complicaciones neonatales que se obtuvo luego del parto, como APGAR bajo, sufrimiento fetal agudo, bajo peso al nacer, muerte neonatal o si el neonato no tuvo ninguna complicación.

3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los datos revisados serán ingresados en una base de datos creada en el programa Microsoft Office Excel 2010, los resultados serán presentados mediante gráficos.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS.

La confidencialidad se garantizará mediante el respeto de los datos de las pacientes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital María Auxiliadora que serán revisados de la Historia Clínica al igual que la veracidad de la información se garantizara mediante el respeto de los resultados de los datos obtenidos de la Historia Clínica de la paciente y además se realizara el consentimiento informado al Director del Hospital María Auxiliadora.

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

De un total de 119 historias de pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa se evaluó 91 historias, de las cuales se pudo obtener los siguientes resultados con el instrumento de la ficha de recolección de datos (complicaciones maternas, complicaciones neonatales y las características sociodemográficas).

a) Características Sociodemográficas

1. Edad de la paciente

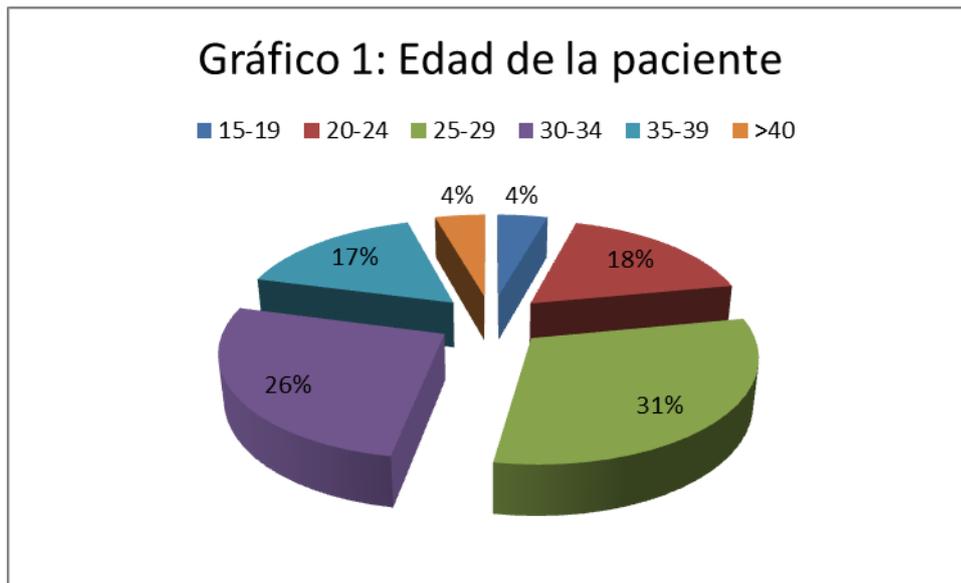


Gráfico 1: Se muestra que según el grupo etario de las pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa atendidas en el Hospital María Auxiliadora que hubo un 4% de pacientes adolescentes con un rango de edad 15 y 19 años, 18% de pacientes con un rango de edad de 20 y 24 años, 31% de pacientes con 25 y 29 años obteniendo el mayor porcentaje, seguida de 26% de pacientes con 30 y 34 años, 17% de pacientes con 35 y 39 años, por ultimo un 4% de pacientes con edades mayor o igual a 40 años.

2. Estado civil



Gráfico 2: Se muestra el estado civil de las pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa atendidas en el Hospital María Auxiliadora donde se puede observar que solo 1 paciente está divorciada, 7% de pacientes se encuentran solteras, 17% casadas, no hay casos de pacientes que sean viudas y finalmente se observa que hay un porcentaje de 75% de pacientes que conviven de manera estable.

