

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“RAFAEL DONAYRE ROJAS”

TÍTULO:

EFFECTOS MATERNOS PERINATALES DEL PARTO VAGINAL EN
CESAREADA ANTERIOR CON PERIODO INTERGENÉSICO CORTO;
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. ENERO 2013 - DICIEMBRE
2014

Tesis para: OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

Presentado por el bachiller:

JOSÉ FRANCISCO, FLORES HERNÁNDEZ

ASESOR:

DR. JAVIER, VÁSQUEZ VÁSQUEZ

REGIÓN LORETO

IQUITOS-PERÚ

2015

INDICE DEL CONTENIDO

	Pág.
1. Índice de contenido.....	i
2. Índice de tablas.....	ii
3. Índice de gráficos.....	iv
4. Dedicatoria.....	vi
5. Agradecimiento.....	vii
6. Resumen.....	xiii
7. Planteamiento del problema.....	2
8. Justificación.....	5
9. Objetivos.....	7
10. Marco teórico.....	9
11. Operacionalización de variables.....	20
12. Hipótesis.....	27
13. Metodología.....	29
Tipo y Diseño de Investigación.....	29
Población y Muestra.....	29
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	30
Técnicas, Instrumentos y Procedimiento de recolección de datos.....	31
Protección de los Derechos Humanos.....	32
Procesamiento de información.....	32
14. Resultados.....	34
15. Discusión.....	48
16. Conclusiones.....	50
17. Recomendaciones.....	51
18. Referencias bibliografía.....	52
19. Anexo.....	56

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01: Distribución de las pacientes que tuvieron parto vaginal con cesárea previa y periodo intergenésico corto según grupo etáreo en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....	34
Tabla 02: Distribución de las pacientes con parto vaginal con cesárea previa y periodo intergenésico corto según estado civil en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....	36
Tabla 03: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según grado de instrucción en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....	37
Tabla 04: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según ocupación en el Hospital Regional de Loreto del enero 2013 al diciembre 2014.....	38
Tabla 05: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según procedencia en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....	39
Tabla 06: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según paridad en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....	40
Tabla 07: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según número de cesáreas previas en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....	41

Tabla 08: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según efectos maternos en el Hospital Regional de Loreto del Enero 2013 al Diciembre 2014.....	42
Tabla 09: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según efectos perinatales en el Hospital Regional de Loreto del enero 2013 al diciembre 2014.....	43
Tabla 10: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según clasificación de peso al nacer en el Hospital Regional de Loreto del enero 2013 al diciembre 2014.....	44
Tabla 11: Asociación entre la asfixia neonatal y muerte neonatal en parto vaginal con cesárea previa y periodo intergenésico corto en el Hospital Regional de Loreto del enero 2013 al diciembre 2014.....	45
Tabla 12: Asociación entre bajo peso al nacer y muerte neonatal en parto vaginal con cesárea previa y periodo intergenésico corto en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....	46
Tabla 13: Asociación paridad y trauma obstétrico en mujeres que tuvieron parto vaginal con cesárea previa y periodo intergenésico corto en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....	47

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico 01: Distribución de las pacientes que tuvieron parto vaginal con cesárea previa y periodo intergenésico corto según grupo etáreo en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....	35
Gráfico 02: Distribución de las pacientes con parto vaginal con cesárea previa y periodo intergenésico corto según estado civil en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....	36
Gráfico 03: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según grado de instrucción en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....	37
Gráfico 04: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según ocupación en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....	38
Gráfico 05: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según procedencia en el Hospital Regional de Loreto del enero 2013 a diciembre 2014.....	39
Gráfico 06: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según paridad en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....	40
Gráfico 07: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según Número de cesáreas previas en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....	41

Gráfico 08: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según clasificación de peso al nacer en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.....**44**

DEDICATORIA

“A Dios por guiarme en cada etapa de mi vida, y darme las fuerzas necesarias para seguir adelante”

“A mi Madre querida, por su amor, apoyo incondicional, confianza que puso en mí hasta el día que Dios la llevo al cielo para estar con ella, y desde ella me cuida y da fuerza para seguir siempre adelante.”

