

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Medicina Humana



Complicaciones obstétricas y neonatales asociadas al parto vertical y horizontal

Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor(es):

Ruben Fabian Arimuya Pacheco

Johnny Daniel Fuentes Peña

Asesor(es):

Dr. Chávez Trigoso José Antonio

Mg. Edda Newball Noriega

Lima, Mayo de 2021

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

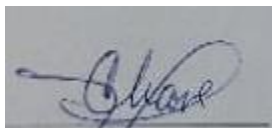
MC. José Antonio Chávez Trigoso y MG. Edda Newball Noriega, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: “**COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES ASOCIADAS AL PARTO VERTICAL Y HORIZONTAL**” constituye la memoria que presenta los Bachilleres **Ruben Fabian Arimuya Pacheco** y **Johnny Daniel Fuentes Peña** para obtener el título de Profesional de Médico Cirujano, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 19 días del mes de Mayo del año 2021.



Dr. Chávez Trigoso José Antonio



Mg. Edda Newball Noriega

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a 14 día(s) del mes de Mayo del año 2021, siendo las 2:00 PM horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a):

M.C. José Gregorio Loayza Suarez, el (la) secretario(a): M.C. Catherine Alejandra Marquez Sosa y los demás miembros: M.C. Yohana Katherine Romero Pineda y el (la) asesor(a) Mg. Edda Newball Noriega

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado: 'Complicaciones obstétricas y neonatales asociadas al parto vertical y horizontal'

del(los) bachiller(es): a) Arimaya Pacheco Ruben Fabian
 b) Fuentes Peña Johnny Daniel
 c) _____

conducente a la obtención del título profesional de: Médico Cirujano
(Denominación del Título Profesional)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller (a): Arimaya Pacheco Ruben Fabian

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literales	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>20</u>	<u>A+</u>	<u>Excelente</u>	<u>Excelencia</u>

Bachiller (b): Fuentes Peña Johnny Daniel

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literales	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>20</u>	<u>A+</u>	<u>Excelente</u>	<u>Excelencia</u>

Bachiller (c): _____

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literales	Cualitativa	

(*) Ver parte posterior Esta sustentación fue realizada de manera virtual u online sincrónica conforme al reglamento de Grados y Títulos.

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

 Presidente/a

 Secretario/a

 Asesor/a

 Miembro

 Miembro

 Bachiller (a)

 Bachiller (b)

 Bachiller (c)

Dedicatoria

En primer lugar a Dios, y en segundo a nuestros padres por su apoyo incondicional, que permitió la realización de este trabajo de investigación con el cual nos permite concluir una etapa más en nuestras vidas.

Agradecimientos.

A nuestros padres, familiares, por su ayuda incondicional, a nuestros asesores, por ayudarnos a dirigir este trabajo de investigación y el más importante, a Dios por habernos acompañado hasta aquí.

Tabla de contenido

LISTA DE TABLAS	ix
LISTA DE FIGURAS	ix
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROYECTO	xiii
1.1 Descripción de la realidad problemática	xiii
1.2 Formulación del problema	xiv
1.3 Objetivos	xiv
1.4 Justificación	xv
1.5 Presuposición filosófica	xvi
2.1 Antecedentes	xvii
2.2 Bases teóricas	xxii
COMPLICACIONES DURANTE EL INTRAPARTO	xxvi
2.3 Definición de términos básicos	xxx
CAPÍTULO III: MÉTODOS	xxxí
3.1 Tipo y diseño del estudio	xxxí
3.2 Descripción del lugar de ejecución	xxxí
3.3 Diseño Muestral	xxxii
3.3.1 Unidad de análisis	xxxii
3.3.2 Muestra	xxxii
3.3.3 Método y tipo de muestreo	xxxii
	vii

3.3.4 Criterio de inclusión Hospitalizadas durante el periodo de septiembre del 2015 a septiembre del 2019.	xxxii
3.3.5 Criterio de exclusión Hospitalizadas durante el periodo de septiembre del 2015 a septiembre del 2019.	xxxii
3.4 Formulación de la hipótesis	xxxiii
TABLA 4. Operacionalización de Variables	xxxiv
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	xxxv
3.7 Procesamiento y análisis de datos	xxxv
3.8 Aspectos Éticos	xxxv
Tabla 1. Características generales de la población	xxxvi
Tabla 2.	xxxvii
Tabla 3. Asociación de la posición de parto con algunas complicaciones obstétricas	xxxix
Figura 1.	xl
CAPITULO V: DISCUSIÓN	xlii
CAPITULO VI: CONCLUSIONES	xliv
CAPÍTULO VII: CONFLICTO DE INTERÉS	xlvi
CAPÍTULO VIII: LIMITACIÓN DEL ESTUDIO	xlvi
CAPÍTULO IX: RECOMENDACIONES	xlvii
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	xlviii
ANEXOS	liii
Procesamiento de datos en Excel	liii
Carta de autorización	liv
	viii

LISTA DE TABLAS

1. TABLA 1: Características generales de la población
2. TABLA 2: Comparación de las variables de la población por posición de parto
3. TABLA 3: Asociación de la posición de parto con algunas complicaciones obstétrica
4. TABLA 4: Operacionalización de Variables

LISTA DE FIGURAS

1. FIGURA 1: Comparación del sangrado y tiempo de expulsión en los grupos de parto horizontal y vertical

LISTA DE ABREVIATURAS

MM: Mortalidad materna

OMS: Organización mundial de la salud

HPP: Hemorragia post parto

RN: Recién nacido

CPN: Control pre natal

EG: Edad gestacional

DE: Desviación estándar

PRc: Razón de prevalencia cruda

PRa: Razón de prevalencia ajustada

RESUMEN

OBJETIVO: Comparar, según tipo de parto vertical u horizontal, las complicaciones obstétricas y neonatales asociadas en el binomio madre-hijo.

METODOLOGÍA: Se realizó un muestro probabilístico de tipo aleatorio simple de las historias clínicas revisadas. Doscientas Historias Clínicas del Hospital Essalud Voto Bernales – Ate Lima, debidamente seleccionadas con criterios de inclusión del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Voto Bernales, con diagnóstico de parto eutócico vertical y horizontal, durante el periodo de 2015 – 2019. **RESULTADOS:** En total se analizaron 300 mujeres gestantes de 28 ± 5 años de edad. Dentro de las complicaciones obstétricas estudiadas se evidenció que tiempo de expulsión fue mayor en el grupo de posición horizontal frente al vertical (15.4 vs 9.9 min, $p < 0.01$); de igual manera, el sangrado fue mayor en el grupo de parto horizontal (304.2 vs 259.9 ml, $p < 0.01$). El parto vertical disminuye la probabilidad de desgarro en 36% (PRa=0.64; IC95% 0.43 – 0.96; $p:0.034$) comparado con el parto horizontal; mientras que respecto a la probabilidad de uso de episiotomía esta disminuye en 37% (PRa=0.63; IC95% 0.41 – 0.94; $p:0.026$) en el parto vertical frente al horizontal. Respecto a posibles complicaciones neonatales se evidenció que el Apgar de 1 minuto tuvo puntaje mayor en el parto vertical a comparación del horizontal (8.9 vs 8.8, $p < 0.01$). **CONCLUSION:** Concluimos que, el parto en posición vertical tiene menos complicaciones obstétricas en comparación con el parto horizontal. Asimismo las ventajas de realizar partos en posición vertical son superiores en relación al parto en posición horizontal.

PALABRAS CLAVE: Parto horizontal, parto vertical, sangrado, complicaciones, expulsión, feto, embarazo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Compare, according to the type of vertical and horizontal delivery, the obstetric and neonatal complications associated with the mother-child binomial. **METHODOLOGY:** A simple random probabilistic sampling of the reviewed medical records was performed. Two hundred Clinical Histories of the Essalud Voto Bernales Hospital - Ate Lima, duly selected with inclusion criteria of the Gynecology-Obstetrics service of the Voto Bernales Hospital, with a diagnosis of vertical and horizontal eutocic delivery, during the period 2015-2019. 300 pregnant women aged 28 ± 5 years were analyzed. Among the obstetric complications studied, it was evidenced that the expulsion time was greater in the horizontal group compared to the vertical position (15.4 vs 9.9 min, $p < 0.01$); likewise, bleeding was greater in the horizontal delivery group (304.2 vs 259.9 ml, $p < 0.01$). Vertical delivery decreases the probability of tear by 36% (PRa = 0.64; 95% CI 0.43 - 0.96; P: 0.034) compared to horizontal delivery; while regarding the probability of using episiotomy this decrease in 37% (PRa = 0.63; 95% CI 0.41 - 0.94; $p: 0.026$) in vertical versus horizontal delivery. minute had a higher score in vertical delivery compared to horizontal delivery (8.9 vs 8.8, $p < 0.01$). **CONCLUSION:** We conclude that vertical delivery has fewer obstetric complications compared to horizontal delivery. Likewise, the advantages of performing deliveries in an upright position are greater in relation to delivery in a horizontal position.