3. Grado de instrucción

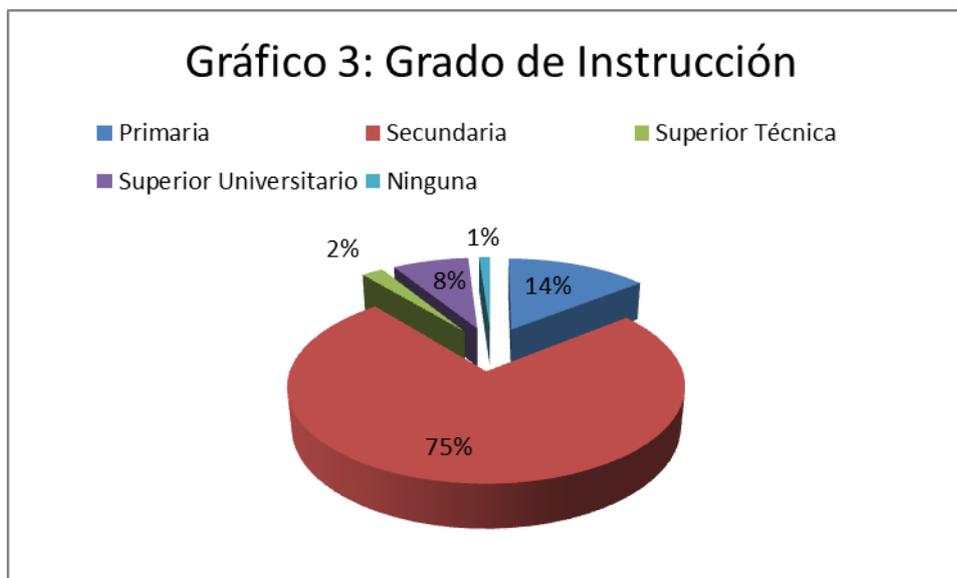


Gráfico 3: Se muestra el grado de instrucción de las pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa atendidas en el Hospital María Auxiliadora donde se observa que el mayor porcentaje con un 75% (65) tienen Secundaria de las cuales 51 completa y 17 incompleta, 14% (13) Primaria de las cuales 9 completa y 4 incompleta, 8% (7) Superior universitario de las cuales todas están no concluidas, 2% (2) Superior Técnica y 1% que no tenía ningún grado de instrucción mencionado.

4. Ocupación



Gráfico 4: Se muestra la ocupación de las pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa atendidas en el Hospital María Auxiliadora, se observa que con un mayor porcentaje el 94% de ellas se ocupan de la labor de la casa, 3% tienen su negocio propio, 2% son trabajadoras dependientes y 1% es estudiante.

5. Números de cesáreas previas

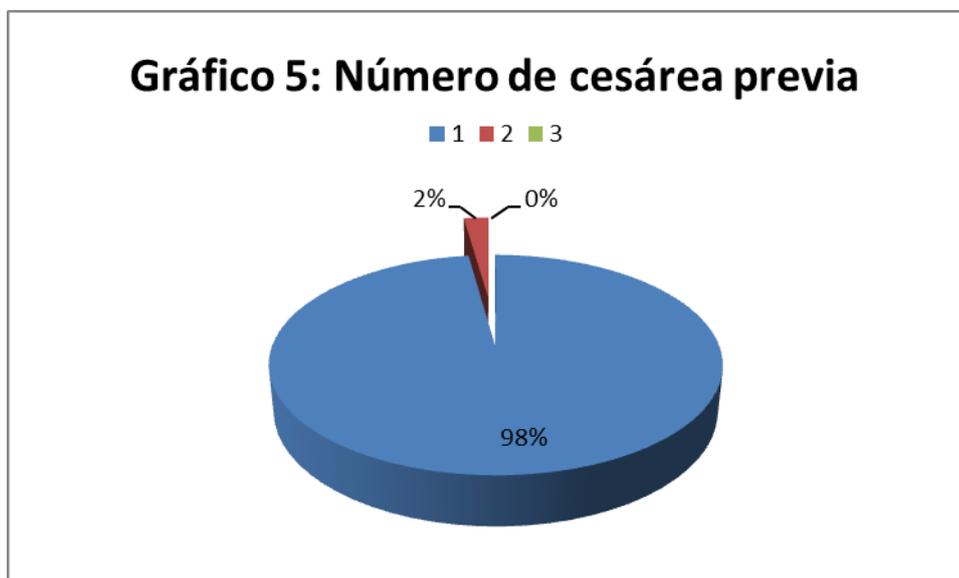


Gráfico 5: se muestra el número de cesáreas previas de las pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa atendidas en el Hospital María Auxiliadora, donde se puede observar que hay un porcentaje mayor de 98% que tuvieron solo 1 cesárea anterior y un 2% que tuvieron 2 cesáreas anteriores. Se observa que no hubo casos de 3 cesáreas previas. Cabe recalcar que en algunos casos las cesáreas previas mencionadas han sido antes o después de un parto vaginal previo.

