



# **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Comparación de la morbi-mortalidad perinatal asociada al término del embarazo por cesárea en gestantes sin indicación absoluta y parto vaginal en el Hospital Nacional Dos de Mayo, periodo 2009-2010**

## **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Gineco-Obstetricia

## **AUTOR**

**Patricia Milagros Huapaya Ramos**

LIMA – PERÚ  
2010

## **INDICE**

<b>I. INTRODUCCION</b>	<b>3</b>
<b>II. MATERIAL Y METODOS</b>	<b>8</b>
<b>III. RESULTADOS</b>	<b>11</b>
<b>IV. DISCUSION</b>	<b>23</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>27</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>28</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS</b>	
- Ficha de datos	<b>34</b>
- Consentimiento informado	<b>36</b>

## I. INTRODUCCION

La cesárea es un procedimiento que se diseñó para extraer al feto, mediante laparotomía e histerotomía, cuando se dificulta el parto por vía natural (1). Al inicio se consideraba una intervención temible porque producía elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materno-fetal. En la actualidad es un procedimiento útil y muy apreciado, ya que los progresos en anestesia, analgesia, transfusión sanguínea y administración de antimicrobianos han sido satisfactorios (2, 3, 4). Estos logros han disminuido la morbilidad y mortalidad materno-neonatal que ocurría con la cesárea, pero han propiciado su abuso, hasta ponerla en manos no responsables ni éticas (5, 6).

Con pocas excepciones, a nivel mundial la tendencia al ascenso en la prevalencia de cesáreas es generalizada. En 1985, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de la OPS/OMS, inició un estudio sobre la epidemiología de la cesárea. La primera fase comprendió 178 instituciones de 17 países y se descubrió que la tasa de nacimientos por cesárea varió entre 9.3% en Honduras y 29.1% en México(7). Además, se señaló que la mayor prevalencia se encontraba en los servicios privados y de pago anticipado, seguidos de las instituciones de seguridad social, los hospitales universitarios y, por último, de las instituciones dependientes del ministerio de salud y las fuerzas armadas. En el estudio se observó que el periodo medio de hospitalización era de 2.1 días cuando el parto era normal y de 4.5 días cuando se efectuaba una cesárea. No se identificó ninguna correlación entre la frecuencia de cesárea y la mortalidad materna y perinatal (7). En Chile la tasa de cesáreas asciende a 40%; en Puerto Rico 31.0%; y en Brasil más del 30% de los nacimientos son cesáreas, con una gran variedad de registros, mientras que en São Paulo es de 51.1%, en Río de Janeiro se han identificado maternidades con tasas de 32 y 81% (8). En los Estados Unidos de América los nacimientos quirúrgicos pasaron de 5% en 1988 a 23% en el año 2000 (8). En España, según datos oficiales, en 1995 el porcentaje de cesáreas osciló en la medicina pública entre el 12% y el 16%, mientras que encuestas recientes ofrecen porcentajes del 23% del total de partos. En el Reino Unido los nacimientos vía cesárea pasaron de 3% en 1970 a 21% en el momento actual. En México, el análisis del comportamiento de la operación cesárea realizado por la Secretaría de Salud durante 1990-1995 observó un incremento del 13.5% en 1990 a 21.9% en el año de 1995, encontrándose una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la

frecuencia de cesáreas y la mortalidad materna, sin asociación con disminución en la mortalidad perinatal. (8)

Tradicionalmente, la cesárea se ha asociado a un incremento en el riesgo de complicaciones como: hemorragia, la necesidad de transfusión sanguínea, infección, lesión de la vejiga e intestino, y trombosis venosa profunda de miembros inferiores (9, 10). Por su frecuencia, el desarrollo de infecciones constituye una de las principales complicaciones asociadas a la cesárea y uno de los principales motivos de rehospitalización. Se han identificado diferentes factores de riesgo asociados al desarrollo de una infección post cesárea, que incluyen: la presencia de infección preoperatoria en otro sitio, la ruptura prematura de membranas de más de seis horas de evolución y la corioamnionitis, la existencia de co morbilidad, la preeclampsia, la obesidad, la nuliparidad, la pérdida sanguínea transoperatoria, la cesárea de emergencia, la condición socioeconómica, y el número de revisiones vaginales (9, 11, 12). Conforme se incrementa el número de cesáreas en una mujer, aumenta la dificultad en la realización de la cirugía debido a adherencias y el riesgo de lesión a la vejiga e intestino (9, 13).

El antecedente de cesárea también se ha asociado con una mayor probabilidad de placenta previa y placenta accreta, y este riesgo se incrementa con el número de cesáreas (9). En un estudio del Instituto Nacional de Perinatología se reportó que en mujeres sin antecedente de cesárea, la incidencia de placenta accreta fue de 9.4%; de 21.1% con el antecedente de una cesárea; y de 50% con dos o más cesáreas (14, 15). Esta asociación resulta particularmente preocupante debido a que se trata de condiciones que incrementan de manera notable el riesgo de hemorragia periparto y de histerectomía obstétrica. La lesión de la vejiga o uréteres, la aparición de pseudo obstrucción aguda del colon (síndrome de Ogilvie), la peritonitis por vérmix caseosa y la endometriosis, son algunas de las complicaciones y patologías asociadas a la realización de una operación cesárea (9). Algunos recién nacidos por cesárea pueden desarrollar taquipnea transitoria del recién nacido, así como complicaciones relacionadas con la prematurez iatrogénica. No obstante, debe reconocerse que algunas de las muertes atribuidas a la operación cesárea se habrían evitado si un trabajo de parto complicado no precediera a la operación o si se hubieran prevenido o identificado oportunamente las emergencias obstétricas agudas (9, 16, 17).

**Beneficios Maternos:** El beneficio a largo plazo más importante del parto por cesárea es la protección potencial del piso pélvico, reduciendo la incidencia de incontinencia urinaria, anal, así como el prolapso de órganos pélvicos. El riesgo de sufrir al menos una operación para prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria es 11.1 por ciento. Un estudio randomizado comparó el parto vaginal con feto en presentación de nalgas y documentó un riesgo incrementado de incontinencia urinaria a los tres meses después del parto en el grupo con parto vaginal (18).

Un estudio basado en poblaciones en el Sur de Australia mostró que los desordenes del piso pélvico se encuentran asociados fuertemente con la edad, embarazos y parto instrumentado; el parto por cesárea no se asocio con reducción significativa en los desordenes del piso pélvico al compararse con el parto vaginal. Sin embargo, la mayoría de estudios observacionales apoyan el efecto benéfico del parto por cesárea. Algunos sugieren que el beneficio es mayor si la cesárea se realiza antes de instalarse el trabajo de parto (19, 20).

**Beneficios del feto:** Diversos tipos de consecuencias adversas neonatales son menos comunes en partos por cesárea si se desarrollan a las 39 semanas de gestación. Ha sido estimado que la tasa de muerte pre e intraparto desde las 39 semanas es hacia adelante es alrededor de 2 en 1000. Aunque algunas de dichas muertes se atribuyen a malformaciones congénitas y podrían no prevenirse, la mayoría ocurre en infantes sanos. Las tasas de efectos adversos, tal como aspiración de meconio y la necesidad asociada de intubación neonatal, también se ha reportado que incrementa después de las 39 semanas de gestación, y también podrían disminuir si se desarrollaran cesáreas electivas en esta edad (18).

Una mujer que elige someterse a trabajo de parto se enfrenta al riesgo de distocias, y algunos datos sugieren que la falla en el progreso del trabajo de parto se podría asociar con lesiones intracraneales, sobretodo al usar instrumentos como vacuum o forceps.

**Riesgo materno:** Muerte materna, se encuentra muy raramente en países desarrollados. Se cree que el parto por cesárea incrementa sustancialmente el riesgo de muerte materna, y existen datos amplios que dan soporte a esta creencia. El riesgo de muerte en partos por cesárea ha sido estimado mucho mayor respecto al parto vaginal. Pero, así como este dato es importante, permanece difícil de interpretarlo (21). Primero, que las cesáreas electivas no son claramente diferenciadas en los datos que las cesáreas no electivas. Segundo, dado que la muerte materna es ahora muy rara, los datos usados son

frecuentemente recolectados en muchos años atrás, suficientes para incluir mujeres cuidadas con estándares no usados en la actualidad. En adición, en países desarrollados, los riesgos asociados con la cirugía han disminuido a lo largo del tiempo, y parece ser cierto particularmente para las cesáreas (22, 23). Existen datos en Great Britain ilústrate del riesgo en disminución. Desde 1988 a 1990 las mujeres sometidas a una cesárea tenían 8 veces mas probabilidad de morir que teniendo un parto vaginal; De 1994 a 1996, fueron aproximadamente tres veces la probabilidad de morir; y por 1997 a 1999, el riesgo relativo de muerte ha disminuido a poco mas de 2 (18). En un estudio reciente no se encontró mortalidad materna asociada a cesárea anteparto sin indicación (9).