KEY WORDS: Horizontal childbirth, vertical childbirth, bleeding, complications, expulsion, fetus, pregnancy.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROYECTO

1.1 Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud reveló que para el año 2010, la Tasa de Mortalidad Materna (MM) estimada mundialmente es de 402 muertes/100.000 nacidos vivos, por tal motivo, la declaración del milenio, propuso reducir a 100/100.000 nacidos vivos para el año 2015 (75%).(1)

Las principales causas de MM en los países en vías de desarrollo son; hemorragia y la hipertensión, que en su conjunto representan el 50%. La hemorragia postparto (HPP) constituye el 35% del total de las MM. La Organización Mundial de la Salud estimó que anualmente ocurren entre 20 millones de complicaciones maternas anualmente, durante el parto por las causas ya descritas.(1)

La mortalidad materna (MM) es una de las principales preocupaciones de salud pública y representa un buen indicador para medir la calidad asistencial, indicador que permite, además, establecer las diferencias socioeconómicas entre los países.(1)

Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo, es por ello que la OMS precisó que alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan, desde hace más de una década. (4)

La OMS viene difundiendo y propugnando el parto vertical, en el afán de brindarle a la mujer la oportunidad de retomar el rol principal y de participar de forma activa durante el trabajo de parto, para así proporcionarle el entorno familiar además de lo emocional que conlleva este acontecimiento para la madre y su niño.(2)

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las diferencias que existen entre las complicaciones obstétricas y neonatales asociadas al tipo de parto vertical u horizontal?

1.3 Objetivos

General:

Comparar según tipo de parto, vertical u horizontal, las complicaciones obstétricas y neonatales asociadas en el binomio madre-hijo.

Específicos:

1. Describir las complicaciones obstétricas asociadas al parto vertical en mujeres atendidas en el Hospital Voto Bernales en el periodo de estudio
2. Describir las complicaciones obstétricas asociadas al parto horizontal en mujeres atendidas en el Hospital Voto Bernales en el periodo de estudio
3. Describir las complicaciones neonatales asociadas al parto vertical en el Hospital Voto Bernales de septiembre del 2015 a septiembre del 2019
4. Describir las complicaciones neonatales asociadas al parto horizontal en el Hospital Voto Bernales de septiembre del 2015 a septiembre del 2019

1.4 Justificación

El presente trabajo de investigación tiene por finalidad determinar si existen diferencias entre las complicaciones obstétricas y neonatales entre el tipo de posición del parto. De tal manera que las usuarias tengan la posibilidad de elegir el tipo de parto que desean, previamente brindando la información necesaria para la decisión que puedan tomar.

Creemos que, brindando este aporte a la comunidad científica, podremos reducir las complicaciones obstétricas y neonatales. No solo en beneficio de la paciente, sino como retroalimentación para el establecimiento de salud. A la misma vez dándole satisfacción a la paciente en el proceso del parto.

Por otro lado, las complicaciones obstétricas no reflejan necesariamente reflejan el poco conocimiento acerca de este tipo de parto, sino que también es fundamental la decisión que opte el médico tratante, analizando criteriosamente que es lo más favorable para la paciente.

Existen trabajos de investigación que demuestran que el parto vertical tiene beneficio en comparación con el parto en posición horizontal. Por lo tanto, tener conocimiento sobre el este posicionamiento para el parto, y lo beneficioso que es para la paciente, ayuda en la disminución de complicaciones obstétricas en un establecimiento de salud.

Actualmente los distintos hospitales, en su mayoría, aplican parto horizontal para sus gestantes, sin embargo, optando por esta variante de posición, traería beneficios con respecto a la atención del parto y durante el desarrollo de este. Ya que esto mejora la calidad de atención que presenta un establecimiento de salud y además que es importante que la paciente tenga la información necesaria brindada por el personal del establecimiento.

Que este trabajo de investigación sea un precedente y pueda permitir a otros investigadores desarrollar con más profundidad el tema expuesto.

1.5 Presuposición filosófica

Actualmente nos encontramos con diversos problemas durante el acto médico, uno de los más importantes y resaltantes es el manejo o la atención que se le brinda a una mujer gestante durante su trabajo de parto, sabiendo que estos dolores propios del parto se acentúan con el transcurrir de las horas y es mucho más intenso para la mujer por lo que se torna intolerable para ella. Todo inició después de la primera mujer, que fue Eva y quién pecó ante Dios, por lo que fue advertida de las consecuencias que tendría en el alumbramiento. Si hubiera sido obediente, Dios hubiese derramado sus bendiciones en todo momento y el trabajo de parto hubiese sido gozo completo, debido a que *“la bendición de Jehová es lo que enriquece, y él no añade dolor con ella”* (Proverbios 10:22). Pero a consecuencia del error de nuestros primeros padres, el pecado ocasionaría que el cuerpo funcione imperfectamente y por ende habría dolor en el parto, es por eso que Dios dijo: *“Aumentaré de gran manera el dolor de tu preñez; con dolores de parto darás a luz hijos”* (Génesis 3:16). (5)

Es cierto que en el embarazo el dolor del parto se puede aliviar con manejo terapéutico que hasta incluso se pueden llegar a evitar hasta cierto punto con extremos cuidados y métodos que ayuden a preparar a la madre de una manera integral, es por esto que al momento del alumbramiento para la gestante sigue siendo una situación sumamente angustiada físicamente (Génesis 35:16-20; Isaías 26:17). Pero de igual forma Pablo recomendó a las jóvenes viudas que se distrajeran en cosas buenas si su instinto materno no estaba del todo claro. Dejó en claro que la mujer cristiana *“se mantendría en seguridad mediante al tener hijos, con tal que continuará en fe, amor y santificación junto con buen juicio”* (1 Timoteo 2:15) (5)

Aunque los dolores del parto sean para la madre insoportables, el dar a luz a un niño es una ocasión que abarca felicidad en todo sentido. Cuando Jesús tuvo una conversación a solas con sus apóstoles una noche antes de que fuera sacrificado, les dejó una ilustración: *“Muy verdaderamente les digo: Ustedes llorarán y plañirán,*

pero el mundo se regocijará; ustedes estarán desconsolados, pero su desconsuelo será cambiado a gozo. La mujer, cuando está dando a luz, siente desconsuelo, porque ha llegado su hora; más cuando ha dado a luz al niño, ya no se acuerda de la tribulación, por el gozo de que un hombre haya nacido en el mundo. Ustedes también, pues, ahora sienten, en realidad, desconsuelo; pero los veré otra vez, y se regocijará su corazón, y su gozo nadie se lo quitará” (Juan 16:20-22) (5)

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Jorge Calderón et al (2008) es un estudio titulado “**Parto Vertical: Retornando a una costumbre ancestral**” cuyo principal objetivo fue el determinar las ventajas del parto vertical. Este estudio fue de tipo observacional, comparativo, transversal, el cual fue realizado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. La muestra fue de 160 mujeres, de las cuales 80 tuvieron parto vertical y 80 parto horizontal. Estudiaron las siguientes variables durante el periodo del puerperio: el tiempo de la fase expulsiva; necesidad de episiotomía o maniobra de Kristeller; volumen de sangrado uterino; percepción de la madre, tipo de desgarro y Apgar al recién nacido. Lo resaltante fue la percepción del grupo que optó por parto vertical, catalogándolo como mucho más cómodo, rápido y menos doloroso. Llegaron a la conclusión de que es importante en todo tipo de institución que realiza partos, permitan a la gestante optar por cual posicionamiento desean realizar. (1)

Otra investigación, realizada por Edinez Gayeski M (2009) titulada “**Percepción de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal**”, de tipo cualitativo cuyo principal objetivo fue reconocer que percepción tenían las puérperas en cuanto a características del parto vertical u horizontal. Entrevistaron a 10 mujeres que fueron atendidas en el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catalina en Brasil, durante el periodo de noviembre

de 2006 a febrero de 2007. Las entrevistadas se encontraban entre los 20 y 37 años, 6 de ellas eran secundíparas y 4 multíparas, todas dieron a luz en posición vertical donde los recién nacidos no dieron complicación alguna y lograron ser a término. Se concluyó de acuerdo a los resultados, que en la posición vertical la mujer se siente más activa, más cómoda y que la expulsión del feto es mucho más fácil, en comparación del parto horizontal que hace más difícil el movimiento y por ende eleva el sufrimiento, el cansancio y la duración de la fase expulsiva. (6)

Marco Castillo Ayarza et al (2014), cuyo título es “**Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú**” cuyo principal objetivo fue establecer cuáles eran las complicaciones más frecuentes durante el periodo del trabajo vertical. Fue de tipo observacional, descriptivo, transversal, cuantitativo y retrospectivo. Se revisaron 85 historias clínicas de pacientes que realizaron parto vertical en este instituto durante enero y julio de 2012. Consideraron como complicación aspectos como: Hemorragia (perdida sanguínea mayor a 500cc), necesidad episiotomía, desgarro vaginal o cervical, atonía uterina, incompleto alumbramiento, presencia de líquido meconial, parto prolongado (mayor a 12 horas) y parto precipitado (menor a 3 hora). En 11 casos no hubo complicación alguna, en 52 evidenciaron que se realizó episiotomía y en 25 pacientes ocurrió desgarro vaginal, en 13 presencia de líquido meconial que indica sufrimiento fetal, en 7 casos hubo alumbramiento incompleto. También evidenciaron que en 6 pacientes ocurrió hemorragia y en 4 pacientes parto prolongado o precipitado. Resaltaron la cantidad de pacientes que no presentaron complicaciones, las cuales fueron 44 y sin realización de episiotomía un total de 11. En conclusión, no hubo una diferencia significativa en las complicaciones, a excepción de una ligera diferencia en la hemorragia, pero no se llegó a identificar dificultades en el trabajo de parto vertical para la madre o el feto.(7)