6. Números de partos vaginales previos

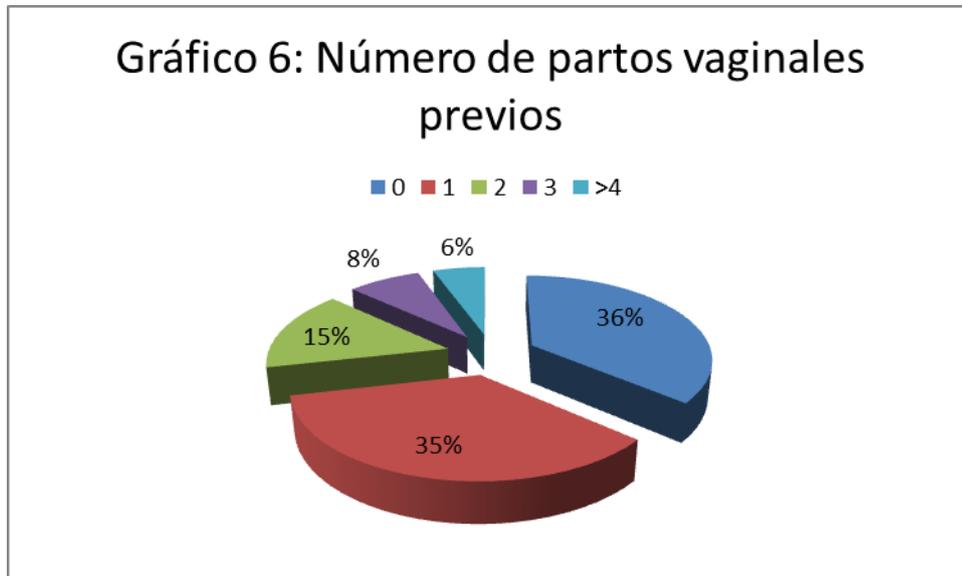


Gráfico 6: Se muestra la cantidad de partos vaginales previos a este embarazo de las pacientes que culminaron su gestación con parto vaginal teniendo como antecedente de cesárea previa atendidas en el Hospital María Auxiliadora, se observa que hubo un porcentaje mayor con 36% de pacientes que no tuvieron parto vaginal anterior, seguida de un 35% de pacientes que tuvieron solo 1 parto vaginal siendo este antes o después de la cesárea previa y anterior este embarazo, 15% que han tenido 2 partos vaginales siendo estos antes o después de la cesárea previa y anterior este embarazo, 8% que han tenido 3 partos vaginales siendo estos antes o después de la cesárea previa y anterior este embarazo y 6% de pacientes que han tenido más de 4 partos vaginales siendo estos antes o después de la cesárea previa y anterior este embarazo.

b) Complicaciones Maternas

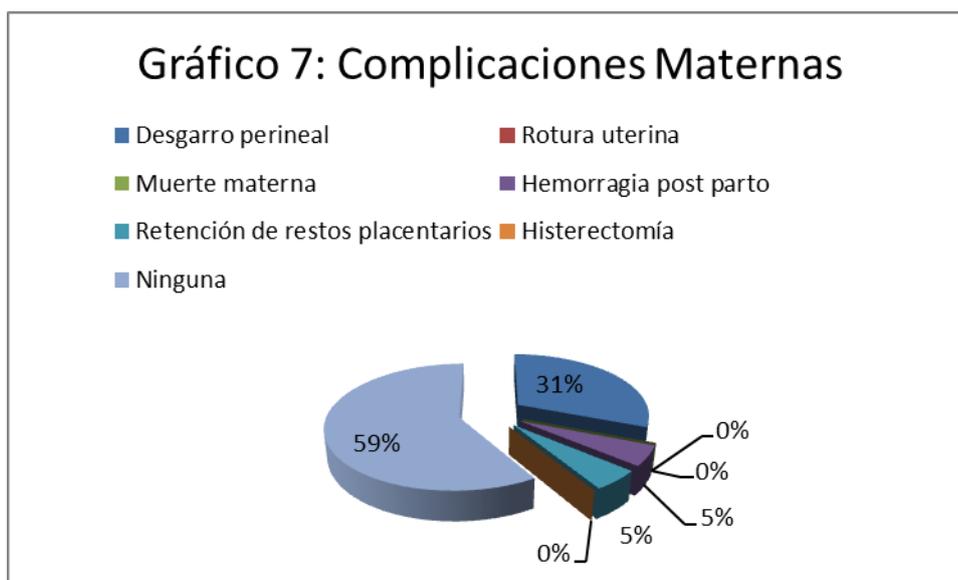


Gráfico 7: Se muestran las complicaciones maternas en pacientes de parto vaginal luego de cesárea previa atendidas en el Hospital María Auxiliadora, donde se puede observar que 31% presentó desgarro perineal los cuales fueron de I y II grado, 5% presentó retención de restos placentarios las cuales en algunos casos requirieron del procedimiento de legrado uterino y extracción manual, el 5% presentó hemorragia post parto. Se puede observar que no hubo casos de rotura uterina, histerectomía y muerte materna, el 59% de estas pacientes no obtuvieron ninguna de las complicaciones mencionadas anteriormente. Cabe mencionar que los personales especialistas médicos u obstetras que atendieron el parto realizaron la revisión de la histerorráfia en las pacientes.