“A mis Padrinos de bautismo por brindarme su apoyo y consejos desde pequeño que fueron muy útiles para alcanzar mis objetivos.”

“A mis Hermanos, que me apoyaron siempre en los momentos difíciles de mi vida”

AGRADECIMIENTO

- * *A Dios por brindarme salud, fortaleza y sabiduría en mi etapa de formación como futuro profesional.*

- * *A mi familia, en especial a mi madre querida por ser el motivo para seguir adelante.*

- * *A mis maestros por brindarme sabiduría, consejos y confianza en mí mismo.*

- * *A mi asesor de tesis y mis jurados por su apoyo y consejos para mejorar en cada etapa del desarrollo de mi tesis..*

- * *Al Hospital regional de Loreto; el Servicio de Gineco-Obstetricia y al área de estadística por brindarme todas las facilidades para la recolección de mis datos.*

RESUMEN

Objetivo: Identificar los principales efectos maternos y perinatales del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea anterior y periodo intergenésico corto en el Hospital Regional de Loreto de enero del 2013 a diciembre del 2014

Metodología: Es un estudio del tipo descriptivo y retrospectivo, la muestra estuvo constituida por todos los parto vaginales en mujeres con antecedente de cesárea anterior, con periodo intergenésico corto (menor de 24 meses), atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014, información generada por la base de datos del Sistema Informático Perinatal del Servicio de Gineco-Obstetricia y recolectada en una ficha de datos para su posterior revisión de historias clínicas en el área de estadística del mismo hospital. El muestreo fue por conveniencia, porque se incluyó al total de pacientes con los criterios de inclusión en el periodo de estudio. Para el análisis univariado de los datos se utilizó la estadística descriptiva a través de las medidas de dispersión, frecuencia y el análisis de varianza, la asociación de variables, se realizó a través del cálculo de Chi Cuadrada y su respectiva significancia estadística al 95% ($p < 0.05$).

Resultados: De un total de 3829 partos vaginales ocurridos en los 2 años de estudio en el Hospital Regional de Loreto, 89 tuvieron el antecedente de haber sido cesareada una o más veces, de los cuales 33 eran madres con antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto haciendo una prevalencia de 8.6 x 1000 partos vaginales, no hubo ningún caso en adolescentes, solo 2 (6.1%), tenían edades de 36 a 40 años, la mayoría 12 (36.4%) de pacientes tenían edades de entre 26 a 30 años, la media de edad fue de 27.5 años, la gran mayoría era conviviente 28 (84.8%); 3 (9.1%) madres tenían grado de estudio de superior no universitario; la mayoría 20 (60.6%), estudiaron secundaria y no

hubo ningún profesional universitario; según su ocupación la mayoría, 30 (90.9%) eran amas de casa, solo 2 (6.1%) trabajaban como profesionales; la mayoría 24 (72.7) procedían de zonas urbanas de Iquitos. La mayoría 26 (78.8) eran multíparas, hubo 05 (15.2%) casos de primíparas; según el número de cesáreas previas, la mayoría, 29 (87.9%) presentaban solo una cesárea previa. En cuanto a los efectos maternos solo 2 (6.1%) presentaron hemorragia postparto, 11 (33.3%) presentaron algún tipo de trauma obstétrico, sobre todo desgarros perineales de bajo grado; también podemos observar que no se presentó ningún caso de rotura uterina, ni infección puerperal ni muerte materna. En cuanto a los efectos perinatales se observó que solo 2 (6.1%) presentaron APGAR bajo y Asfixia neonatal, y el mismo número de muertes neonatales; 6 (18.2%), presentaron bajo peso al nacer, 4 (12.2%) presentaron muy bajo peso al nacer, la mayoría 26 (78.8%) presentaban peso adecuado para la edad. En cuanto a la asociación entre la asfixia neonatal y muerte neonatal, hubo dos casos de asfixia neonatal uno de ellos murió, además se pudo observar que la asfixia neonatal está asociada estadísticamente significativa a la muerte neonatal; En cuanto a la asociación de bajo peso al nacer y muerte neonatal de los 6 casos de bajo peso al nacer, 2 de ellos murieron, haciendo el 33.3% de los casos de bajo peso, el bajo peso al nacer está asociada estadísticamente significativa a la muerte neonatal ($\text{Chi}^2= 9.58$ y $p= 0.002$).