Más aun, algunas muertes que fueron atribuidas a partos por cesárea podrían haberse evitado si no hubieran sido precedidas por complicaciones del parto o si emergencias agudas se hubieran prevenido por un parto temprano.

En la otra mano, la mayoría de reportes sobre mortalidad materna descuenta el riesgo de muerte en embarazos subsecuentes. Las mujeres que habían tenido una parto por cesárea previo tienen riesgo incrementado de ruptura uterina, placenta previa total, placenta acreta, desprendimiento prematuro de placenta y embarazo ectópico (24).

Además, así como la tasa de parto por cesárea ha incrementado durante los pasados 50 años, la frecuencia de placenta acreta ha incrementado por un factor de 10 (18).

Complicaciones técnicas incluyendo infecciones, hemorragias e injuria visceral son consideraciones importantes. Las infecciones se ha registrado que ocurren en mas del 10% de pacientes después de un parto por cesárea, aun usando profilaxis antibiótica, aunque las tasas son menores en aquellas pacientes que no se han sometido a trabajo de parto previo a la cesárea, o por ruptura de membranas (11, 12).

En resumen, aunque las complicaciones permanecen más comunes después de partos quirúrgicos, las tasas de eventos adversos están disminuyendo, y evidencian que mujeres que escogen un parto en vez de una cesárea programada tendrían sustancialmente menor riesgo de muerte.

**Riesgos del feto:** Problemas pulmonares neonatales que surgen de cesáreas se desarrollan aun antes de las 39 semanas de gestación o en casos en los cuales la duración de la gestación es incierta (25).

Este riesgo es reducido si el parto ocurre a las 39 semanas de embarazo en un embarazo para el cual los datos son ciertos; el riesgo absoluto de síndrome de distress respiratorio

iatrogénico es 0.4% (26). Laceración fetal al momento de la cesárea es también un evento común.

La hipotensión materna resultante de la anestesia podría causar acidosis respiratoria fetal transitoria. Finalmente, aunque la tasa de alimentación de pecho entre las pocas horas después del parto ha disminuido entre las mujeres que tienen una cesárea electiva, ningún efecto adverso del parto por cesárea sobre la alimentación materna de pecho y el infante se ha demostrado (18).

Otorgando precauciones adecuadas para prevenir la prematuridad iatrogénica, injuria fetal e hipotensión materna, el riesgo para los neonatos que nacerán por cesárea debería ser mínimo.

En las últimas tres décadas se han producido profundos cambios en el modo de dar a luz y en los índices de supervivencia de los recién nacidos. Entre esos cambios se encuentran los recientes esfuerzos para reducir el número de partos por cesárea, a la vez que se trata de satisfacer las preferencias obstétricas de las embarazadas. El aumento en las tasas de partos por cesárea en hospitales podría estar asociado con un incremento en la morbilidad, tanto en las madres como en los recién nacidos, sin ningún beneficio general evidente (27, 28). Por lo tanto, hay una urgente necesidad de brindar a las mujeres y a los proveedores de salud una información clara y científicamente respaldada sobre los posibles riesgos y beneficios asociados con este tipo de parto. En el presente estudio se intenta identificar la relación entre resultados adversos maternos y neonatales con la realización de cesárea sin indicación absoluta.

## **II. MATERIAL Y METODOS**

### **Tipo de estudio:**

Prospectivo – Longitudinal – Comparativo de causa a efecto – Observación

### **Diseño de la investigación:** Caso Control

### **Muestra del estudio**

- Población:

Pacientes gestantes que acudieron al servicio de obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo para atención del parto en el periodo 2009 al 2010.

- Unidad de análisis:

Madre – Hijo

Paciente gestante atendida en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Dos de mayo en el periodo 2009 al 2010, en quienes se realizo cesárea sin tener una indicación absoluta para la realización de esta y en aquellas que dieron parto vaginal.

Hijos de gestantes que dieron parto vaginal y por cesárea sin indicación absoluta en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo.

### **Tamaño de la muestra:**

Gestantes que cumplan los criterios de inclusión del estudio

### **Técnica de muestreo**

Muestreo no probabilístico

### **Criterios de inclusión y exclusión**

- **Cesáreas sin indicación absoluta:**



Inclusión:

Mujeres en edad reproductiva

Pacientes que cumplan con los criterios de:

- Embarazo a término.
- Presentación cefálica fetal.
- Fueron atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2009.

Exclusión

- Pelvis estrecha.
- Cesareadas anteriores menores de dos años.
- Cesareadas anteriores en dos oportunidades.
- Fetos en presentación podálica.
- Fetos en presentación transversa.
- Embarazos gemelares
- Fetos con circular doble o más al cuello fetal.
- Sufrimiento fetal agudo
- Macrosomía fetal (peso > 4000 gr.)
- Insuficiencia útero placentaria

- **Partos vaginales:**

Inclusión:

- Mujeres en edad reproductiva.
- Atendidas en el servicio de Obstetricia durante el periodo de estudio.
- Cualquier parto que finalizo por vía vaginal y cumpla con lo siguiente: feto a termino, cefálicos, gestación única.

Exclusión:

- Cesáreas.
- Fetos pretermino.

## **METODOLOGIA**

Se elaboro una ficha para el llenado de datos del recién nacido y de la madre. Las fuentes de información fueron las historias clínicas de la madres y los recién nacidos, loa libros de registro de partos de centro obstétrico del servicio de obstetricia; libro de registros de recién nacidos, los libros de registro de ingreso y alta del servicio de neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

El Análisis Estadístico del presente estudio ha sido desarrollado con la finalidad de tener información que permita: “Determinar las indicaciones mas frecuentes de cesárea en pacientes sin indicación absoluta de cesárea, Evaluar la morbilidad materno-perinatal en cesareadas sin indicación absoluta de cesáreas y Evaluar la morbilidad materno-perinatal en partos vaginales”

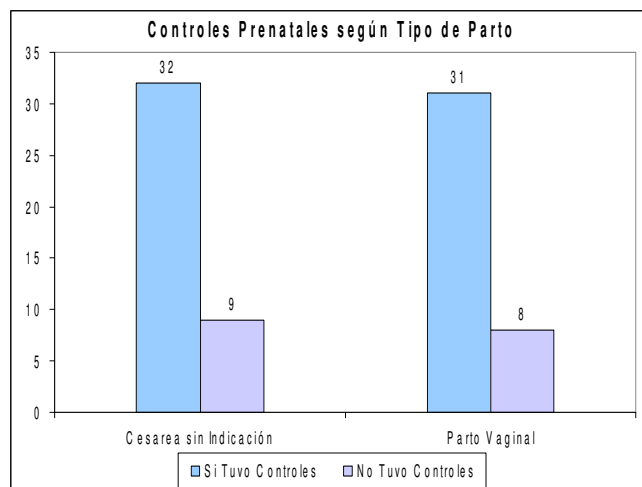
Para el presente análisis se utilizo las 80 fichas, de las cuales 39 corresponden a partos vaginales y 41 de cesáreas sin indicación, las cuales fueron registradas en la base de datos con las variables determinadas en la operacionalización de variables con la finalidad de poder aplicar correctamente las técnicas estadísticas de tablas de contingencia (pruebas de asociación para variables cualitativas  $\chi^2$  Fisher y odds ratio esta ultima de ser el caso para tablas de 2x2).

Para la elaboración de las tablas de contingencia se utilizo el paquete estadístico SPSS Versión 15.