Durante la revisión de las fichas de recolección de datos se pudo observar que hubo casos de 4 pacientes con desgarro perineal y hemorragia post parto, 2 pacientes con desgarro perineal y retención de restos placentarios.

c) **Complicaciones Neonatales**

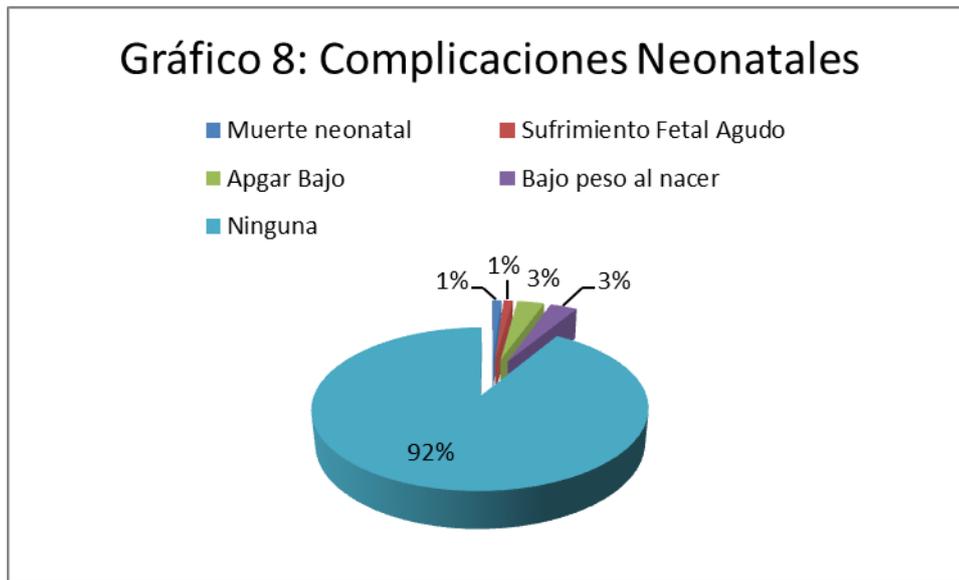


Gráfico 8: Se muestran las complicaciones neonatales en pacientes de parto vaginal luego de cesárea previa atendidas en el Hospital María Auxiliadora, donde se observa que 1% presentó muerte neonatal, 1% presentó Sufrimiento Fetal Agudo, 3% presentó Apgar Bajo menor igual a 2 en el minuto 5, 3% presentó Bajo peso al nacer, cabe mencionar que estos casos de pacientes de alto riesgo fueron atendidos por personales especializados en la unidad de cuidados intensivos. Se observa que el 92% no presentó ninguna de las complicaciones neonatales mencionadas anteriormente.

Durante la revisión de las fichas de recolección de datos se pudo observar que hubo casos donde 1 paciente obtuvo complicaciones neonatales de Apgar bajo y muerte neonatal, también otra paciente con sufrimiento fetal y Apgar bajo.

4.2. DISCUSIÓN

El parto vaginal después de una cesárea previa se ha convertido en un importante recurso para disminuir las tasas de cesárea, se ha revisado estudios tanto nacionales como internacionales en los cuales se muestran en los resultados que se puede tener un trabajo de parto vaginal exitoso teniendo como antecedente la cesárea previa con un porcentaje mínimo de complicaciones tanto maternas como fetales, sin embargo aún sigue el temor en el profesional de salud en someter a la paciente a un parto vaginal.

Se revisó estudios donde evalúan el puntaje para saber si la paciente esta apta a un trabajo de parto, como lo reporta Cuero O. y cols. (2011) En su investigación “Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia). Estudio de Cohorte” determino que la frecuencia de parto vaginal posterior a cesarías es 20% utilizando el puntaje predictor de Flamm.

Vargas A. y cols. (2013) en su investigación “Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital, usaron los puntajes de Flamm y Grobman para determinar si son útiles de predecir el éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior, 89% y 81% respectivamente lograron tener un puntaje mayores o iguales a 7, donde ambos resultaron ser útiles, siendo Flamm el mejor predictor, sin embargo también reporto que ninguno de los puntajes fue adecuadamente sensible para predecir la falla al trabajo de parto.

También se revisó investigaciones donde se compara las complicaciones maternas neonatales en una cesárea y en un parto vaginal en cesareadas previas. Sáenz C. y cols. (2010) en su investigación “Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: Comparación de complicaciones maternoneonatales” donde reportan que hubo resultados similares en ambos grupos, sin embargo, la cesárea electiva tuvo más casos de endometritis, infección de herida operatoria y necesidad de transfusión sanguínea.