Gabriela del Pilar Vela Coral (2015), en la tesis titulada “**Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-**

abril de 2015”, el cual fue un estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal, cuya muestra fue de 100 puérperas. Tomaron en cuenta 4 puntos importantes para así evidenciar la percepción de la paciente: el trato profesional, acompañamiento, elección de la posición del parto y el manejo del dolor en el trabajo de parto. En los resultados, resaltó positivamente el trato profesional que recibieron. Por ejemplo, les explicaron los procedimientos, se respetó su intimidad, tuvieron un trato amable y una buena comunicación hacia el paciente. El punto que fue percibido negativamente fue el poder elegir la posición del parto, ya que más del 70% de las pacientes no recibieron alguna explicación acerca de las posiciones que podrían haber escogido ni se las enseñaron. La función primordial del acompañante, para ellas era que les ayude a relajarse y fueron casi 65% de las pacientes que lo tuvieron desde el ingreso a sala de partos, el cual un punto agradable para ellas. En cuestión del manejo para el dolor, más de la mitad, casi un 86% no se les ofreció alguna alternativa para el manejo del dolor y un 14% no percibió de la misma forma. Como conclusión llegaron a que más de la mitad de las puérperas tuvieron una percepción regular acerca del parto, donde el trato profesional fue el punto que más resaltaron positivamente en comparación de la libre elección del posicionamiento para el parto. (3)

Omar Calvo Aguilar et al (2013), en el trabajo de investigación titulado **“Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina”** el cual fue un estudio cohorte, descriptivo y analítico. Lo realizaron con 164 pacientes con distribución aleatoria, en el cual se incluyeron mujeres sin dificultades en el trabajo de parto y que les correspondía posición vertical u horizontal, y al mismo tiempo un seguimiento cuidadoso en el periodo del puerperio. Incluyeron pacientes que cumplían ciertos criterios, como el tener un embarazo evolutivo sin ninguna complicación independientemente de la paridad, talla superior 145cm, edad gestacional mayor de 36 semanas por fecha de última regla y confirmada por una ecografía, peso fetal menor de 3 800 gramos y que en el trabajo de parto se encuentre en fase activa con una dilatación mayor a 4 cm.

Tomaron en cuenta las siguientes variables: pérdida sanguínea, dolor en la segunda etapa del parto y puerperio inmediato, duración de la segunda etapa, desgarros perianales, y vaginales, necesidad de instrumentos en el trabajo de parto, comodidad y resultados perinatales. Evidenciaron que en ambos grupos los resultados perinatales fueron similares, pero donde sí hubo una gran diferencia fue en la segunda fase del parto, con una diferencia de 10 minutos a favor del parto vertical y además de la disminución del dolor cuando se opta esta posición. Concluyeron que la posición que escoge y opta la madre no tiene efecto sobre los parámetros perinatales ni causa complicaciones obstétricas, además que la postura que desea optar la paciente, debe ser por decisión propia de la paciente y que el médico debe adecuarse. (8)

Gottvall K, Allebeck P (2007) realizaron un estudio titulado ***“Risk factors for anal sphinter tears: the importance of maternal position at birth”*** el cual fue de tipo cohortes observacional, donde recopilaron datos de abril del 2002 hasta diciembre del 2005 y como criterios de exclusión fueron embarazos múltiples, cesárea y partos vaginales que necesitaron de instrumentación. Recopilaron datos maternos y obstétricos, como: paridad, edad materna, duración de la etapa gestacional, inducción al trabajo de parto, aumento del trabajo de parto, anestesia, episiotomía. El principal hallazgo y el más relevante fue en que las mujeres que utilizaron la posición vertical tenían mayor probabilidad de que sufran desgarros del esfínter anal, teniendo en cuenta que se controlaron todos los factores de riesgo ya conocidos. Concluyeron que la posición puede llevar a un traumatismo perineal grave por lo que establecieron varias causas que asocian la posición vertical y los posibles desgarros del esfínter anal, primero que la fuerza de la gravedad causa una alta presión en el suelo pélvico lo que aumenta la posibilidad de sufrir un rotura y segundo que esta posición es mucho más difícil para la obstetra tener acceso al perineo para poder darle la protección necesaria y evitar un posible desgarro del esfínter anal.(9)

Jilly Rendón Páez (2013) realiza la tesis titulada: **“Beneficios y riesgos del parto vertical semi sentado en mujeres gran multíparas ingresadas en el hospital D. Vicente Pino Moran”**, el cual fue realizado en Ecuador, cuyo principal objetivo fue proponer el parto vertical como una opción para pacientes multíparas. Fue de tipo descriptivo, retrospectivo, en el cual evaluaron 322 historias clínicas y determinaron si las mujeres tenían conocimiento o cierta información sobre el parto vertical, tiempo de expulsión, traumatismos obstétricos en el periodo del parto e incidencia de desgarros. Llegaron a la conclusión de que un 73% no recibieron ninguna información sobre el parto en posición vertical ni acerca de las complicaciones o beneficios que puede llevar realizarlo, y que solo el 38% de estas pacientes tuvieron un parto en posición vertical. (10)

Ninoska Franko (2010) realizó el siguiente estudio: **“Beneficios de la posición vertical para la atención del parto”** que se realizó en el hospital Manuel A. Villarroel de Bolivia, cuyo principal objetivo fue el poder identificar beneficios o riesgos fisiológicos que ocurren durante el trabado del parto vertical. El tipo de estudio fue analítico, retrospectivo de corte longitudinal, donde participaron 25 pacientes que tuvieron parto vertical y en horizontal 73 pacientes. Llegaron a la conclusión que la atención que se brindó en el periodo que elaboraban del estudio, se evidencio beneficios que causan algunas variantes que la posición vertical tiene. Además, y lo fundamental es que respeta las costumbres de estas pacientes, brindándole la opción de tener comodidad en la posición que ella desea. (11)

2.2 Bases teóricas

Fundamento histórico

El parto es considerado un proceso fisiológico y natural por el cual se logra desde el útero de la madre, expulsar al feto hacia al exterior del cuerpo de la gestante gracias a que la atención en el trabajo de parto ha ido desarrollándose con el paso del tiempo. (2)

Hay información escasa de cómo era el parto en la antigüedad, en las cuales, según algunas fuentes o estudios antropológicos, colocaban a la mujer en una posición vertical al momento que iba a dar a luz. (2)

Las representaciones antiguas del parto se encuentran en pinturas, en las cuales la gestante se la ve de pie o de cuclillas dando a luz sola, arrodillada o con las nalgas apoyadas en piedras grandes. Por lo que representa esa época y plasmado en pinturas o símbolos, al parecer las mujeres eran de grandes proporciones y por ello la pelvis que poseían, se cree que fue la del tipo ginecoide, la cual es la más adecuada para el trabajo de parto. (12)

En la antigüedad, la mujer escogía la posición más cómoda que le permitiera su movilidad y tomar la posición vertical. La atención al parto brindada por los servicios de salud ha cambiado muchísimos en los últimos tiempos debido a recomendaciones que da la Organización Mundial de la Salud (OMS) (13), pero actualmente la asistencia que se da en el parto, está más centrada en la horizontalidad por lo que han dejado de lado la técnica ancestral. Por lo tanto, este tipo de atención se quiere modificar y es por eso que la OMS brinda nuevas recomendaciones, con el objetivo de que la posición del parto sea una opción a elegir por la gestante y así pueda retomar el rol que siempre le pertenecía, que era el de participar activamente en su trabajo de parto. (2) (13)

Esta labor constituye un posicionamiento más natural en comparación a la posición horizontal que ha sido adoptada en los últimos años, ya que presenta mucha más eficacia, por ejemplo, que la mujer experimenta menos dolor, la

intensidad de las contracciones disminuye, la necesidad de episiotomía se reduce y los patrones anormales que se podrían encontrar en la frecuencia cardiaca fetal, disminuyen. (14)

Aquí en Perú, en algunas localizaciones, se mantiene la cultura de que el parto sea realizado de forma vertical y así ser fisiológicamente conducido. Este tipo de parto se llevaba a cabo por gravedad por lo que se le consideraba un procedimiento fácil y totalmente normal. Como prueba tenemos a la cultura Moche, ya que sus cerámicos muestran cómo era el trabajo de parto, en donde se ve al acompañante sujetándole por las zonas del flanco y así poder ayudarla al momento del alumbramiento (2).

En Egipto el trabajo de parto para las gestantes, las colocaban en posición de rodillas o sentadas en unas sillas especiales que le permitiera culminar mucho más rápido. En Grecia, en los años de Hipócrates, existían un tipo de silla que consistía en tener un respaldo inclinado y con un asiento abierto para poder recostarse (15).

Mauriceau hizo hincapié con el posicionamiento horizontal, ya que estaba de moda el uso de fórceps y quizá por eso aplicaba esta posición para las gestantes y así aplicar este instrumento. Como en esa época las mujeres de la nobleza eran mayormente obesas y sedentarias pues encontraban en esta posición supina mucha comodidad ya que en cuclillas no soportaban (1). Es por ello que en el siglo XVII en el continente europeo se optó por cambiar el posicionamiento en el parto para así poder resolver algunas complicaciones durante la fase expulsiva, la salida del feto y por ende una manera más fácil de asistir el parto (2).