### III. RESULTADOS

Se observa en primer lugar que el 78.8 % de las madres tuvieron sus controles prenatales; sin embargo a pesar de haber tenido sus controles al 40.0% del total de madres se les realizó cesárea sin indicación absoluta; y solo el 38.8% fue tuvo parto vaginal. No se encontró asociación entre el hecho de tener controles prenatales y el tipo de parto; es decir la ocurrencia de estos eventos son independientes entre si (según la prueba de  $\chi^2 = 0.25$   $p = 0.875$  a un nivel de significancia de  $= 0.05$ )

**Grafico N°1**



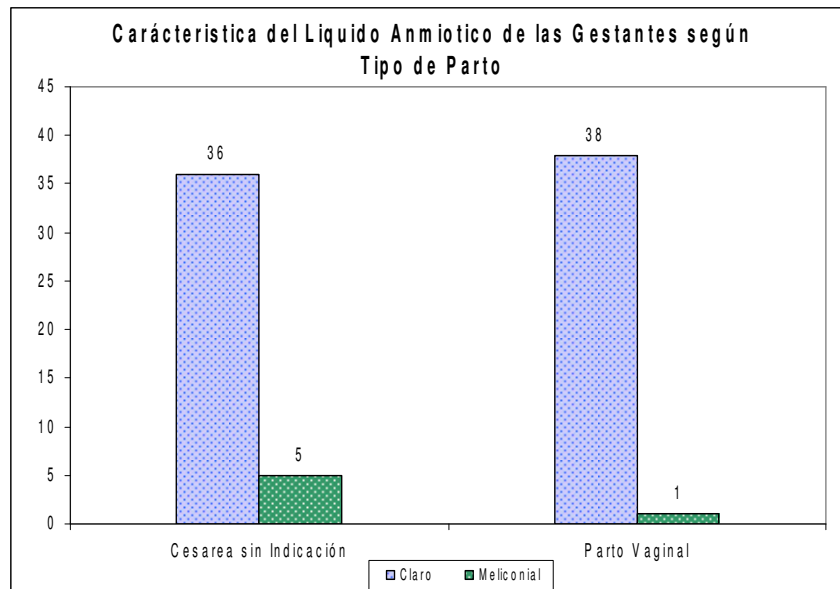
**Tabla N°1**

Controles Prenatales	Tipo de Parto				Total	%
	Cesárea sin Indicación	%	Parto Vaginal	%		
Si Tuvo Controles	32	40.0%	31	38.8%	63	78.8%
No Tuvo Controles	9	11.3%	8	10.0%	17	21.3%
Total	41	51.3%	39	48.8%	80	100.0%

Según los resultados de los análisis del líquido amniótico se observa que sólo el 7.5% de todos los partos tuvieron líquido meconial; y únicamente el 6.3% de esta

característica corresponden a madres a las cuales le realizaron cesárea sin indicación y 1.3% al parto vaginal. En cambio el 45 % de las cesareadas sin indicación presentaron líquido amniótico claro y en 47.5% de las madres que tuvieron parto normal también presentaron líquido amniótico claro. No se encontró asociación entre la característica del liquido amniótico y el tipo de parto, es decir son independientes; (según la prueba de chi  $\chi^2= 2.67$  p= 0.102, Fisher p= 0.202 a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ )

**Grafico N°2**



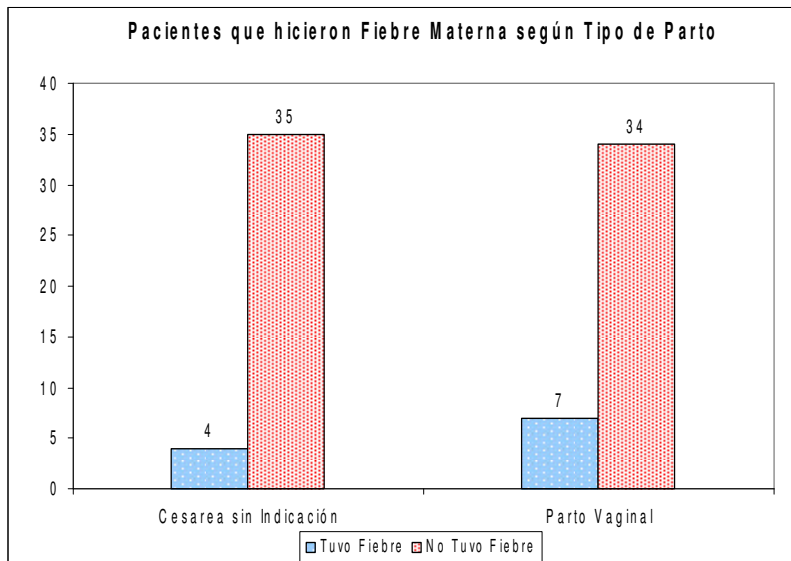
**Tabla N°2**

Características del Líquido Amniótico	Tipo de Parto				Total	%
	Cesárea sin Indicación	%	Parto Vaginal	%		
Claro	36	45.0%	38	47.5%	74	92.5%
Meconial	5	6.3%	1	1.3%	6	7.5%
Total	41	51.3%	39	48.8%	80	100.0%

Se encontró que del total de madres que hicieron fiebre el 42.5% corresponde a las que les hicieron cesárea sin indicación y 43.8% a las que tuvieron parto vaginal; así mismo

se encontró un OR de 1.801 (IC 95% 0.483 – 6.71) es decir que entre las cesareadas sin indicación la probabilidad de hagan fiebre es 1.80 veces mayor que en la que tuvieron parto vaginal. No se encontró asociación entre el hecho tener fiebre materna y el tipo de parto; (según la prueba de chi  $\chi^2 = 0.783$   $p = 0.376$  y Fisher  $p = 0.52$ ; a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ )

**Grafico N°3**

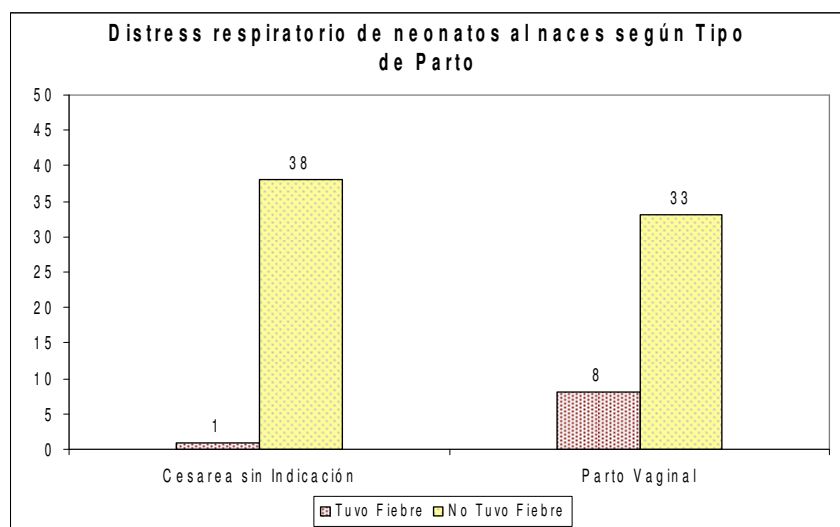


**Tabla N°3**

Fiebre Materna	Tipo de Parto				Total	%
	Cesárea sin Indicación	%	Parto Vaginal	%		
Tuvo Fiebre	7	8.8%	4	5.0%	11	13.8%
No Tuvo Fiebre	34	42.5%	35	43.8%	69	86.3%
Total	41	51.3%	39	48.8%	80	100.0%

Se observa también que 41.30% de los neonatos que no tuvieron dificultad respiratoria al nacer, nacieron mediante cesárea sin indicación y el 47.5% que tampoco tuvieron dificultad respiratoria el nacer nacieron por parto vaginal. Sin embargo se determinó un OR de 9.212 (IC 95% 1.904 – 7.74) es decir que entre las cesareadas sin indicación la probabilidad de los niños tengan dificultad de respirar al nacer es 9.21 veces mayor que los niños que nacen mediante el parto vaginal. Se encontró asociación entre distress respiratorio al nacer y tipo de parto (según la prueba de  $\chi^2 = 5.75$   $p = 0.01$ ; Fisher 0.029 a un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ )

**Grafico N°4**

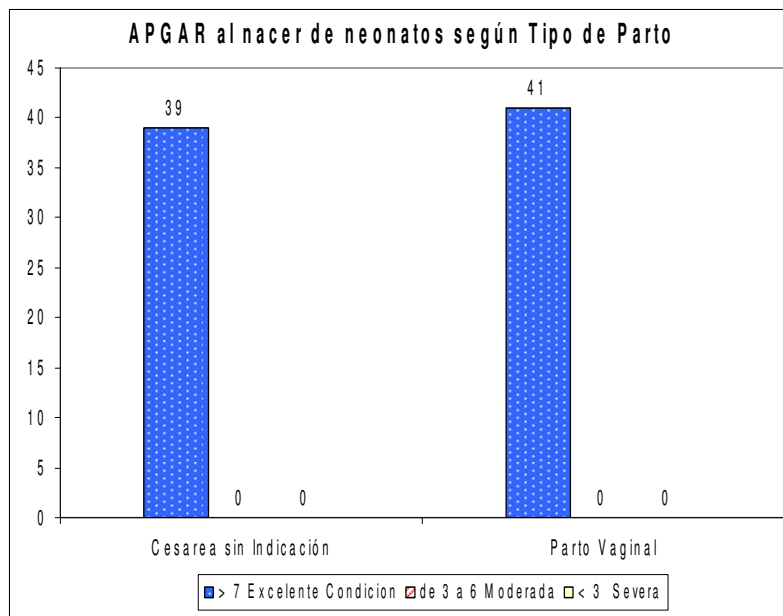


**Tabla N°4**

Distress respiratorio al nacer	Tipo de Parto				Total	%
	Cesárea sin Indicación	%	Parto Vaginal	%		
Tuvo dificultad de respirar	8	10.0%	1	1.3%	9	11.3%
No Tuvo dificultad de respirar	33	41.3%	38	47.5%	71	88.8%
Total	41	51.3%	39	48.8%	80	100.0%

Analizando la valoración del estado del bebe al nacer, según la clasificación APGAR, el 100% de los nacidos nacieron en excelente condición; y según tipo de parto los neonatos nacidos de madres sometidas a cesárea sin indicación absoluta nacieron en excelente condición el 51.3% y los neonatos nacidos de partos vaginales nacieron en excelente condición el 48.8%.