En cuanto a la asociación entre paridad y trauma obstétrico, se pudo observar que de los 11 casos de trauma obstétrico, 4 eran primíparas, 6 multíparas; la paridad está asociada estadísticamente significativa a la presencia de trauma obstétrico en mujeres con parto vaginal a pesar del antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto ($\text{Chi}^2= 6.4$ y $p= 0.04$).

Conclusiones: La mayoría de los casos de parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto se presenta en mujeres de edades entre 26 a

30 años, con una media de 27.5 años; El parto vaginal con antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto se presenta con mayor frecuencia en mujeres convivientes, que culminaron la secundaria, que en la actualidad se dedican a ser amas de casa y que provienen de zonas urbanas de la ciudad de Iquitos, además es más frecuente en mujeres multíparas que presentan el antecedente de solo una cesárea previa. En cuanto a los efectos maternos, no presentaron ningún caso de rotura uterina, ni infección puerperal tampoco se tuvo ningún caso de muerte materna; solo encontramos 2 casos de hemorragia post parto, sin embargo tuvimos una alta tasa de traumas obstétricos, 11 en total, haciendo el 33.3% de los casos. En lo concerniente a los efectos perinatales, tuvimos 2 casos de muerte neonatal, el mismo número de asfixia neonatal y Apgar bajo; sin embargo se tuvo 6 casos de bajo peso al nacer de los cuales 4 eran de muy bajo peso al nacer, un caso de macrosómico. En cuanto a la asociación de variables, la muerte neonatal estuvo relacionada a la asfixia neonatal ($\text{Chi}^2= 7.2$ y $p= 0.007$) y al bajo peso al nacer ($\text{Chi}^2= 9.58$ y $p= 0.002$; mientras que el trauma obstétrico estuvo relacionado a la paridad ($\text{Chi}^2= 6.4$ y $p= 0.04$).

CAPITULO I

**EFFECTOS MATERNOS PERINATALES DEL PARTO VAGINAL EN
CESAREADA ANTERIOR CON PERIODO INTERGENÉSICO CORTO;
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE ENERO 2013 A DICIEMBRE 2014.**

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cesárea se define como la terminación quirúrgica del embarazo o del parto por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la cara anterior de la pared uterina (histerotomía) ante una situación de peligro de la madre o el feto o ante la imposibilidad del feto de nacer normalmente, excluyendo la remoción del feto de la cavidad abdominal en el caso de rotura uterina o en el caso de embarazo abdominal. En el mundo, la incidencia de cesáreas dependiendo de los países puede oscilar entre el 15% y el 40%, en Estados Unidos se reporta incremento notable en la tasa de cesárea desde 5.5% en 1965 a 27% en 1997, en Latinoamérica, Chile ostenta la tasa más alta de cesáreas con 40% y Haití con menos de 15 % posee la tasa más baja, sin embargo en el caso del último se encuentra también que más del 20% de su población no recibe atención del parto. Según la OMS la tasa de cesáreas debería encontrarse idealmente entre 10 – 15%, sin embargo esta tasa en el mundo generalmente no desciende de 20%.¹ En el Perú, la tasa de cesáreas varía de acuerdo al establecimiento de Salud, existiendo hospitales de IV nivel con tasas de cesárea de 54%. No obstante información obtenida de los reportes anuales de hospitales maternos perinatales señalan tasas no menores del 20%. Asimismo, hospitales de referencia como la Maternidad de Lima y hospitales de ESSALUD varían de 20 a 37%, a diferencia del Hospital San Bartolomé donde estudios

realizados reportan una incidencia de 18%.² La cesárea en el Hospital Regional de Loreto fue el 19% de los partos en 2009.³ Por lo visto su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, de manera generalmente innecesaria, lo que obliga a revisar sus indicaciones ya que la cesárea es una intervención no exenta de morbi-mortalidad materna y fetal. La morbilidad materna puede aumentar de tres a cuatro veces y la morbi-mortalidad neonatal no ha disminuido apreciablemente, y más bien, puede incrementar durante el acto quirúrgico en manos no expertas.⁴