En el Hospital María Auxiliadora que es una institución prestadora de servicios de salud de nivel III-I y sede de prácticas pre profesionales hubieron un total de 326 partos con antecedente de cesárea previa en el año 2016, 206 culminaron en cesárea y 119 culminaron en parto vaginal, estas pacientes fueron atendidas por personal de salud altamente calificado, médicos asistentes, residentes y obstetras, respecto a las características sociodemográficas de las pacientes de parto vaginal y cesárea previa el grupo etario que más prevalece fue de mujeres con edad de 25-29 años con un porcentaje de 31% seguido de mujeres con la edad de 30-34 años con un porcentaje de 26%, similar al estudio de Guillen M. y Fuentes Y. (2012) donde reportó que el 38% de las mujeres atendidas eran de la edad de 25-29 años seguido de un 30% de mujeres con 20-24 años, Flores J. (2014) reporto también un porcentaje de 36% de mujeres de edad de 26-30 años, Morales D. (2015) reporto un porcentaje de 35.4% en rango de edades de 20-25 años y un 35.4% de 26-30 años.

En cuanto el estado civil de las pacientes hubo mayor porcentaje de pacientes que conviven con su pareja (75%) similar al estudio de Morales D. (2015) donde reporta un 77.1% que conviven así mismo con el estudio de Flores J. (2014) donde reporta un 84.8%.

Las pacientes atendidas en el Hospital María Auxiliadora que culminaron su gestación con parto vaginal y cesárea previa el 75% de ellas estudiaron secundaria siendo el mayor porcentaje, mientras que en la ocupación se dedican a la labor de la casa un 94% similar a los estudios de Flores J. y Morales D.

En cuanto al número de partos vaginales previos se encontró que un 36% de pacientes primíparas, un 58% de pacientes que son multíparas, Flores J. (2014) reportó en su estudio un 15.2% de pacientes primíparas y un 78.8% de pacientes multíparas.

La complicación materna más frecuente que hubo en las pacientes de parto vaginal y cesárea previa atendidas en el Hospital María Auxiliadora fue desgarro perineal con un 31% similar al estudio que realizó Morales D. (2015) en su trabajo de investigación donde esta complicación materna prevaleció con más frecuencia reportando un porcentaje de 35.4 (I grado)

y 2.4 (II grado), Flores J. (2014) también reportó en su estudio un porcentaje de 33.3% de desgarros perineales.

Sin embargo, en las complicaciones neonatales encontramos un porcentaje muy bajo de estas teniendo un porcentaje de las pacientes que no obtuvieron complicaciones neonatales de 92%, Guillen M. y Fuentes Y. (2012) en su estudio reportaron que no hubo complicaciones maternas ni neonatales.

La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetricia (FIGO), considera que la cesárea se debe realizar únicamente para mejorar el bienestar de las madres y de los recién nacidos, mientras que las cesáreas sin evidencia médica deben desaparecer porque éticamente no está justificada. Además, aconseja que el Parto vaginal después de una cesárea (PVDC) deba ser realizado en hospitales adecuados y con personal cualificado.

Desde hace ya varios años, la OMS recomienda que una tasa de cesárea óptima debería estar en el rango comprendido entre el 5 % al 10 % y que cifras por encima del 15 % son indicativas de una mala actuación obstétrica. En conclusión, la tasa máxima de cesárea de un país no debe exceder del 15 %. Varios estudios realizados por la OMS llegaron a la conclusión que las cesáreas se deben realizar cuando se prevé un beneficio claro tanto para la madre como para el recién nacido y que este procedimiento quirúrgico es más costoso que un PVDC. Por lo tanto, este organismo recomienda ante una mujer con el antecedente de cesárea anterior intentar un PVDC, incluso si tiene más de una cesárea anterior.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Las complicaciones maternas en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora fueron desgarro perineal, hemorragia post parto, retención de restos placentarios, estas dos últimas en menor grado.

- Las complicaciones neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora fueron bajo peso al nacer, APGAR bajo, muerte neonatal y sufrimiento fetal agudo, 92% que no presentaron complicaciones neonatales.

- Respecto a las características sociodemográficas de las pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa fueron con mayor frecuencia en mujeres entre las edades de 25 – 34 años, con nivel de educación secundaria, amas de casa y que conviven con sus parejas.