**Grafico N°5**

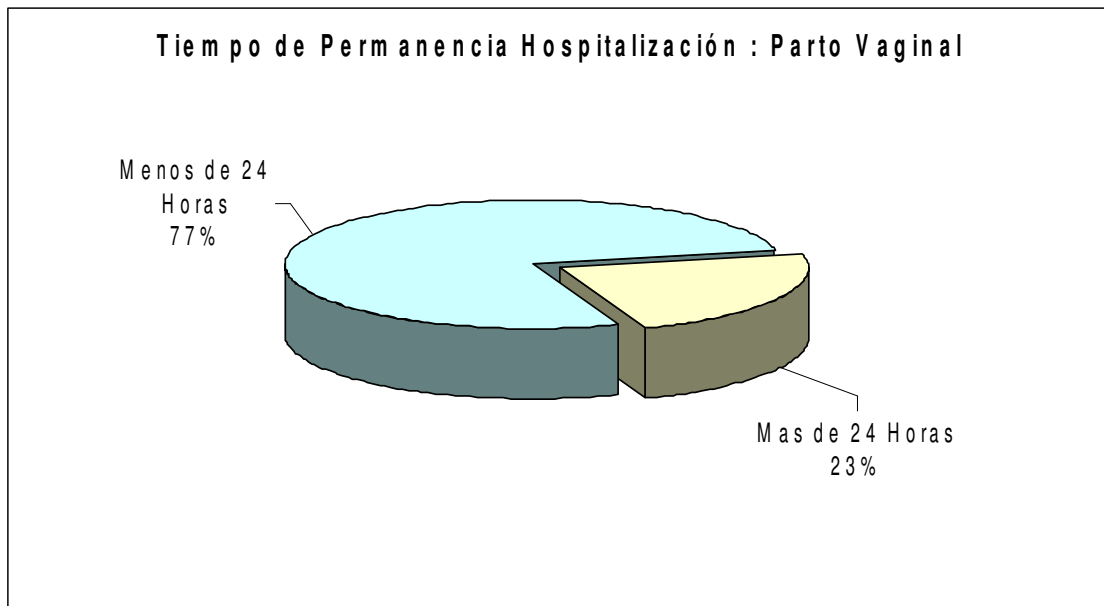


**Tabla N°5**

APGAR al Nacer	Tipo de Parto				Total	%
	Cesárea sin Indicación	%	Parto Vaginal	%		
> 7 Excelente Condición	41	51.3%	39	48.8%	80	100.0%
de 3 a 6 Moderada	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
< 3 Severa	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	41	51.3%	39	48.8%	80	100.0%

Se muestra que las madres que tuvieron parto vaginal el 76.9% permanecieron menos de 24 horas en el servicio H2, y el 23.1% mas de 24 horas.

**Grafico N°6**

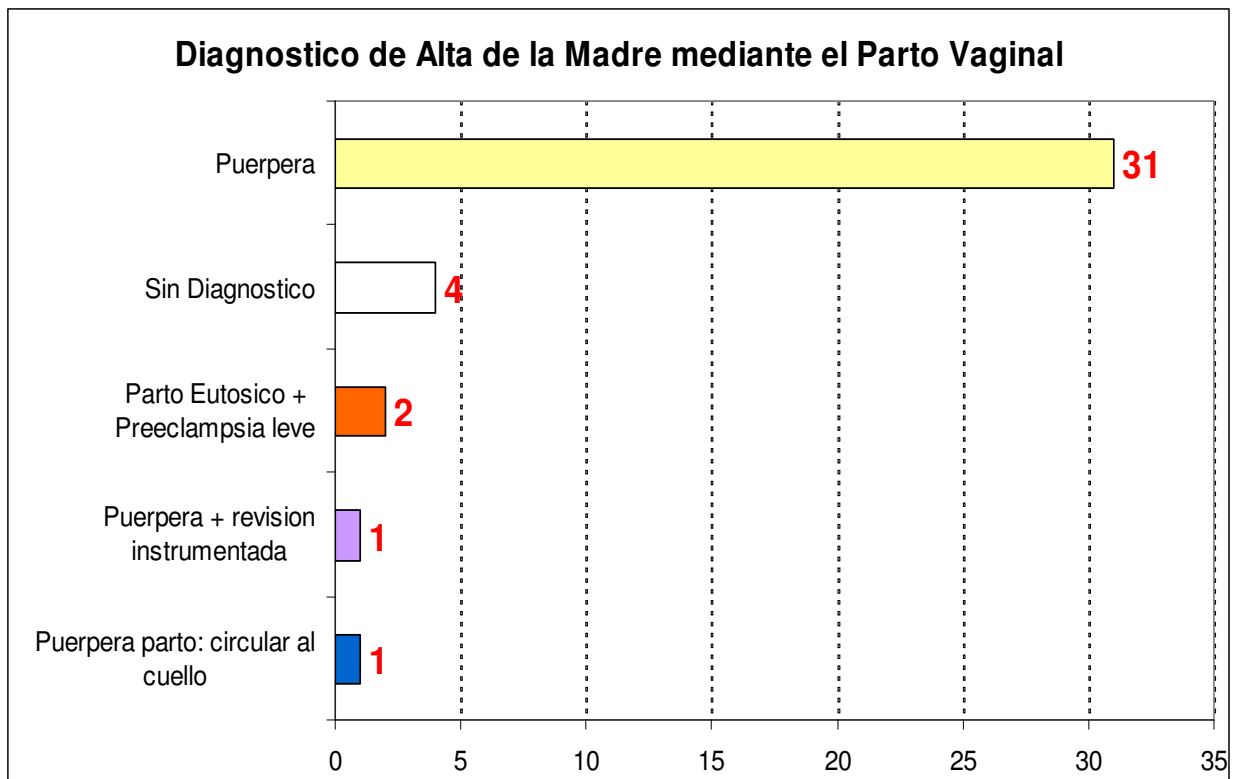


**Tabla N°6**

Tiempo de Permanencia en Servicio H2 Partos Vaginal		
Horas	Pacientes	%
Menos de 24 Horas	30	76.9%
Mas de 24 Horas	9	23.1%
Total	39	100.0%



Al momento del alta de las madres que se tuvieron el parto vaginal el 79% egresó con el diagnóstico de Puérpera, el 10% sin diagnóstico; como diagnóstico de Parto Eutósico + Preeclampsia leve se presentó el 5% y finalmente tan solo 1 caso de Circular al cuello y 1 diagnóstico como revisión instrumentada.

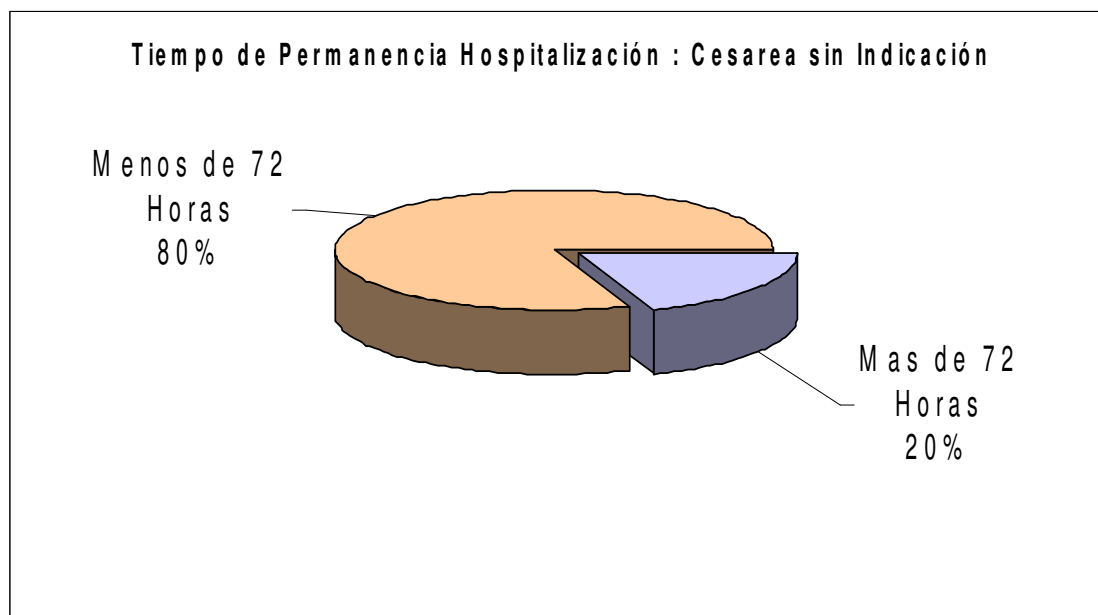


**Tabla N°7**

Diagnostico de Alta de la Madre mediante Parto Vaginal	Frecuencia	%
Puérpera	31	79%
Sin Diagnostico	4	10%
Parto Eutósico + Preeclampsia leve	2	5%
Puérpera parto: circular al cuello	1	3%
Puérpera + revisión instrumentada	1	3%
Total	39	100%

Del total de cesareadas sin indicación el 80.5% permanecieron menos de 72 horas en hospitalización y el 19.5% permanecieron mas de 72 horas.