Parto Vertical

El parto vertical es una posición en la que la gestante se ubica de forma distinta que la horizontal, por lo que le permite actuar con mucha más fuerza y tener mucha más facilidad al momento del alumbramiento (16). Es aquella en donde el torso de la gestante y el canal pélvico se encuentran entre 45° y 90° en comparación al plano supino (17).

Este posicionamiento es una práctica no farmacológica que ayuda a aliviar el dolor y mejora la comodidad de las mujeres durante el parto. El personal de salud si recibe la información y capacitación con respecto a las diversas posiciones verticales que pueden adoptarse durante el parto puede ayudar a las mujeres a sentirse más cómodas y minimizar el dolor durante la fase expulsiva (18). Entre las numerosas prácticas disponibles, esta posición durante el parto ha recibido una atención especial ya que se le considera una intervención simple y económica que permite tener una variedad amplia para tener en cuenta (19).

Este posicionamiento constituye acciones de diversas culturas, por lo que se están difundiendo en varios países, pero este tipo de atención del parto vertical se viene realizando ya desde hace varios años pero ha ido perdiendo el interés o de ponerlo como un opción para que la madre pueda escoger, es por ello el ambiente donde se llevará a cabo el parto, debe ser un ambiente adecuado y que los profesionales en salud puedan adaptarse para poder satisfacer sus expectativas o necesidades que se puedan presentar(20).

Hay variedad en posiciones que puede optar la gestante en la fase expulsiva, por ejemplo:

Posición de cuclillas: variedad anterior

Se da con mayor frecuencia en las mujeres principalmente las que son de zonas rurales, debido al descenso del feto es mucho más favorable por el canal del parto. Se realiza abrazándola y sujetándola por la zona de epigastrio e hipocondrios, no solo permite acomodar al feto sino poder orientarlo hacia el eje vertical, asociado a que se cuenta con la compañía y el apoyo de la persona escogida por la gestante, se debe constatar que mantenga sus piernas separadas e hiperflexionadas para que así pueda tener una mayor amplitud de pelvis (14).

Posición de cuclillas: variedad posterior

Es la que permite al acompañante estar parado y pueda abrazar a la gestante durante el periodo del parto, por debajo de la zona axilar y así permitirle que se pueda sujetar colocando sus brazos en el cuello del acompañante (14).

Posición de rodillas:

Se colocará el personal detrás de la mujer para así poder cuidar el periné y evitar posibles desgarros. El acompañante debe estar hincado de frente abrazando a la gestante por la zona del tórax, con el propósito de que la paciente esté apoyada en los muslos del acompañante, lo que permite una mayor facilidad en los procedimientos que se requieran realizarle (14).

Posición sentada y semi-sentada

El acompañante debe estar sentado en una silla, piernas separadas, abrazar a la gestante por la zona del tórax y así permitirle apoyarse en los muslos o sujetarse alrededor del cuello. Esta posición beneficia en que la paciente esté más relajada y que la pelvis pueda abrirse sin ningún problema (14).

Posición sostenida a una sábana o lazo

El acompañante se colocará detrás y así sostendrá a la gestante para que no se pueda mover. Se sujeta de un lazo o sábana que esté sujeta de un tronco o viga, que, ayudado por la gravedad, el feto avanzará suave y calmadamente por el canal del parto. Podría tener ciertas dificultades cuando se encuentra un cordón circular, por ello se requieren al personal esté delante de la paciente (14).

Posición lateral

El personal tiene la opción de sujetar la pierna que está elevada, también puede sujetarse con un banquito o la misma gestante lo puede realizar, lo que permite una buena visualización del periné, así evitar posibles desgarros y poder controlar la cabeza del recién nacido (14).

Posición de manos y rodillas

Tiende a ser una de las preferidas por las gestantes ya que les ayuda tolerar cuando se presentar el dolor en la espalda específicamente en la zona baja, por lo que el personal se colocara detrás (14) .

Asimismo, este posicionamiento aumenta la comodidad de la gestante y la tolerancia al dolor, ya que disminuye la necesidad de analgésicos y facilita el trabajo de parto. También en el periodo de la primera fase, esta posición no va a interferir con la ruptura espontánea de las membranas, acortando en 25% la duración y en 34% en caso de una nulípara; no va a aumentar la morbimortalidad neonatal o el moldeamiento cefálico. Además, en comparación al parto horizontal se evidencia: la reducción del periodo expulsivo, uso de episiotomías, hay mayor peligro de pérdida sanguínea mayor de 500ml y un leve incremento en la posibilidad de sufrir desgarros perineales (21).

Según la Norma Técnica del 2005 en nuestro país, existen indicaciones para la realización del parto vertical, como, por ejemplo: una gestación sin ninguna complicación obstétrica, el feto en presentación cefálica y compatibilidad feto pélvica. En contraindicaciones se encuentra: cesárea anterior, incompatibilidad feto pélvica, sufrimiento fetal, feto en posición podálica, embarazo gemelar, distocia en la presentación, prematuridad, distocias de contracción o de cordón, macrosomía fetal, hemorragia de III trimestre (Placenta Previa o Desprendimiento de Placenta), gestación post término, preeclampsia con signos de severidad, eclampsia, cabeza alta en ruptura prematura de membrana y antecedentes de alguna complicación en parto previo (22).

COMPLICACIONES DURANTE EL INTRAPARTO

Traumatismo Obstétrico.

Durante la etapa de gestación los tejidos perineales adquieren mayor elasticidad por efecto hormonal (efecto de los estrógenos) mecánico y vascular.

Debido a la gran impregnación de hormonas en especial progestágeno y estrógeno, asociado a la presión sobre el piso pélvico que ejerce el feto en etapas avanzadas de la gestación, produce una hiperlaxitud musculoligamentosa a nivel púbico, sacroilíaco y sacrococcígeo. La hipertrofia de estas fibras muscular produce una disminución de tono y ofrece una mayor extensibilidad de los músculos elevadores del ano, necesarios para el descenso del feto y la progresión normal de la fase expulsiva del parto (23).

Debido a diversos factores “intraparto”, tales como macrosomía fetal, poco pujo por parte de la mujer, tipo de pelvis, tiempo de expulsivo, el debilitamiento del piso pélvico es extremo por lo cual las fibras musculares se rompen y producen desgarros. Uno de los objetivos del personal profesional en la atención del parto, es evitar este tipo de complicaciones. Sin embargo, la conducta práctica sigue siendo motivo de controversia. Los desgarros obstétricos, comprenden los desgarros perineales, vulvares, vaginales y cervicales, en conjunto, representan entre el 20-60% en el parto (23).

Se entiende por traumatismo obstétrico a la lesión ocasionada por fuerzas mecánicas durante el trabajo de parto, especialmente en la fase expulsiva. Existen diversos traumatismos obstétricos, de los cuales las más importantes y con mayor significancia para nuestra investigación son los siguientes:

Desgarro Vaginal:

Los desgarros de la vagina y el perineo se clasifican como laceraciones de primero a cuarto grado, o desgarros perineales; esto se asocia a partos instrumentales, partos precipitados, macrosomía fetal, o bien a partos con atención inadecuada por inexperiencia del personal que lo atiende (24). Los desgarros de primer grado afectan el frenillo, la piel perineal y la membrana mucosa vaginal, pero respetan la fascia y el músculo subyacentes. Incluyen desgarros periuretrales, que pueden inducir hemorragia profusa. Los desgarros de segundo grado incluyen, además, la fascia y el músculo del cuerpo del perineo,

pero no el esfínter anal; estos desgarros suelen extenderse hacia arriba a uno o ambos lados de la vagina, para conformar una lesión de configuración triangular. Los desgarros de tercer grado se extienden aún más y afectan al esfínter anal. Un desgarro de cuarto grado se extiende hasta la mucosa del recto y expone su luz (25).

Se ha demostrado también que hay un mayor impacto en la satisfacción sexual en el post parto. Varios estudios indican que las pacientes al haber realizado un parto con extracción instrumental o con la realización de episiotomía tienen a asociarse a un aumento de dispareunia durante los 6 meses siguientes post parto, en comparación a un parto de forma espontánea (23).

Tiempo de periodo expulsivo:

Se extiende desde que la dilatación cervical se completa hasta que el feto es completamente expulsado fuera de la vulva (24). Su duración promedio se aproxima a 50 min en nulíparas, y alrededor de 20 min en multíparas, pero es muy variable (25); ya que según Pérez Sánchez dice que dejando evolucionar espontáneamente su duración aproximada se estima en 15 a 20 minutos para la multípara y en 30 a 45 minutos para la primigesta. Mientras tanto otra bibliografía nos indica que la duración del segundo periodo depende del número de partos o sea que para una nulípara será de dos horas cuando para la multípara será de una hora, en el caso de que apareciera signos de sufrimiento fetal o disminución del progreso del descenso o la rotación de la presentación, es una buena razón para acelerar o terminar el segundo periodo (26). Al finalizar este periodo, el periné, que ha alcanzado su punto máximo de amplitud, llega a formar el infundíbulo perineovulvar de Farabeuf, que viene a ser un conducto musculocutáneo perineal. Debido a su máxima elongación provoca lesiones aponeuróticas y musculares, además que se ven afectados los nervios pudendos y rectales conllevando una pérdida de la inervación en los músculos perineales, de mayor importancia el musculo esfínter externo del ano, lo que daría pie el inicio de incontinencias urinarias y anales en el post parto (23).