5.2 RECOMENDACIONES

- Informar y concientizar a las gestantes en general, con mayor énfasis las gestantes con cesárea previa sobre la posibilidad de un parto vaginal después de una cesárea previa, explicarle los riesgos y beneficios de esta y las de una cesárea iterativa desde la etapa prenatal, además animarlas e invitarlas a realizar Psicoprofilaxis Obstétrica, ya que en ese servicio se puede reforzar la información y a su vez tener una preparación de un parto sin temor, teniendo en cuenta los diagnósticos actuales de cada paciente.^{27,28,29,30}

- Se recomienda realizar la atención de parto de las pacientes con antecedente de cesarea previa en hospitales de nivel III y con personal capacitado e implementos necesarios (unidad neonatal, posibilidad de hacer una cesárea urgente, monitorización materno fetal continua).
- Se propone a próximos interesados en este tema de investigación de parto vaginal y cesárea previa, a realizar un estudio de cohortes para determinar la tasa de incidencia, además realizarlo durante más tiempo y poder seguir aportando con estudios, así lograr una mejora de disminución de la incidencia de la cesárea iterativa no necesaria y concientizar a los profesionales de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas T, Lévano J, Lazo M, Parto Vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un Hospital. Rev. Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet] 2013 [Fecha de consulta: 2016]; 59: 261-266. URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol59_n4/pdf/a05v59n4.pdf
2. Sáenz C, Santana S, Torres L, Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: Comparación de complicaciones maternas neonatales. Rev. Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet] 2010 [Fecha de consulta: 2016]; 56: 232 – 237. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428197011>
3. Ricci P, Perucca E, Altamirano R, Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. Rotura uterina, una complicación posible. Rev. Chilena Obstetricia y Ginecología [Internet] 2003 [Fecha de consulta: 2016]; 68(6): 523-528. URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600013
4. Cuero O, Clavijo C, Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia). Estudio Cohorte. Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet] Abril - Junio 2011 [Fecha de consulta: 2016]; 62(2): 148-154. URL disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342011000200005&lng=es&nrm=iso
5. García C, López M, Monzalbo D, Parto después de cesárea ¿una opción segura? Rev. Mexicana de Obstetricia y Ginecología [Internet] 2015 [Fecha de consulta: 2016]; 83:69-87. ULR disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom152b.pdf>
6. Sánchez R, Ortiz H, Chávez A, Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa. Rev. Facultad de Medicina UNAM [Internet] 2003 [Fecha de consulta: 2016]; 46(1):28-29. URL disponible

en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=5997>

7. Organización Mundial de la Salud, Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Human reproduction programme [Internet] 2015 [Fecha de consulta: Agosto 2017]; 1-8 URL disponible en http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
8. Rubio J, Müller E, Operación cesárea. Obstetricia integral siglo XXI [Internet] 302-213 [Fecha de consulta: Junio 2017] URL disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/19/9789584476180.16.pdf>
9. The American College of Obstetricians and Gynecologists, Parto vaginal después de una cesárea. Patient Education [Internet] [Fecha de consulta: Junio 2017], URL disponible en: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Parto-vaginal-despues-de-un-parto-por-cesarea>
10. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Parto vaginal después de cesárea (PVDC), Guía Perinatal [Internet] 2015 [Fecha de consulta: junio 2017] URL disponible en: <http://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/parto-vaginal-despus-de-cesarea>
11. Castro E, Díaz A, Rotura uterina, Ginecología Obstetricia, Ginecol Obstet Mex [Internet] 2010; 78(4) 254-258 [Fecha de consulta: Junio 2017] URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom104i.pdf>
12. Manejo de Emergencias Obstétricas Agudas, [Fecha de consulta: Junio 2017] URL disponible en: <http://www.amolca.com.co/images/stories/amolca/medicina/ginecologia-y-obstetricia/manejo-emergencias-obstetricas/pag1.pdf>
13. Ramírez J. Algunos accidentes obstétricos [Fecha de consulta: Junio 2017] URL disponible en: <http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-35%20%282008%29.pdf>
14. Abril F. y cols. Factores de Riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un Hospital Universitario de Bogotá (Colombia) 2007 Revista Colombiana