El manejo de la gestante con una cesárea previa es aún controversial, no existiendo hasta el momento un criterio universal y uniforme acerca de la mejor conducta a seguir en estos casos. Muchas son las variables que se manejan en la atención del final de la gestación, por esto no existiendo una normativa al momento de indicar una operación cesárea, los criterios van a depender tanto del servicio donde se maneje como de las causas que se consideren para indicarla.⁵ Esto condiciona que la tasa de cesáreas de repetición sea alta, pudiéndose evitar muchas de ellas con una prueba de trabajo de parto, que en la mayoría de casos lleva a un parto vaginal exitoso, evitando así el alto costo social y económico que conlleva el efectuar una nueva cesárea, disminuyendo los días de hospitalización y la morbilidad puerperal. Una historia de cesárea previa no constituye una indicación automática para una cesárea de repetición.⁶ Por tal motivo en muchos países se practica el parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. Existen numerosos trabajos que plantean que esta es una alternativa segura para las pacientes, a pesar de lo cual su empleo no se ha generalizado y existen controversias en cuanto a su utilización.⁷

Son muchos los riesgos al someter a trabajo de parto a una paciente con cesárea previa tanto para la madre (rotura uterina, hemorragia postparto, trauma obstétrico, infección puerperal, muerte materna), como para el recién nacido (bajo peso; apgar bajo; asfixia neonatal, muerte del recién nacido)⁸; por tal motivo creemos que es perentorio realizar este estudio para identificar los efectos materno perinatales del parto vaginal en cesareada anterior con periodo intergenésico corto y así tomar decisiones que prevengan posibles complicaciones en nuestra población Loretana atendidos en el Hospital Regional de Loreto de enero del 2013 a diciembre del 2014.

Por todo lo expuesto se definió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los efectos maternos y perinatales del parto vaginal en gestantes con historia de cesárea previa y periodo intergenésico corto en el Hospital Regional de Loreto de enero del 2013 a diciembre del 2014?

2. JUSTIFICACIÓN

Hoy en día el parto por cesárea es cada vez más frecuente como consecuencia de diversos factores, tanto epidemiológicos (aumento de la edad materna, obesidad, patología materna de base) como obstétrico-ginecológicos (técnicas de fertilización, monitorización intraparto u otros), por lo que en los últimos años ha aumentado considerablemente el porcentaje de mujeres gestantes con el antecedente de cesárea previa. Esto plantea pues la duda en cuanto a qué conducta obstétrica seguir. Si bien es cierto que la existencia de una cicatriz uterina aumenta el riesgo de rotura uterina a la hora de intentar un parto vaginal, también lo es el hecho que una segunda cesárea electiva no está exenta de riesgos quirúrgicos, aumentando la morbimortalidad materna y la posibilidad de complicaciones en gestaciones futuras, incrementando además el costo o gasto en salud. Otros autores consideran que el manejo de la gestante con una cesárea previa es aún controversial, no existiendo hasta el momento un criterio universal y uniforme acerca de la mejor conducta a seguir en estos casos. Muchas son las variables que se manejan en la atención del final de la gestación, por esto no existiendo una normativa al momento de indicar una operación cesárea, los criterios van a depender tanto del servicio donde se maneje como de las causas que se consideren para indicarla. Esto condiciona que la tasa de cesáreas de repetición sea alta, pudiéndose evitar muchas de ellas con una prueba de trabajo de parto, que en la mayoría de casos lleva a un parto vaginal exitoso, evitando así el alto costo social y económico que conlleva el efectuar una nueva cesárea, disminuyendo los días de hospitalización y la morbilidad puerperal o complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.