Hemorragia postparto:

Se define como la pérdida sanguínea posterior a parto vaginal mayor a 500 cc o posterior a cesárea mayor a 1000cc. De igual manera se ha considerado que ocurre cuando se evidencia un descenso del 10 % en el hematocrito frente al previo de la paciente (26). Esta complicación mayormente está relacionada con la demora en realizar una sutura o una evaluación incompleta de las posibles lesiones ocurridas durante el trabajo de parto. Es por ello que una sutura en el menor tiempo posible, sería favorable y así evitar una posible hemorragia. Además, la extracción placentaria o fase de alumbramiento debe ser fundamental para así poder realizar una sutura siempre y cuando, si es necesario utilizar una hemostasia selectiva, se limite la pérdida sanguínea (23).

Esto plantea problemas porque la mitad de las mujeres que dan a luz por vía vaginal pierde esa cantidad de sangre o más cuando se miden las pérdidas de manera cuantitativa (25).

Las muertes maternas, por hemorragia posparto, ocurren en un 23,9 % anteparto, 15,5 % intraparto y 60,6 % en el posparto inmediato y en el caso de no producir la muerte se asocia a complicaciones severas (26).

Atonía Uterina:

Es llamada también inercia uterina se trata de un cuadro en el que el útero, después de haber expulsado la placenta, no se retrae ni contrae, hay ausencia de contracción uterina por ende se altera la hemostasia; ocasionando así la causa más frecuente de hemorragia obstétrica (24, 26,27).

Semiológicamente, la inercia uterina se caracteriza por un útero muy blando por sobre el ombligo que, como respuesta al masaje se contrae, pero rápidamente se relaja con reaparición de la metrorragia (24).

Es por ello, las mujeres que tienen un feto grande, fetos múltiples, hidramnios, primigestas, multigestas, expulsivo prolongado o mujeres con antecedentes de

hemorragia posparto, son propensas a sufrir atonía uterina. La mujer cuyo trabajo de parto se caracteriza por actividad uterina muy vigorosa o apenas eficaz, también tiene probabilidades de presentar hemorragia excesiva por atonía posparto. De igual modo, el trabajo de parto iniciado o aumentado con oxitócicos tiene más probabilidades de ir seguido de atonía y hemorragia (25).

Hematoma vulvar:

Complicación no infecciosa, que viene a ser una colección sanguínea que se localiza en el tejido vulvar del parametrio o la vagina, también pudiendo ser causa de morbilidad febril en el puerperio. Se presentan 1/800 a 1/ 1000 partos y los sitios más frecuentes son la pelvis y la pared abdominal. El hematoma vulvar está asociado frecuentemente a parto vaginal difícil, uso de fórceps y desgarros del canal del parto inadecuadamente reparados. En algunos casos se complica con extensión retoperineal al ligamento ancho o compresión del recto o la vejiga. Si se complica y se produce compromiso hemodinámico puede ser necesario recurrir a la intervención quirúrgica (24).

2.3 Definición de términos básicos

Parto: Proceso por el que la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación; consta de tres fases: la fase de dilatación, la de expulsión y la placentaria o de alumbramiento

Parto Vertical: Es aquel en el cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° a 90° con relación al plano horizontal y está definida sobre el apoyo en los glúteos, pies o rodillas

Parto Horizontal: Es donde se adopta la posición ginecológica que permite al personal de salud tenga mayor facilidad para la atención del parto

Episiotomía: Incisión que se practica en el periné de la mujer, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, con el fin de evitar un desgarro de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión del producto

Fase expulsiva: Segunda fase del parto, empieza cuando finaliza la dilatación y la cabeza del bebe se sitúa al final del canal vaginal.

Desgarro Perineal Tipo 1: Lesión de piel perineal

Desgarro Perineal Tipo 2: Lesión de músculos del periné sin afectar el esfínter anal

Test de APGAR: Método de evaluación de la vitalidad y adaptación del recién nacido inmediatamente después al nacimiento, además de su estado fisiológico. Esta prueba abarca los siguientes parámetros del recién nacido: Aspecto (coloración de piel), Pulso (frecuencia cardiaca), Irritabilidad (respuesta refleja), Actividad (tono muscular) y Respiración (esfuerzo respiratorio).

CAPÍTULO III: MÉTODOS

3.1 Tipo y diseño del estudio

La investigación es descriptiva y comparativa, ya que damos a conocer las diferencias en las complicaciones obstétricas y neonatales entre el parto vertical y el parto horizontal; además este estudio es retrospectivo de cohortes y transversal, debido a que se recolectaron los datos en un solo tiempo y se asignaron a dos grupos: Parto vertical y parto horizontal

3.2 Descripción del lugar de ejecución

La investigación se realizó en el Hospital II Voto Bernales que se encuentra en el distrito de Ate, Lima, Perú, el cual cuenta con un centro obstétrico completo, 3 camas de parto y un quirófano donde se encuentran profesionales con la capacidad de atender mensualmente aproximadamente 200 partos entre verticales y horizontales. Además, cuentan con 3 camas para el periodo de puerperio y otras 15 camas para su recuperación u observación.

3.3 Diseño Muestral

3.3.1 Unidad de análisis

La unidad de análisis fueron las Historias Clínicas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Voto Bernales, con diagnóstico de parto eutócico vertical y horizontal, durante el periodo de septiembre 2015 hasta septiembre del 2019.

3.3.2 Muestra

300 Historias Clínicas del Hospital Essalud Voto Bernales – el cual se encuentra en Ate, Lima. Las cuales fueron debidamente seleccionadas con criterios de inclusión.

3.3.3 Método y tipo de muestreo

Se realizó un muestreo por conveniencia.

3.3.4 Criterio de inclusión Hospitalizadas durante el periodo de septiembre del 2015 a septiembre del 2019.

- Mujeres sin complicaciones durante la etapa gestacional
- Mujeres con edad mayor a 15 años y menor de 39 años
- Presentación cefálica del feto
- Gestación a término

3.3.5 Criterio de exclusión Hospitalizadas durante el periodo de septiembre del 2015 a septiembre del 2019.

- Mujeres con edad menor a 15 años y mayor de 39 años
- Mujeres comorbilidades
- Incompatibilidad feto – pélvica
- Presentación distócica del feto

3.4 Formulación de la hipótesis

Hipótesis General

H1:

Existe variación en las complicaciones obstétricas y neonatales entre el parto vertical vs el parto horizontal

HO:

No existe variación en las complicaciones obstétricas y neonatales entre el parto vertical vs el parto horizontal

TABLA 4. Operacionalización de Variables

VARIABLES	VALORES O CATEGORÍAS	TIPO DE VARIABLE
Edad	1. 14-17 años	Numérica
	2. 18-35 años	
	3. >35 años	
Posición	1. Horizontal	Nominal
	2. Vertical	
Paridad	1. Primigesta	Categórica
	2. Segundigesta	
	3. Multigesta	
Controles Prenatales	1. <6	Categórica
	2. >6	
Tiempo de expulsión	1. <10 min	Numérica
	2. 10 – 20 min	
	3. >20 min	
Sangrado	1. < 200 ml	Numérica
	2. 200 – 300 ml	
	3. 300 – 400 ml	
	4. > 400 ml	
Desgarros	1. SI	Categórica
	2. NO	
Episiotomía	1. Sí	Categórica
	2. No	
Peso del RN	1. <2500 gr	Numérica continua
	2. 2500 -3999gr	
	3. >4000 gr	
Apgar al 1 mn	1. <3	Numérica discreta
	2. 4 – 6	
	3. 7 - 10	
Apgar a los 5 mn	1. <3	Numérica discreta
	2. 4 – 6	
	3. 7 - 10	

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se recopiló información directamente de las historias clínicas del hospital, del cual tuvimos acceso a los archivos de cada parto realizado, en donde se encuentra registrado cada ítem con la información necesaria que se requirió para el estudio.

3.7 Procesamiento y análisis de datos

El análisis de datos se realizó a través del lenguaje de programación R versión 4.0.2. Las variables de estudio se ordenaron en tablas y gráficos, según su naturaleza categórica o numérica se describieron como frecuencias absolutas y relativas (n, %) o media y desviación estándar (promedio \pm DE) respectivamente. Para el análisis comparativo entre posición de parto horizontal o vertical se usó el test *U de Mann Whitney* para las variables numéricas, mientras que para las variables categóricas se usó *J² de Pearson*. Para la asociación de la posición de parto a conducta a complicaciones obstétricas y neonatales se usaron modelos de regresión de Poisson con varianza robusta con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%) tanto en modelos crudos como ajustados. Un $p < 0.05$ se consideró como estadísticamente significativo.

3.8 Aspectos Éticos

La información que se obtuvo de las historias clínicas, fueron de uso exclusivo para fines estadísticos, resultados, discusión de los mismos y conclusiones de la investigación, respetando así la privacidad de las pacientes.

CAPITULO IV: RESULTADOS

En total se analizaron 300 mujeres gestantes de 28 ± 5 años de edad. La posición de parto usada fue horizontal o vertical en igual proporciones, un poco más de un tercio de las participantes fue primigesta o segundigesta, mientras que una cuarta parte fue multigesta con parto cefálico en su totalidad, la edad gestacional promedio fue de 39.1 ± 1.0 semanas. El sangrado promedio de las gestantes fue de 282 ± 56 ml no presentando ser una complicación en esta población. El desgarro vaginal y la práctica de episiotomía fue aproximadamente un tercio de la población total. El puntaje de Apgar estuvo en valores normales para los recién nacidos (tabla 1).