- de Obstetricia y Ginecología [Internet] 60(2) 143-151 [Fecha de consulta: Agosto 2017] URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n2/v60n2a04.pdf>
15. Calle A. y cols. Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Postparto, [Fecha de consulta: Junio 2017] URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v5_4n4.pdf
 16. Camacho F. y Rubio A. Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia postparto. Rev. Facultad de Medicina [Internet] 64(1) 87-92 2016 [Fecha de consulta: Junio 2017] URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n1/v64n1a14.pdf>
 17. Solari A y cols. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet] 2014 [Fecha de consulta: Junio 2017] 25(6), URL disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-S0716864014706492>
 18. Manrique G, Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada 2009 [Fecha de consulta: Junio 2017] URL disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/figheros/cr.complicaciones_cesarea.pdf
 19. Calle A. y cols. Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Postparto, [Fecha de consulta: Junio 2017] URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v5_4n4.pdf
 20. Solá V. y cols. Histerectomía: Una mirada desde el suelo pélvico, Rev. Chile Obstet Ginecol [Internet] 2006, 71(5) 364-372 [Fecha de consulta: Agosto 2017] URL disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n5/art12.pdf>
 21. Instituto mexicano del seguro social dirección de prestaciones médicas. Parto después de una cesárea Unidad de Atención Medica,

- [Fecha de consulta: Junio 2017] URL disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/605GRR.pdf>
22. Espinoza J, Sufrimiento Fetal, Rev. Chilena Pediatría [Internet] 44(6) 523-529 [Fecha de consulta: Junio 2017 URL disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v44n6/art02.pdf>
 23. Flores G. y cols. Morbilidad neonatal en un grupo de recién nacidos a término con apgar bajo recuperado, Rev. Pediatría de México 14(3) 113-116 [Fecha de consulta: Junio2017] URL disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2012/pm123d.pdf>
 24. Hurtado K y cols. Análisis de los factores de riesgo de bajo peso al nacer a partir de un modelo logístico polinómico, 13(1) 76-85 [Fecha de consulta: Agosto 2017] URL disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/prosp/v13n1/v13n1a09.pdf>
 25. UNICEF, Bajo peso al nacer, 2011 [Fecha de consulta: agosto 2017] URL disponible en:
https://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/15_LowBirthweight_D7341Insert_Spanish.pdf
 26. Ávila J, y cols. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, Ministerio de salud [Internet] Lima-Perú 2011-2012 [Fecha de consulta: Agosto 2017] URL disponible en:
http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad_neonatal11_12.pdf
 27. Morales S. y cols. Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. Rev. Horizonte Médico. [Internet] 2014 [Fecha de consulta: Diciembre 2017] 14(4), URL disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000400010
 28. ASPPO (Soc. Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica). Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica, 3ra Ed. Lima: ASPPO. 2010. Disponible en:
[www.asppo@asppo.org / asppo@asppo.org](http://www.asppo@asppo.org)
 29. Morales S. Características de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia en el sector privado como una alternativa en su atención integral. Rev. Horizonte Medicina [Internet] 2015 [Fecha de consulta: Diciembre 2017]; 15(1): 61-66. URL disponible

en:<http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/149/205>

30. Solís H. y Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Horizonte Médico [Internet] 2012 [Fecha de consulta: Diciembre 2012] 12(2) 49-52. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3716/371637125009.pdf>

ANEXOS:
 INSTRUMENTOS.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

COMPLICACIONES MATERNO - NEONATALES EN PACIENTES CON PARTO VAGINAL LUEGO DE CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN EL AÑO 2016

I CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- 1) Edad de la paciente
 - a) 15-19 b) 20-24 c) 25-29 d) 30-34 e) 35-39 f) >40
- 2) Estado civil:
 - a) Soltera b) Casada c) Conviviente d) Divorciada e) Viuda
- 3) Grado de instrucción:
 - a) Primaria(I)(C) b) Secundaria (I) (C) e) Ninguna
 - c) Superior Técnica (I) (C) d) Superior Universitario (I) (C)
- 4) Procedencia:
 - a) Lima b) Provincia c) País Extranjero
- 5) Ocupación:
 - a) Ama de casa b) Negocio propio c) Dependiente d) Estudiante
- 6) Número de Cesárea previa:
 - a) 1 b) 2 c) 3
- 7) Número de Partos Vaginales anteriores:
 - a) 0 b)1 c)2 d)3 e) >4

II COMPLICACIONES MATERNAS

	Si	No
Desgarro perineal		
Rotura uterina		
Muerte materna		
Hemorragia post parto		
Retención de restos placentarios		
Histerectomía		
Ninguna		

III COMPLICACIONES NEONATALES

	Si	No
Muerte neonatal		
Sufrimiento fetal Agudo		
Apgar Bajo		
Bajo peso al nacer		
Ninguna		

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

“Complicaciones materno-neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016”