**Grafico N°8**

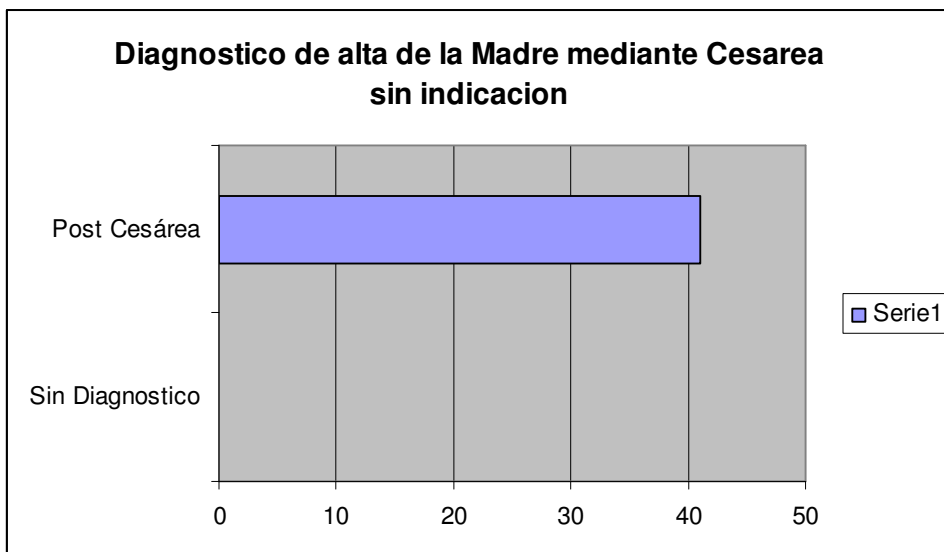


**Tabla N°8**

Tiempo de Permanencia en Servicio H2 Cesárea		
Horas	Pacientes	%
Menos de 72 Horas	33	80.5%
Mas de 72 Horas	8	19.5%
Total	41	100.0%

Al momento del alta de las madres que se les realizó cesara sin indicación el 100% reportan como diagnostico de alta POSTCESAREA

**Grafico N° 9**

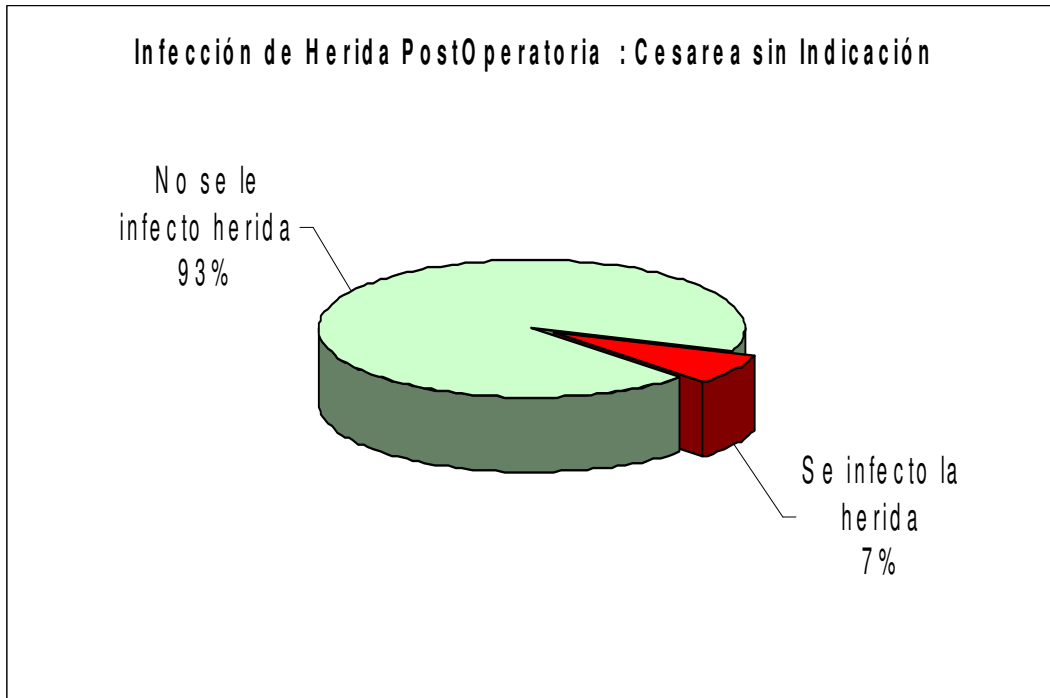


**Tabla N° 9**

Diagnostico de Alta de la Madre mediante Cesárea sin Indicación	Frecuencia	%
Sin Diagnostico	0	0
Post Cesárea	41	100
Total	41	100%

Del total de cesaradas el 92.7% no se le infecto la herida postoperatoria y solo se le infecto al 7.3% es decir a 3 madres.

**Grafico N° 10**



**Tabla N° 10**

Infección de Herida Postoperatoria de Cesareadas sin Indicación		
Horas	Pacientes	%
No se le infecto herida	38	92.7%
Se infecto la herida	3	7.3%
Total	41	100.0%

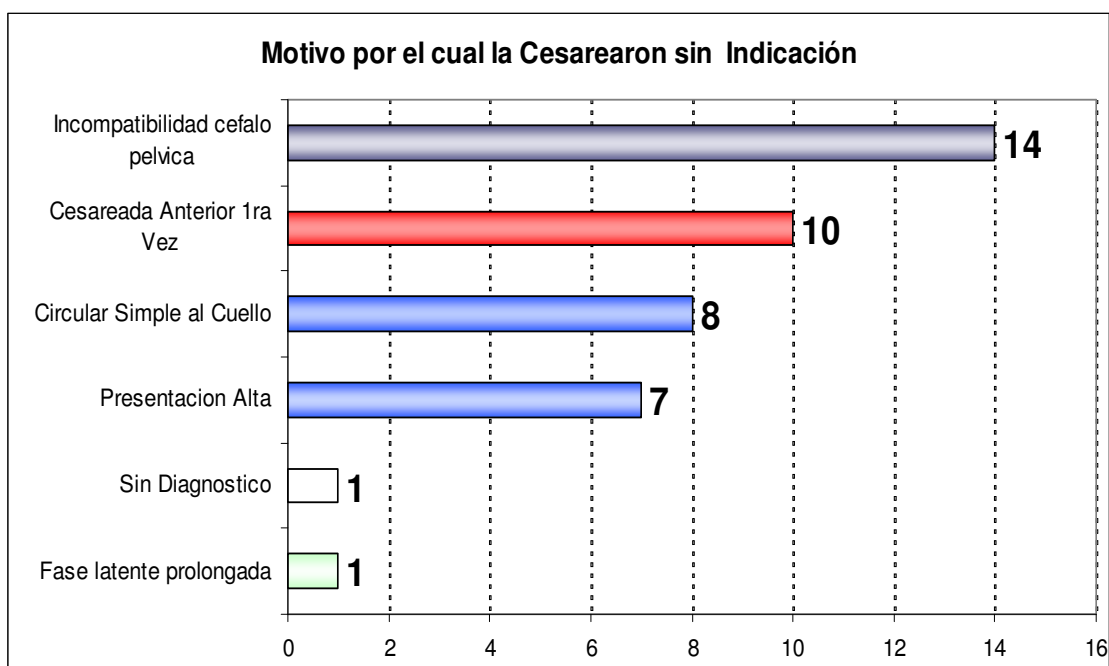
Al analizar los motivos por los cuales se realizo cesárea sin indicación se evidencia que el 34% presentaron Incompatibilidad céfalo pélvica; Circular simple al cuello, Fase

latente y sin diagnostico cada uno de estos con el 2%. En estos casos al revisar las Historias Clínicas se encontró que, en los casos de incompatibilidad céfalo pélvica se atribuía dicho diagnostico a la posibilidad de una macrosomía fetal, la cual no fue confirmada. Del mismo modo, en los casos de fase latente prolongada no se realizo ningún procedimiento o manejo medico previo al quirúrgico.