Tabla 1. **Características generales de la población**

Variables	Población total (n=300)
Edad (años)	28 ± 5
Posición de parto (%)	
Horizontal	150 (50.0)
Vertical	150 (50.0)
Paridad (%)	
Primigesta	107 (35.7)
Segundigesta	117 (39.0)
Multigesta	76 (25.3)
CPN	7.2 ± 2.1
EG (semanas)	39.1 ± 1.0
Presentación (%)	
Cefálico	300 (100.0)
Tiempo de expulsión (min)	12.6 ± 6.8
Sangrado (ml)	282.0 ± 56.1
Desgarro (%)	
Si	97 (32.3)
No	203 (67.7)

Episiotomía (%)		
Si		96 (32.0)
No		204 (68.0)
Sexo RN (%)		
Masculino		166 (55.3)
Femenino		134 (44.7)
Peso RN (gramos)		3445.1 ± 379.3
Apgar a 1 min		8.8 ± 0.5
Apgar a 5 min		9.0 ± 0.0

Data expresada como media ± DE o frecuencia absoluta (%). CPN, control pre natal; RN, recién nacido.

Tabla 2. Comparación de las variables de la población por posición de parto

Variab les	Horizontal (n=150)	Vertical (n=150)	p
Edad (años)	28 ± 5	28 ± 5	0.18 3
Paridad (%)			
Primigesta	50 (33.3)	57 (38.0)	0.10 4
Segundigesta	54 (36.0)	63 (42.0)	
Multigesta	46 (30.7)	30 (20.0)	
CPN	7.1 ± 2.2	7.3 ± 2.0	0.57 9
EG (semanas)	39.1 ± 1.0	39.1 (1.0)	0.96 3
Presentación (%)			
Cefálico	150 (100.0)	150 (100.0)	1
Tiempo de expulsión (min)	15.4 ± 7.1	9.9 ± 5.2	<0.0 01**
Sangrado (ml)	304.2 ± 52.3	259.9 ± 50.9	<0.0

			01**
Desgarro (%)			
Si	59 (39.3)	38 (25.3)	0.014*
No	91 (60.7)	112 (74.7)	
Episiotomía (%)			
Si	59 (39.3)	37 (24.7)	0.009**
No	91 (60.7)	113 (75.3)	
Sexo RN (%)			
Masculino	85 (56.7)	81 (54.0)	0.728
Femenino	65 (43.3)	69 (46.0)	
Peso RN (gramos)	3477.0 ± 368.4	3413.3 ± 388.5	0.102
Apgar a 1 min	8.8 ± 0.5	8.9 ± 0.4	<0.001**
Apgar a 5 min	9.0 ± 0.0	9.0 ± 0.0	1

Data expresada como media ± DE o frecuencia absoluta (%). CPN, control prenatal RN, recién nacido. * $p < 0.05$, estadísticamente significativo por *U de Mann Whitney* o J^2 de Pearson.

En la tabla 2, se muestran las diferentes variables de estudio comparadas por los grupos de posición de parto horizontal o vertical, (Figura 1). Dentro de las complicaciones obstétricas estudiadas se evidenció que tiempo de expulsión fue mayor en el grupo de posición horizontal frente al vertical (15.4 vs 9.9 min, $p < 0.01$); de igual manera, el sangrado fue mayor en el grupo de parto horizontal (304.2 vs 259.9 ml, $p < 0.01$) (Figura 1). Respecto a posibles complicaciones neonatales se evidenció que el Apgar de 1 minuto tuvo puntaje mayor en el parto vertical a comparación del horizontal (8.9 vs 8.8, $p < 0.01$), mientras que a los 5 minutos no se evidencio diferencias estadísticamente significativas (tabla 2).

Tabla 3. Asociación de la posición de parto con algunas complicaciones obstétricas

Complicaciones obstétricas	PR_c	IC95%	p	RP_a	IC95%	p
Desgarro						
Posición de parto						
Horizontal	1	reference	-	1	reference	-
Vertical	0.62	(0.41 - 0.93)	0.022*	0.64	(0.43 - 0.96)	0.034*
Episiotomía						
Posición de parto						
Horizontal	1	reference	-	1	reference	-
Vertical	0.60	(0.40 - 0.91)	0.017*	0.63	(0.41 - 0.94)	0.026*

Los modelos de regresión de Poisson se ajustaron por edad de la madre, edad gestacional y paridad. PR_c, razón de prevalencia cruda; RP_a, razón de prevalencia ajustada. *p<0.05, **p<0.001.

La asociación encontrada entre la prevalencia de desgarros perineales y de episiotomía respecto al parto vertical u horizontal se define de la siguiente manera. Se analiza primero la prevalencia de desgarro respecto al tipo de parto horizontal, donde la PR_c de los desgarros perineales es de 1 y por otro lado en el parto vertical este riesgo comprende solo un 0.6 y este último aumenta a 0.64 cuando el PR se ajusta (RP_a), al comparar ambas prevalencias, obtenemos un p=0.034 que nos dice que el resultado es estadísticamente significativo y favorable para el parto vertical. Asimismo al evaluar la incidencia de episiotomía respecto al tipo de parto se observa lo siguiente, el PR_c tiene un valor de 1 para el parto horizontal y un valor de 0.60 para el parto vertical y al ajustar estos valores (RP_a) hay un ligero aumento para el parto vertical hacia 0.63, pero al comparar ambos resultados obtenemos un valor de

$p= 0.026$ lo que también nos muestra un valor estadísticamente significativo para el parto vertical. De esta manera se puede ver en los resultados que el parto vertical ofrece mayor ventaja que el parto horizontal ya que la prevalencia de desgarro y episiotomía es menor.

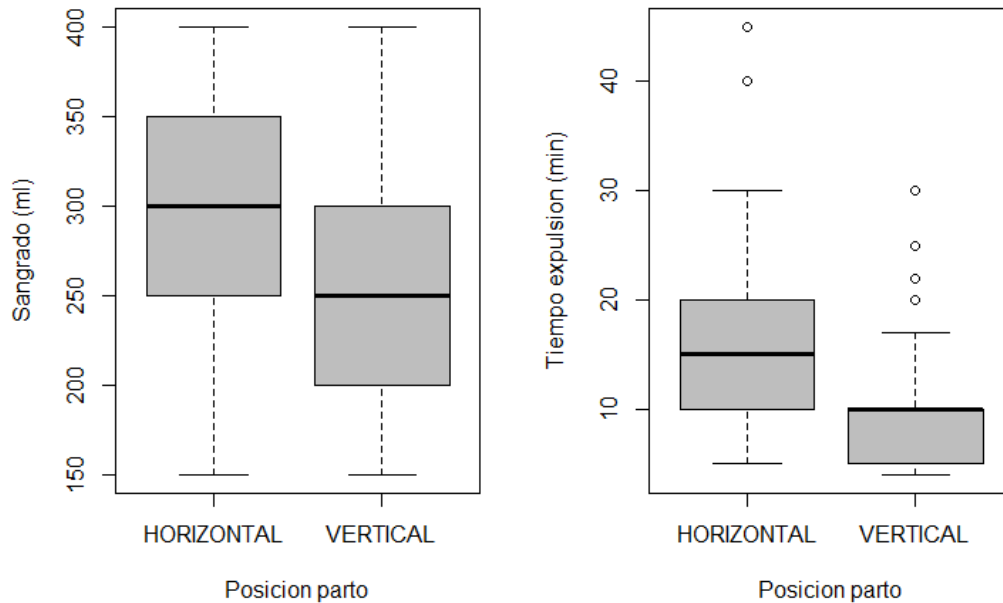


Figura 1. Comparación del sangrado y tiempo de expulsión en los grupos de parto horizontal y vertical.

En este gráfico de cajas y bigotes podemos observar lo siguiente: se compara el volumen del sangrado respecto al tipo de parto eutócico en el gráfico de la izquierda, siendo que en aquellas pacientes en las que el parto fue horizontal la mediana respecto al sangrado fue de $300 \text{ ml} \pm 50 \text{ ml}$, con variaciones entre 150 a 400 ml en algunos casos, asimismo aquellas pacientes en las que se realizó el parto vertical la mediana del sangrado fue de $250 \pm 50 \text{ ml}$ (disminuyendo en 50 ml respecto al sangrado en parto horizontal), las variaciones en el rango de sangrado de este grupo osciló entre 150 a 400 ml al igual que en el parto horizontal. El segundo gráfico busca comparar el tiempo de expulsión en la labor de parto

respecto a si este es por parto horizontal o vertical. En base a esto se tiene que el tiempo de expulsión en el parto horizontal tiene como mediana 15 minutos \pm 5 min para sus cuartiles Q1 y Q3, el rango en el tiempo de expulsión en este tipo de parto oscila entre 7 y 30 minutos, con valores atípicos en dos situaciones de 40 minutos o más. En el parto vertical el tiempo de expulsión tiene una moda de 10 minutos que coincide con el Q3, el Q1 obtiene el valor 4.7 minutos, con rangos de 9.9 ± 5.2 minutos, con valores atípicos en 4 circunstancias que van desde 20 hasta 30 minutos. Así de esto podemos decir que en el parto vertical existe una diferencia de menor volumen de sangrado y menor tiempo de expulsión con respecto al parto horizontal.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

El parto es un evento fisiológico, que al igual que cualquier proceso biológico, no está exento de complicaciones, éstas pueden afectar tanto a la madre como al feto, dentro de las cuales encontramos las siguientes: complicaciones maternas (sangrado, desgarro, episiotomía, tiempo de expulsión) y complicaciones fetales (puntuación de APGAR), que se detallan con mayor precisión en el marco teórico.