Problema general	Objetivo General	Hipótesis de la investigación	VARIABLES	Metodología	Población y muestra	Técnicas e instrumento
¿Cuáles son las complicaciones materno-neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016?	<p>Determinar las complicaciones materno-neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016</p> <p>Objetivos específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las complicaciones maternas en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa. • Determinar las complicaciones neonatales en pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa. • Conocer las características sociodemográficas de pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa. 	No pertinente por tratarse de un estudio descriptivo simple	<p>Complicaciones Maternas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desgarro perineal -Rotura uterina -Muerte materna -Hemorragia post parto -Retención de restos placentarios. -Histerectomía -Ninguna <p>Complicaciones neonatales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Muerte neonatal -Sufrimiento fetal agudo -Apgar bajo -Bajo peso al nacer -Ninguna 	<p>1. Enfoque: Investigación cualitativa</p> <p>2. Tipo: Descriptivo, observacional retrospectivo de corte transversal</p> <p>3. Nivel Aplicativo</p>	<p>Población: Todas las pacientes con parto vaginal luego de cesárea previa atendidas en el Hospital María Auxiliadora.</p> <p>Muestra: Se aplicará la recolección de datos a las historias de 91 pacientes que culminaron su gestación con parto vaginal luego de cesárea previa.</p>	<p>Técnicas: Observación</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p>

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

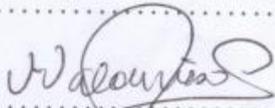
Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

1- En los variables no se debe considerar Nominal en los composiciones matemáticas ni no notales.

2- En la ficha de recolección de datos lo prefiero solo sugerir considerar la opción 1. por los según de los ítems.



FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL JUEZ RESPONSABLE (A)

[Firma]

Dr. Carlos Rodríguez Cordero
 GINECOLOGO OBSTETRA
 DOCENTE EN MEDICINA
 C.M.P. 133.000.002

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

..... *Los Rangos de edad considerar subintervalos iguales*

..... *15-19-*

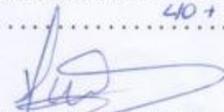
..... *20-24*

..... *25-29*

..... *30-34*

..... *35-39*

..... *40+*

..... 

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

Mag. Otilia KATTY SALGADO

DOCENTE - ESPECIALISTA

COP 4895 - RNE N° 1161-E-01

Lima, 04 de Julio del 2017

CARTA N° 13-06- 329-2017DFCS/UPNW

Dr. Julio Medina Verástegui
Director Hospital Maria Auxiliadora

Presente.

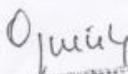
De mi mayor consideración,

Mediante el presente expreso a Ud. el saludo institucional y el mío propio.

Asimismo, me permito solicitarle vuestra autorización para que la Bachiller Elda Espino Felipa, alumna de la carrera profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, pueda realizar sus encuestas y así poder ejecutar su proyecto de tesis "Complicaciones materno neonatales de pacientes con parto vaginal y cesárea previa en el Hospital Maria Auxiliadora en el año 2016".

Agradezco la atención al presente y hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi distinguida consideración y estima personal.

Atentamente,



Dr. Agustín Ramón Iza Stoll
Decano
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.



San Juan de Miraflores, Agosto 23 del 2017..

PROVEIDO N°057-2017-DGO-HMA

REF : CARTA S/N

Visto el documento de la referencia, se autoriza a la Srta. ESPINO FELIPA Eida Johanna ex Interna de Obstetricia, egresada de la Universidad Privada Norbert Wiener para que realice su proyecto de tesis titulado "Complicaciones Materno - Neonatales de Pacientes con Parto Vaginal y Cesárea Previa en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016"

ANA MARIA CAJAS ROJAS
C.M.P. 13121 RNE 4782
Hospital María Auxiliadora
Departamento de Obstetricia y Ginecología
JEFA DEL DPTO. GINECO OBSTETRICIA

AMCR/zjra
c.c.
- Archivo

MINSA - IGSS
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
Dr. Abel Santiago Motta Chigao
JEFE DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE ARCHIVO
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

18/9/17

CONSTANCIA

El que suscribe, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital María Auxiliadora, CERTIFICA, Que el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Versión del 04 de setiembre del presente; Titulado: "COMPLICACIONES MATERNO-NEONATALES DE PACIENTES CON PARTO VAGINAL Y CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN EL AÑO 2016"; con Código Único de Inscripción: HMA/CIEI/066/17, presentado por el Investigador Principal: Elda Johanna ESPINO FELIPA, ha sido **REVISADO**.

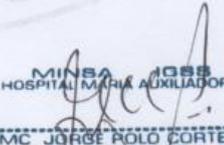
Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **04 de setiembre del 2018**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 04 de Setiembre del 2017.

Atentamente




MINSA 1088
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
MC JORGE POLO CORTÉZ
JEFE DE LA OFICINA
APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

JPC/abf.
c.c. Investigador Principal.
c.c. Archivo.