**Tabla N° 11**

Motivo por el cual le hicieron cesárea sin Indicación	Frecuencia	%
Incompatibilidad céfalo pélvica	14	34%
Cesareada Anterior 1ra Vez	10	24%
Circular Simple al Cuello	8	20%
Presentación Alta	7	17%
Fase latente prolongada	1	2%
Sin Diagnostico	1	2%
Total	41	100%

**Grafico N° 11**

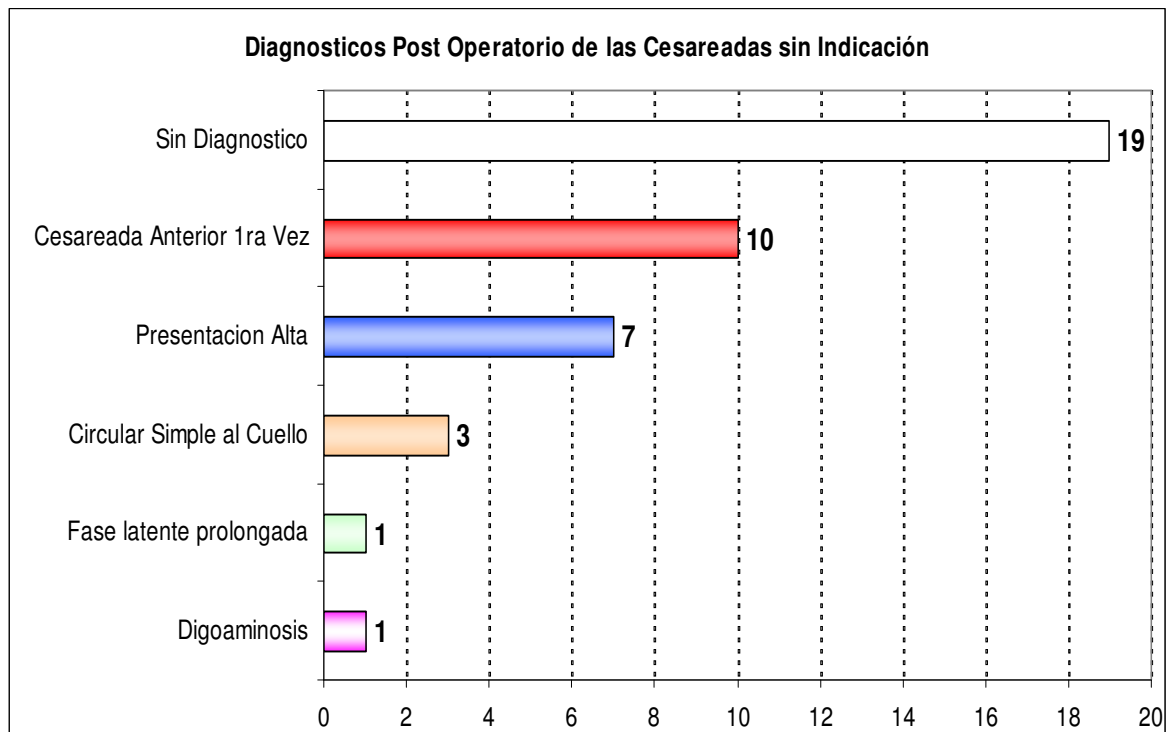


El recuento de los diagnósticos postoperatorios de las cesareadas sin indicación reporta que el 46% no tuvieron diagnóstico postoperatorio alguno, luego el 24% fueron cesareadas anterior 1ra vez, con el diagnóstico Presentación alta el 17%, Circular Simple al cuello 7% y Fase latente y Oligoaminos cada una con el 1%.

**Tabla N° 12**

Diagnósticos Post Operatorio de las Cesareadas sin Indicación	Frecuencia	%
Sin Diagnostico	19	46%
Cesareada Anterior 1ra Vez	10	24%
Presentación Alta	7	17%
Circular Simple al Cuello	3	7%
Fase latente prolongada	1	2%
Oligoaminos	1	2%
Total	41	100%

**Grafico N° 12**



#### IV. DISCUSION

En el estudio realizado por Rafael et al (29) en la ciudad de México documentan una incidencia similar en la realización de cesáreas y partos vaginales en las pacientes que siguieron un control prenatal adecuado; resultados similares a los hallazgos identificados en nuestro estudio. De esta manera deducimos que no influye de manera significativa el desarrollo de control prenatal en la decisión del medico cuando no se encuentra una indicación absoluta de cesárea. Tal vez, seria interesante un estudio detallado de las principales causas de esta intervención quirúrgica, a través de estudios prospectivos.

Según los resultados de los análisis del líquido amniótico se observa que sólo el 7.5% de todas las madres tiene la característica Meconial; y únicamente el 6.3% de esta característica corresponden a madres que le realizaron cesárea sin indicación y al 1.3% parto vaginal. En cambio el 45 % de las cesareadas sin indicación presentaron líquido amniótico claro y en 47.5% de las madres que tuvieron parto normal también presentaron líquido amniótico claro. No se encontró asociación entre la característica del líquido amniótico y el tipo de parto. Al referirnos a la presencia del meconio en el líquido amniótico, la literatura es diversa y se posesiona ante el problema desde perspectivas diferentes, en tanto que algunos reportes establecen que la tinción meconial del líquido amniótico es una causal importante para el sufrimiento fetal, otros reportes aclaran que es un proceso normal y fisiológico (30, 31, 32), en tal sentido la presente investigación ha encontrado resultados importantes, que contradicen la creencia de que todo líquido teñido de meconio, es un signo que indica sufrimiento fetal y que por lo tanto ocasiona complicaciones en el recién nacido, que hacen una norma común, el realizar la cesárea cuando se presenta esta condición. Lo expuesto, nos afirma por el contrario que la presencia de líquido meconial, puede ser una condición fisiológica y que se podría manejar desde una perspectiva de parto normal, sin llegar al extremo de perder el cuidado y manejar posibles alternativas de emergencia.

La practica de cesárea, es conocido que se asocia con una mayor riesgo de desarrollar endometritis puerperal y uno de los signos asociados a esta patología es la fiebre. En nuestro estudio se encontró que del total de madres que hicieron fiebre el 42.5% corresponde a las que le hicieron cesárea sin indicación y al 43.8% terminaron en

parto vaginal; entre las cesareadas sin indicación la probabilidad de hagan fiebre es 1.80 veces mayor que en la que terminaron en parto vaginal. Según el estudio de Rivera y Reyes desarrollado en el Instituto Hondureño de Seguridad Social encontraron que la fiebre asociada a la endometritis en pacientes post cesareadas era de alrededor del 40 % (33). En nuestro estudio se encontró una incidencia similar en el desarrollo de fiebre, pero aquella fue estudiada mediante exámenes de hemograma y examen de orina no contributorios. Nuestras pacientes presentaron una mejoría espontánea y en los diagnósticos de alta no figura la presencia de endometritis. Aun así, existe mayor posibilidad del desarrollo de fiebre en una paciente post cesareada que en aquella que termino su gestación mediante un parto vaginal.

Se observa también que 41.30% de los que no tuvieron dificultad respiratoria al nacer, nacieron mediante cesárea sin indicación y el 47.5% que tampoco tuvieron dificultad respiratoria el nacer nacieron por parto vaginal. Las cesareadas sin indicación la probabilidad de los niños tengan dificultad de respirar al nacer es 9.21 veces mayor que los niños que nacen mediante el parto vaginal. Estos datos coinciden con diversos estudios. Bases de datos multicéntricos más grandes permitirían una mejor estimación de la incidencia de resultados más raros maternos y neonatales y sus efectos sobre los costos. En nuestro estudio dicho distress fue catalogado como una taquipnea transitoria y no conlleva a mayores complicaciones en los neonatos.

Analizando la valoración del estado del bebe al nacer APGAR se encontró que no hubieron diferencias entre el tipo de parto y el resultado de Apgar al nacer. Tomando en cuenta que nuestros casos evaluaban fetos y madres sin factores de riesgo adicionales es de esperar un término satisfactorio de la gestación.