Los resultados de esta investigación realizada en el Hospital Voto Bernales (EsSalud) ubicado en la ciudad de Lima indican que existe asociación de la posición de parto con algunas complicaciones obstétricas y neonatales, evidenciando que la práctica del parto vertical disminuye considerablemente las complicaciones del binomio madre-hijo en comparación con el parto horizontal. Resultados similares obtuvo Ninozka Franco, quien encontró en su investigación que en el parto vertical se evidenciaba mayor beneficio tanto como para la madre y al recién nacido, siendo el dato estadístico más resaltante, la probabilidad de desgarro para el parto vertical 20 %, comparado con el parto horizontal con un 26 % respectivamente, sin embargo la cantidad de pacientes fue inferior a los datos obtenidos en esta investigación, (11)

Otro estudio realizado por Gottvall en la cual recopilaron datos maternos obstétricos en cuanto a posición vertical se refiere, la probabilidad de que las pacientes sufran algún tipo de desgarro era mayor comparado con la posición horizontal, sin embargo en este estudio la probabilidad de producirse un desgarro en el parto vertical, disminuye en un 38% siendo este un dato estadísticamente significativo ($p=0.022$) (Tabla 3). Siendo este un resultado en el cual pudiese existir enmascaramiento, se decidió utilizar Razón de Prevalencia Ajustada ya que; variables tales como: paridad, edad; pudiesen significar un variación en el resultado obtenido anteriormente. Como resultado de esta fórmula estadística, la probabilidad de desgarro disminuye en un 36% con lo cual confirmamos la hipótesis de esta investigación ya que la significancia estadística tampoco varió al aplicar la fórmula ya antes detallada para evitar enmascaramiento.

En el estudio realizado por Marco Castillo, en el cual el principal objetivo fue establecer las complicaciones durante el trabajo de parto vertical, tomando como eje principal para definir complicación: episiotomía, concluyeron que no había diferencia significativa en las complicaciones entre los dos tipos de parto, Sin embargo en este trabajo de investigación se puede aseverar respecto a la episiotomía, que en el parto vertical la probabilidad de realizarla, disminuye en un 37%, siendo este resultado estadísticamente significativo con un $p=0.026$, con la cual confirmamos el beneficio de realizar este tipo de parto. Con respecto al sangrado intraparto en posición horizontal, dio como media 304.2 ± 52.3 a comparación con el parto vertical, que obtuvo una media de 259.9 ± 50.9 . Siendo estadísticamente significativo, ya que el valor $p=<0.001$, en comparación con el estudio antes mencionado en la cual datos aislados indicaban hemorragia en 6 pacientes durante el parto vertical.

En relación a los complicaciones neonatales en los primeros minutos de vida, los resultados de esta investigación mostraron que en el parto horizontal la media de APGAR al minuto 1 fue de 8.8 ± 0.5 en comparación con el parto horizontal que fue de 8.9 ± 0.4 , siendo este un resultado estadísticamente significativo de un $p=<0.001$. Contrario a lo que demostró Calvo et al, quienes indicaban que no habían diferencias entre el parto vertical y horizontal. (8)

Con respecto al tiempo de expulsión expresado en minutos, acorde a este trabajo de investigación, tal variable numérica, proporcionó una media de 15.4 ± 7.1 en comparación con el parto vertical, en el cual el resultado fue de 9.9 ± 5.2 . Tal resultado expresa una significancia de estadística muy elevada ($p=<0.001$), por ende el parto vertical disminuye considerablemente el tiempo de expulsión, siendo este un beneficio muy relevante, ya que acorta el tiempo en esta fase del parto. calvo et al, también obtuvieron datos estadísticos similares. (8)

Tales resultados nos demuestran que existen diferencias notorias en las complicaciones obstétricas en comparación con otras investigaciones ya mencionadas anteriormente, siendo estas diferencias interpretadas como beneficio para la ciencia y la salud de la paciente. El parto vertical, que por fisiología, con la ayuda de la gravedad por la posición adoptada por el feto, acelera la expulsión del feto, por lo tanto disminuye las complicaciones ya antes mencionadas. (1)

Una de las principales fortalezas de esta investigación es el tamaño de la muestra el cual es mucho mayor que los reportados por estudios en el país y en otras latitudes, además de ser una información actualizada.

Sin embargo existen limitaciones, tales como: en nuestra latitud no son frecuentes los partos verticales, por ende la población de muestreo es reducida. La escasa información sobre los beneficios del parto vertical hacia la población significa imposibilidad de realización de ésta.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

Se concluye que las complicaciones obstétricas y neonatales relacionadas al parto vertical u horizontal, son menores en la que se practica el parto vertical debido a los resultados expuestos.

Respecto a las complicaciones obstétricas concluimos lo siguiente:

- El tiempo de expulsión fue mayor en el parto horizontal (15.4 ± 7.1 minutos) que en el vertical (9.9 ± 5.2 minutos).
- El sangrado fue de mayor volumen en el parto horizontal (304.2 ± 52.3 ml) que en el vertical (259.9 ± 50.9).
- El desgarro en el parto horizontal se presentó en el 39.3% y en el parto vertical se presentó en el 25.3%.
- La episiotomía fue realizada en el 39.3% de las que optaron por el parto horizontal y en el 24.7% de aquellas gestantes que optaron por el parto vertical.

Los resultados obtenidos de las complicaciones obstétricas mostraron diferencia significativa entre ambos tipos de partos, favoreciendo al parto vertical sobre el horizontal

Respecto a las complicaciones neonatales concluimos lo siguiente:

- El APGAR al minuto fue de 8.8 ± 0.5 para los RN por parto horizontal y de 8.9 ± 0.4 para los RN por parto vertical y el $p = <0.001$ refiriendo un resultado estadísticamente significativo
- El APGAR a los 5 minutos fue de 9.0 ± 0.0 para ambos grupos (RN por parto vertical u horizontal) siendo el $p=1$ por lo que no hay diferencia de APGAR a los 5 minutos relacionado al tipo de parto.

CAPÍTULO VII: CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores del presente trabajo de investigación declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

CAPÍTULO VIII: LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

No se presentaron limitaciones ya que la obtención de la información fue directamente de las historias clínicas. Sin embargo la escasa población debido a la no difusión sobre los beneficios del parto vertical, hace difícil la comparación de grandes poblaciones.

CAPÍTULO IX: RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal de la institución darle la posibilidad la elección del tipo de parto que la paciente desee realizar.
- Se recomienda a la institución dar información educativa y capacitaciones que incluyen los tipos de partos.
- Se recomienda a la institución informar al personal del servicio de Gineco - Obstetricia sobre los puntos favorables que conlleva realizar el parto en posición vertical.
- Se recomienda a la institución adquirir implementos biomédicos para que así se pueda efectivizar sin mayores dificultades la realización de partos verticales.
- Se recomienda a la institución universitaria, incluir en sus materias de Ginecología y Obstetricia, información sobre el parto vertical.
- Se recomienda a la institución universitaria seguir fomentando la investigación en este rubro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calderón, Jorge; Bravo, José; Albonagorta, Roberto; Rafael, Patricia; Laura, Antonio; Flores C. PARTO VERTICAL: RETORNANDO A UNA COSTUMBRE ANCESTRAL. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2008;54:49–57. Available from: http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1083/pdf_109
2. Lugones Botell M, Marieta D, Bermúdez R. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Rev Cuba Ginecol y Obstet [Internet]. 2012;38(1):134–45. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin15112.pdf>
3. Vela Coral G del P. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. Universidad Nacional Mayor San Marcos [Internet]. 2015;1–47. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4278/Vela_cg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Mathai, Matthews; Harshad Sanghvi; Guidotti RJ. Integrated Management Of Pregnancy And Childbirth. WHO/RHR/007 [Internet]. 2003;438. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_RHR_00.7_spa.pdf?ua=1
5. De Valera C. La Biblia Reina-Valera [Internet]. Reina-Vale. Unidas SB, editor. España; 1602. Available from: <https://www.biblegateway.com/>
6. Edinez Gayeski M, Bruggemann MO. Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical u horizontal. Rev Latino-am

Enferm [Internet]. 2009;17(2):7. Available from:
www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_03.pdf

7. Castillo Ayarza, Marco; Cahuata Mosqueira, Alejandra; Calle Brush, Alejandro; Muñoz Silva R. Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Enero a julio del 2012. Rev Of la Fac Med Humana, Univ San Martín Porres [Internet]. 2014;14:31–7. Available from:
<http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/48/46>
8. Aguilar OC, Luisa A, Romero F. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. Ginecol Obs Mex [Internet]. 2013;81:1–10. Available from:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom131b.pdf>
9. Gottvall K, Allebeck P, Ekéus C. Risk factors for anal sphincter tears: The importance of maternal position at birth. BJOG An Int J Obstet Gynaecol [Internet]. 2007;114(10):1266–72. Available from:
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-0528.2007.01482.x>
10. Réndon Páez J. BENEFICIOS Y RIESGOS DEL PARTO VERTICAL SEMISENTADO EN MUJERES GRAN MULTIPARAS INGRESADAS EN EL HOSPITAL DR. VICENTE PINO MORAN DEL CANTON DAULE. Ecuador; 2013. 57 p.
11. Franco, Ninoska; Ayllón, Sonia; Vallejo, Marcelo; Hansen -Day K. Beneficios de la posición vertical para la atención del parto. Rev Médica Cochabamba [Internet]. 2010;21:1–7. Available from:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rmcba/v21n1/a04_v21n1.pdf
12. Ganso Pérez AI. Las parteras, un arte de mujeres para mujeres. Una investigación sobre el pasado. Edad Media Rev Hist. 2017;18(18):327.

13. Rodríguez Hernández M, Flores Martos JA MMP. MEDICALIZACIÓN EN LAS MUJERES EMBARAZADAS Y PARTURIENTAS : UNA APROXIMACIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL PARTE I MEDICALIZACION IN THE PREGNANT WOMEN AND PARTURIENTS : APPROXIMATION FROM I ntroducción Medicalización del parto Los servicios de atención al en [Internet]. Vol. 9, TOG (A Coruña). 2012. Available from: https://www.researchgate.net/publication/273762602_Medicalizacion_en_las_mujeres_embarazadas_y_parturientas_una_aproximacion_desde_terapia_ocupacional
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Regulación Vigilancia y Control de la Salud, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. Manual De Adecuacion Cultural Del Parto Natural/Vertical Y Sus Distintas Posiciones, En El Marco Multicultural De Guatemala. 2011;79. Available from: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=569-2011-manual-de-adecuacion-cultural-del-parto-natural-vertical&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518
15. Benito Gonzáles, Elena; Rocha Ortiz M. POSICIONES MATERNAS DURANTE EL PARTO. ALTERNATIVAS A LA POSICIÓN GINECOLÓGICA. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]. 2005;3:14. Available from: <https://revistas.uax.es/index.php/biociencia/article/view/644>
16. Espinola F, Lavado F, Montoya Z, Saavedra A, Varas P, Ysla C. Actitud hacia el parto vertical en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y la Facultad de Educación del VII ciclo UCV- Trujillo, Marzo-Junio 2009. Rev ECIPeru [Internet]. 2019;8–14. Available from: http://www.guzlop-editoras.com/web_des/med01/obsgineco/pld0364.pdf
17. Arias Gutiérrez BM. Características obstétricas y perinatales de partos atendidos en posición vertical vs horizontal en pacientes del Hospital III

Goyeneche durante el periodo de junio a diciembre del 2013. Universidad Católica de Santa María de Arequipa; 2013.

18. Miquelutti MA, Cecatti JG, Morais SS, Makuch MY. The vertical position during labor: pain and satisfaction. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2010;9(4):393–8. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n4/a02v9n4.pdf>
19. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Upright position during the first stage of labor: A randomised controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(5):553–8.
20. Tuy Ordoñez M. FACTORES INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL, ESTUDIO REALIZADO CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL DISTRITO NÚMERO 6. SOLOLÁ, GUATEMALA, AÑO 2018 [Internet]. UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR; 2018. Available from:
<http://publicacoes.cardiol.br/portal/ijcs/portugues/2018/v3103/pdf/3103009.pdf>
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772018000200067&lng=en&tlng=en&SID=5BQlj3a2MLaWUV4OizE%0Ahttp://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_
21. Rodriguez L. Conocimientos y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos-años 2015. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 2016.
22. Ministerio de Salud D de salud de las personas. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS CON PERTINENCIA INTERCULTURAL [Internet]. Ministerio de Salud. Lima; 2001. 43 p. Available from:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>
23. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Episiotomía y desgarros obstétricos recientes. *EMC - Cirugía Gen* [Internet]. 2015;15(1):1–17. Available from:

[http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X\(14\)67334-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X(14)67334-3)

24. Pérez, A.; Donoso E. Obstetricia. 4ta ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2012.
25. Cunningham G., Leveno J., Bloom L., Hauth C., Rouse J. SYW. OBSTETRICIA. 24°. 2015.
26. Cifuentes R. Ginecología y obstetricia basada en nuevas evidencias. 2da ed. Bogotá: Editorial Distribuna; 2009.
27. Schwarcz R., Fescina R., Duverges C. Obstetricia. 6ta ed. España: Editorial El Ateneo; 2011.

ANEXOS

Procesamiento de datos en Excel

ESTADÍSTICA - Microsoft Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA FOXIT READER PDF

Calibri 11 A A Ajustar texto General

Normal Buena

Incorrecto Neutral

Autosuma Rellenar Ordenar y Buscar y

Borrar filtrar seleccionar

O214 9

Año	Edad materna	Posición de Parto	Paridad	CPN	Edad Gestacional	Presentación	Tiempo de expulsión	Sangrado	Desgarro	Episiotomía	Sexo	Peso RN	Appar 1'	Appar 5'
2015	24	VERTICAL	Primigesta	5	40	Cefalico	5'	250ml	NO	NO	M	2980	9	9
2015	24	VERTICAL	Primigesta	5	40	Cefalico	5'	250ml	NO	NO	M	3670	9	9
2015	33	VERTICAL	Multigesta	6	40	Cefalico	5'	300ML	NO	NO	M	3340	9	9
2015	32	VERTICAL	Multigesta	8	40	Cefalico	5'	250ml	NO	NO	F	4520	9	9
2015	31	VERTICAL	Segundigesta	8	41	Cefalico	11'	400ml	NO	NO	M	4000	9	9
2015	22	VERTICAL	Primigesta	8	39	Cefalico	25'	300ml	NO	NO	F	3430	9	9
2015	24	VERTICAL	Segundigesta	8	40	Cefalico	10'	250ml	NO	NO	F	3650	9	9
2015	25	VERTICAL	Primigesta	7	38	Cefalico	10'	350ml	NO	NO	M	3380	8	9
2015	41	VERTICAL	Multigesta	9	38	Cefalico	5'	200ml	NO	NO	M	2940	9	9
2015	29	VERTICAL	Segundigesta	8	39	Cefalico	16'	300ml	NO	NO	M	4130	9	9
2015	31	VERTICAL	Segundigesta	4	39	Cefalico	10'	310ml	NO	NO	F	2330	5	9
2015	31	VERTICAL	Segundigesta	9	40	Cefalico	10'	400ml	NO	NO	F	3090	9	9
2015	27	VERTICAL	Multigesta	9	41	Cefalico	5'	150ml	NO	NO	M	3620	9	9
2015	28	VERTICAL	Primigesta	9	39	Cefalico	10'	300ml	NO	NO	F	4490	9	9
2015	33	VERTICAL	Multigesta	4	38	Cefalico	5'	200ml	NO	NO	F	3180	9	9
2015	25	VERTICAL	Primigesta	10	38	Cefalico	5'	200ml	NO	NO	F	3260	9	9
2015	27	VERTICAL	Segundigesta	5	38	Cefalico	5'	200ml	NO	NO	M	2790	9	9
2015	25	VERTICAL	Segundigesta	6	40	Cefalico	5'	200ml	NO	NO	M	3290	9	9
2015	31	VERTICAL	Multigesta	5	39	Cefalico	5'	200ml	NO	NO	F	4370	9	9
2015	24	VERTICAL	Segundigesta	6	39	Cefalico	5'	200ml	NO	NO	F	3440	9	9
2015	23	VERTICAL	Primigesta	6	38	Cefalico	5'	150ml	NO	NO	M	3560	9	9
2015	31	VERTICAL	Segundigesta	8	39	Cefalico	10'	200ml	NO	NO	M	2980	9	9
2015	35	VERTICAL	Multigesta	4	39	Cefalico	5'	200ml	NO	NO	F	3440	9	9
2015	22	VERTICAL	Primigesta	8	38	Cefalico	10'	200ml		1 Si	F	3700	9	9
2015	25	VERTICAL	Segundigesta	6	39	Cefalico	5'	250ml		1 Si	M	3660	9	9
2015	26	VERTICAL	Segundigesta	6	39	Cefalico	13'	250ml	NO	NO	M	3240	9	9
2015	23	VERTICAL	Primigesta	9	38	Cefalico	15'	200ml	NO	NO	M	3350	9	9
2015	24	VERTICAL	Segundigesta	4	37	Cefalico	10'	250ml	NO	NO	M	3530	9	9
2015	19	VERTICAL	Primigesta	8	39	Cefalico	10'	200ml	NO	NO	M	2840	9	9

DATOS

Carta de autorización

Ñaña, 28 de junio del 2019

Doctor
VERA MENDEZ DEMETRIO ANTONIO
Director
Hospital Jorge Voto ~~Bernaldes~~ Corpancho
Lima.-

Estimado doctor:

Reciba un cordial saludo y el sincero deseo del éxito en la delicada labor que tiene a bien realizar.

La Universidad Peruana Unión agradece el campo clínico que hasta la fecha ha tenido en mérito al convenio suscrito con ESSALUD y la RED PRESTACIONAL ALMENARA.

Asimismo, solicitar facilidades de acceso a la base de datos de las historias clínicas de vuestra institución, para los siguientes estudiantes de la E.P. Medicina de la Universidad Peruana Unión, quienes están realizando su proyecto de Tesis en el Hospital Jorge Voto ~~Bernaldes~~ Corpancho.

N°	Apellidos y Nombres	Proyecto
1.	Armas Pacheco Rubén Rabian	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
2.	Fuentes Peña Johnny Daniel	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

El proyecto de tesis tendrá la duración de 1 año.

Atentamente,

Roger Albornoz Esteban
Director
E.P. Escuela de Medicina
Universidad Peruana Unión