Respecto a la permanencia en el servicio de Obstetricia normalmente las pacientes se hospitalizan por tres días si el parto concluyo en cesárea y por 24 horas si fue parto vaginal. Revisando solo a las madres que tuvieron parto vaginal el 76.9% permanecieron menos de 24 horas en el servicio H2, y el 23.1% mas de 24 horas. Es decir, que la mayoría tuvo una estadía adecuada asociada a una menor morbilidad. De igual manera, del total de cesareadas sin indicación el 80.5% permanecieron menos de 72 horas en hospitalización y el 19.5% permanecieron mas de 72 horas. Los casos que permanecieron por más tiempo fueron aquellos que presentaron fiebre o estaban en



estudio y observación de la evolución de preclampsia. De esta manera podemos deducir que aquellas pacientes que terminaron su gestación mediante cesárea sin indicación absoluta, en su mayoría no constituyeron mayor gasto que aquellas sometidas a cesárea por alguna morbilidad asociada. Además, que los gastos por cesárea si serán mayores que los asociados a la hospitalización de un parto vaginal.

Dentro de los diagnósticos de alta se registro a casi todas las pacientes de parto vaginal con los diagnósticos de puérpera, y algunas con los diagnósticos de Pre-eclampsia leve. No se observaron complicaciones maternas registradas en los libros de alta ni las historias clínicas de aquellas pacientes que terminaron su embarazo mediante parto vaginal. De igual manera, las pacientes que terminaron su embarazo mediante cesárea no presentaron complicaciones mayores durante su estadía post quirúrgica. No se registraron casos de muerte materna en ninguno de los casos.

Solo un 3% presento infección de herida operatoria producto de la cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Según el estudio realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé se encontró un 2.88% de infecciones de herida operatoria en un estudio realizado en el periodo 2000 – 2002, hallazgos muy similares a los encontrados en nuestro estudio (7).

El colegio americano de gineco obstétricas y ginecólogos favorece el empleo del término distocia en lugar de desproporción céfalo pélvico. La desproporción materna fetal puede ser absoluta si la disparidad entre la cabeza y la pelvis se refiere a la presentación óptima, o relativa, cuando la disparidad es consecuencia de una posición anormal de la cabeza fetal (17).

El diagnóstico de desproporción materno fetal es importante ya que constituye indicación de cesárea. La maniobra clínica más importante evaluar la proporción pélvico fetal es la maniobra de Hillis Muller (34). Revisando de los motivos por el cual fueron cesareadas sin indicación se evidencia que el 34% presentaron Incompatibilidad céfalo pélvica (en este caso cabe resaltar que en la revisión de las historias clínicas no se considera el diagnostico de pelvis estrecha, ni la realización de maniobras para determinar la compatibilidad feto pélvica); por Circular simple al cuello y finalmente Fase latente prolongada; y sin diagnostico cada unos de estos con el 2%. En estos casos al revisar las Historias Clínicas se encontró que, en los casos de incompatibilidad céfalo

pélvica se atribuía dicho diagnóstico a la posibilidad de una macrosomía fetal, la cual no fue confirmada. Del mismo modo, en los casos de fase latente prolongada no se realizó ningún procedimiento o manejo médico previo al quirúrgico. El recuento de los diagnósticos postoperatorios de las cesareadas sin indicación reporta que el 46% no tuvieron diagnóstico postoperatorio alguno, es decir no se confirmó el diagnóstico preoperatorio, luego el 24% fueron cesareadas anterior 1ra vez, con el diagnóstico Presentación alta el 17%, Circular Simple al cuello 7% y Fase latente y Oligoaminos cada una con el 1%.

## V. CONCLUSIONES

- Mantener un adecuado control prenatal no influye en la decisión sobre el tipo de parto, sea vaginal o cesárea sin indicación absoluta, en pacientes gestantes del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- No existe asociación entre las características del líquido amniótico y tipo de parto.
- No se encontraron diferencias entre apgar al nacer y tipo de parto.
- No existe asociación entre el desarrollo de fiebre luego del parto y el parto vaginal o la cesárea sin indicación absoluta
- El desarrollo de distress respiratorio se encuentra asociado al término del embarazo por cesárea sin indicación absoluta.
- El tiempo hospitalario de las pacientes que terminaron su embarazo por parto o cesárea no fue significativamente mayor al promedio esperado.
- El promedio de infección de herida operatoria es similar a lo reportado por la literatura.
- El diagnóstico más frecuente para la realización de cesárea en este estudio fue incompatibilidad feto pélvica no confirmada.
- El término de la gestación mediante cesárea sin indicación absoluta aumenta el riesgo de desarrollar distress respiratorio al nacer.
- El término de la gestación mediante cesárea sin indicación absoluta no aumenta el tiempo de estadía hospitalaria, ni la incidencia de fiebre puerperal.
- El término de la gestación mediante cesárea sin indicación absoluta no aumenta el riesgo de presentar líquido amniótico meconial o depresión al nacer.

## **VI. RECOMENDACIONES**

El debate sobre el uso apropiado del parto por cesárea se viene desarrollando por más de 100 años, y preocupaciones sobre el incremento en las tasas de cesáreas se han hecho escuchar desde 1980. Muchos factores diferentes que la necesidad medica juegan un rol importante en el incremento, incluyendo el requerimiento de la paciente, la exposición reducida durante el entrenamiento del parto vaginal instrumentado, e incrementos en casos legales por mala praxis.

Avances en técnicas quirúrgicas y anestésicas han contribuido a las reducciones dramáticas en la mortalidad materna y neonatal relacionada al parto por cesárea. Al mismo tiempo es innegable que el parto por cesárea tiene costos mayores que un parto vaginal. Los datos en cuanto a incremento en beneficios del parto por cesárea en madres y neonatos son inconclusos; los riesgos que subyacen ante cualquier procedimiento quirúrgico, el riesgo incrementado para las mujeres que tienen embarazos luego de la cesárea, y el pobre valor predictivo del monitoreo electrónico fetal que resultan en intervenciones con poco beneficio.

Nuestro estudio no evidencia grandes diferencias en cuanto a la morbilidad perinatal entre el termino del embarazo sea por parto vaginal o Cesárea sin indicación absoluta. Aun así sería interesante ampliar dicha investigación a cesáreas con indicación y añadir los costos de dichos procedimientos.

## VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Steven M Yentis; Nicole A Richards. *Classification of urgency of caesarean section*. Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine 18:5. – 2008
2. American Collage of Obstetricians and Gynecologists: *Task Force on Cesarean Delivery Rates: Evaluation of caesarean delivery*. June, 2004
3. Carine Ronsmans, Sara Holtz, Cynthia Stanton. *Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective análisis*. Lancet 2006; 368: 1516–23.
4. Linda J. Heffner, MD, PhD, Elena Elkin, MPA, and Ruth C. Fretts. *Impact of Labor Induction, Gestational Age, and Maternal Age on Cesarean Delivery Rates*. Obstetrics & Gynecology vol. 102, no. 2, august 2008.
5. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. *Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study*. Br Med J. 2007; 335:1025.
6. Cabero L. *Estrategias para disminuir la tasa de cesáreas*. Marzo, 2008. [www.sego.es](http://www.sego.es)
7. Belitzky R., coord. *El nacimiento por cesárea en instituciones latinoamericanas. Aproximación a un diagnóstico de situación. Primera fase del estudio colaborativo Epidemiología de la Cesárea*. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.1985
8. Antonio M. Quispe, Álvaro Santivañez-Pimentel, Imelda Leyton-Valencia, Denis Pomasunco. *Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: Análisis de tendencia en el periodo 2001-2008* Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010; 27(1): 45-50.
9. Pisake Lumbiganon, Malinee Laopaiboon, A Metin Gülmezoglu, João Paulo Souza, Surasak Taneepanichskul, Pang Ruyan, Deepika Eranjanie Attygalle, Naveen Shrestha, Rintaro Mori, Nguyen Duc Hinh, Hoang Thi Bang, Tung Rathavy, Kang Chuyun, Kannitha Cheang, Mario Festin, Venus Udomprasertgul, Maria Julieta V Germar, Gao Yanqiu, Malabika Roy, Guillermo Carroli, Katherine Ba-Thike, Ekaterina Filatova, José Villar, for the World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal

- Health Research Group\* *Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08*. The Lancet Vol 375 February 6, 2010.
10. Soma Mukherjee; Sabaratnam Arulkumaran. *Post-partum haemorrhage*. Obstetrics, Gynaecology and reproductive medicine 19:5. 2009
  11. Chaim W, Bashiri A, Bar-David J, Shoham-Vardi I, and Mazor M. *Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection*. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* 2000; 8:(2)77-82.
  12. Burgos Salinas Silvia; Carbajal Arroyo Luz\* y Saona Ugarte Pedro\*\*. *Endometritis post-cesárea: factores de riesgo*. *Rev Med Hered* 1999; 10:105-110
  13. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. *Planned Caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicenter trial*. *Lancet* 2007; 356: 1375
  14. Organización Mundial de la Salud. “*Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*”. CLAP/SMR; 2009.
  15. Maryam Kashanian, Farahroos Javadi, Malektaj Moshkbid Haghighi. *Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery*. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Volume 109, Issue 3, June 2010, Pages 198-2010
  16. Fernando Althabe, José M Belizán, José Villar, Sophie Alexander, Eduardo Bergel, Silvina Ramos, Mariana Romero, Allan Donner, Gunilla Lindmark, Ana Langer, Ubaldo Farnot, José G Cecatti, Guillermo Carroli, Edgar Kestler, for the Latin American Caesarean Section Study Group. *Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomized controlled trial*. *The Lancet* • Vol 363 • June 12, 2006
  17. George Goumalatsos Rajesh Varma. *Vaginal birth after Caesarean section: a practical evidence-based approach*. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 19:7. Febrero 2007
  18. Howard Minkoff, M.D., and Frank A. Chervenak, M.D. *Elective Primary Cesarean Delivery*. *n engl j med* 348:10 march 6, 2003

19. Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. *Parturition and urinary incontinence in primiparas*. *Obstetric Gynecology* 2001; 97:350-6.
20. Vahratian A, Zhang J, Troendle JF, Sciscione AC, Hoffman MK. *Labor progression and risk of cesarean delivery in electively induced nulliparas*. *Obstet Gynecol*. 2005 Apr; 105(4):698-704.
21. James P Neilson. *Maternal mortality*. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive medicine* 19:2 – 2008
22. Vrouenraets FP, Roumen FJ, Dehing CJ, van den Akker ES, Aarts MJ, Scheve EJ. *Bishop score and risk of cesarean delivery after induction of labor in nulliparous women*. *Obstet Gynecol*. 2005 Apr;105(4):690-7
23. Heffner LJ, Elkin E, Fretts RC. *Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates*. *Obstet Gynecol*. 2003 Aug;102(2):287-93
24. Althabe F, Belizan JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, Romero M, Donner A, Lindmark G, Langer A, Farnot U, Cecatti JG, Carroli G, Kestler E; Latin American Caesarean Section Study Group. *Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial*. *Lancet*. 2006 Jun 12; 363(9425):1934-40.
25. Andrew CG Breeze; Christoph C Lees. *Intrapartum deaths: missed opportunities*. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 19:6 – 2009
26. Emily B. Kahn, PhD, MPH, Cynthia J. Berg, MD, MPH, and William M. Callaghan, MD, MPH. *Cesarean Delivery Among Women With Low-Risk Pregnancies* Vol. 113, N° 1, January 2009, *Obstetrics and Gynecology*.
27. Andrew Simm Darly Mathew. *Caesarean section: techniques and complications*. *Obstetrics, Gynaecology and reproductive medicine* 18:4. 2008

28. Hugo Salinas P. <sup>1</sup>, Jaime Albornoz V. <sup>1</sup>, Álvaro Reyes P. <sup>a</sup>, Sergio Carmona G. *Factores predictores de cesárea*. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69(5): 357-360
29. H. Rafael Sánchez-Nuncio, Gustavo Pérez-Toga, Pedro Pérez-Rodríguez, Francisco Vázquez-Nava. *Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43 (5): 377-380 377
30. Manrique Leal-Mateos<sup>1</sup>, Loretta Giacomini-Carmiol<sup>2</sup>, Rafael Ángel Moya-Sibaja. . *Resultados obstétricos y neonatales de pacientes secundigestas con antecedente de cesárea*, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. 2006-2007. Acta méd. costarric. Vol 52 (1), enero-marzo 2010
31. Alberto Puertas, M. Paz Carrillo, Luis Moltó, Margarita Álvarez, Salvador Sedeño, José A. Miranda. *Líquido amniótico teñido con meconio en el trabajo del parto*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Ed. Española) 2002; 2: 17-21
32. Carmen Desiree Coba abanto frecia melissa Sanchez Perez. *Relación entre el grado de tinción meconial del líquido amniótico durante el trabajo de parto y la presencia de complicaciones neonatales*. Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins. revista salud, sexualidad y sociedad 3(1,2), 2008
33. Jessica Reyes\*, V Rivera. *Incidencia de endometritis post cesárea en el instituto hondureño de seguridad social (ihss)*. junio 2005 a junio 2007. Revista Médica de los Post Grados de Medicina – UNAH. Vol. 11 N° 1 • Enero - Abril 2008.
34. Prof Pisake Lumbiganon MD <sup>a</sup>, Malinee Laopaiboon PhD <sup>b</sup>, Dr A Metin Gülmezoglu MD. *Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007—08*. The Lancet, Volume 375, Issue 9713, Pages 490 – 499



# **ANEXOS**

## FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

*“Comparación de los resultados perinatales y maternos asociados al término del embarazo por cesárea en gestantes sin indicación absoluta de cesárea y, partos vaginales en el Hospital Nacional Dos de Mayo, periodo 2009-2010”*

### FICHA DE RECOLECCION N°.....

**Número de Historia Clínica Materna:** .....

#### **TIPO DE PARTO:**

Vaginal  Cesárea

1. Numero de controles pre natales .....

2. Si fue cesárea: cual fue la indicación?

- Circular simple al cuello

- Pre eclampsia:

- Incompatibilidad cefalo pelvica

- Presentacion alta

-  
Otros:.....  
...

3. Cual fue el diagnostico post operatorio?

- Circular simple al cuello

- Pre eclampsia:

- Incompatibilidad cefalo pélvica

- Presentación alta

-  
Otros:.....  
...

4. Hubo infección de herida operatoria?

SI  NO

5. Cuantos días post parto permaneció en el servicio de H2?

Parto vaginal: MENOS DE 24 HORAS  MAS DE 24 HORAS

Cesareas: MENOS DE 72 HORAS  MAS DE 72 HORAS

6. Hubo Fiebre materna?

SI  NO

7. Cual fue el apgar al nacer

<3  3-6  >7

8. Hubo distress respiratorio al nacer:

SI  NO

9. Características del líquido amniótico

Claro  Meconial

10. Cual fue el diagnostico al alta:

Materno: .....  
Neonatal: .....

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por la Médico Residente del Hospital Nacional Dos de Mayo Patricia Milagros Huapaya Ramos, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La meta de este estudio es obtener información sobre el estado de salud de usted y su hijo (a) (recién nacido (a) por cesárea) y, compararlo con la información obtenida de otra paciente que termino su embarazo por parto vaginal.

Usted fue seleccionada para participar en este estudio al azar.

Si usted accede a participar en este estudio, se revisara su historia clínica y la de su hijo (a) recién nacido (a). Dicha revisión no le demandará tiempo, ni se le realizaran preguntas directas.

Este estudio involucra un riesgo mínimo, debido a que su selección se realizó dentro de las primeras 24 horas post parto. Además, la revisión de sus historias clínicas se realizará una vez haya sido dada de alta hospitalaria.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los datos recopilados serán codificados y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso la perjudique en ninguna forma

Desde ya le agradezco su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Médico Residente Patricia Milagros Huapaya Ramos. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es obtener información sobre el estado de salud de usted y su hijo (a) (recién nacido (a) por cesárea) y, compararlo con la información obtenida de otra paciente que termino su embarazo por parto vaginal.

Me han indicado también que revisaran mi historia clínica y la de mi hijo (a) recién nacido (a).



## Consentimiento Informado

La presente investigación es conducida por la Médico Residente del Hospital Nacional Dos de Mayo Patricia Milagros Huapaya Ramos, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La meta de este estudio es obtener información sobre el estado de salud de usted y su hijo (a) (recién nacido (a) por parto vaginal) y, compararlo con la información obtenida de otra paciente que termino su embarazo por cesárea.

Usted fue seleccionada para participar en este estudio al azar.

Si usted accede a participar en este estudio, se revisara su historia clínica y la de su hijo (a) recién nacido (a). Dicha revisión no le demandará tiempo, ni se le realizaran preguntas directas.

Este estudio involucra un riesgo mínimo, debido a que su selección se realizó dentro de las primeras 24 horas post parto. Además, la revisión de sus historias clínicas se realizará una vez haya sido dada de alta hospitalaria.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los datos recopilados serán codificados y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso la perjudique en ninguna forma

Desde ya le agradezco su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Médico Residente Patricia Milagros Huapaya Ramos. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es obtener información sobre el estado de salud de usted y su hijo (a) (recién nacido (a) por parto vaginal) y, compararlo con la información obtenida de otra paciente que termino su embarazo por cesárea).

Me han indicado también que revisaran mi historia clínica y la de mi hijo (a) recién nacido (a).

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Patricia Huapaya Ramos al teléfono 997027391.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

-----  
Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

-----  
Nombre del investigador

Firma del Participante

Fecha