Por todo lo expuesto consideramos que es importante identificar los efectos maternos perinatales del parto vaginal en cesareada anterior con periodo intergenésico corto en la población Loretana y con ello se busca sensibilizar al personal de salud y población en general de las consecuencias que pueden suceder en las gestantes con antecedente de cesárea y periodo intergenesico corto en nuestra entorno, para disminuir su incidencia y prevenir la aparición de complicaciones.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Identificar los principales efectos maternos y perinatales de los partos vaginales en gestantes con antecedente de cesárea anterior y periodo intergenésico corto en el Hospital Regional de Loreto de enero del 2013 a diciembre del 2014.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características demográficas y obstétricas de las pacientes en estudio como: edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, paridad procedencia, número de cesáreas previas.
- Identificar los efectos maternos (rotura uterina, hemorragia postparto, trauma obstétrico, infección puerperal, muerte materna) del parto vaginal en gestantes con antecedentes de cesárea anterior y periodo intergenésico corto.
- Identificar los efectos perinatales (bajo peso, apgar bajo, asfixia neonatal, muerte del recién nacido), del parto vaginal en gestantes con antecedentes de cesárea anterior y periodo intergenésico corto.

CAPITULO II

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Definiciones

Parto es la expulsión o extracción fuera del útero gestante de un producto de la concepción de 20 semanas o más; el feto pesa 500 gramos o más. Parto eutócico es el parto normal que ocurre espontáneamente con feto único en occipito iliaca anterior. El trabajo de parto se caracteriza por contracciones uterinas que son regulares, incrementan gradualmente su intensidad y duración y producen incorporación y dilatación cervical progresivas.⁹

La cesárea o el parto por cesárea se define como la terminación quirúrgica de la gestación por medio de incisiones en la pared abdominal y en la cara anterior del útero, a través de las cuales es extraído el feto, se lleva a cabo cuando la madre o el feto se encuentran en situación de peligro de muerte.¹⁰

Cesareada anterior, se define como gestante con historia de cesárea previa una o más veces. Se define la cesárea como la extracción de un feto mayor de 20 semanas, vivo o muerto, a través de incisiones abdominal y uterina. La cesárea en el Hospital Regional de Loreto fue el 19% de los partos en 2009.¹¹

Actualmente, se considera el parto vaginal en pacientes con cesárea previa como una alternativa segura, que no presenta un incremento en la morbimortalidad materno y fetal, donde el riesgo de ruptura uterina es la principal preocupación; sin embargo, ésta se presenta en menos del 1% de los casos. Los estudios reportan que hasta un 82% de las pacientes con antecedente de cesárea podrían tener un parto vaginal.¹²

El período intergenésico se refiere al lapso de tiempo que transcurre entre el final de un embarazo (parto) y el inicio (concepción) del siguiente embarazo, cuando se habla de período o intervalo intergenésico corto se dice que este lapso de tiempo es menor a 24 meses o 2 años.¹³

4.2. Epidemiología

En 2006, la tasa de parto vaginal post cesárea (PVPC) en Estados Unidos era 31,1% y fue la más elevada de todos los tiempos, convirtiendo a la cesárea en el procedimiento quirúrgico más realizado en las mujeres de ese país. La magnitud de esta tasa fue atribuida al aumento de la tasas de cesáreas primarias de 14,6% a 20,3% en 2005, lo que equivalía a un aumento del 60%. Con una tasa de PVPC de 37,9% (la más baja de todos los tiempos), las mujeres sometidas a cesárea primaria tienen más del 90% de probabilidades de tener otro PVPC, lo que solo sirve para aumentar la tasa general de cesáreas. Casi la mitad de las cesáreas son electivas antes de comenzar el trabajo de parto.¹⁴ En América Latina del 29% en promedio, observándose los índices más elevados en México, Brasil, República Dominicana y Chile, los cuales oscilan entre 30% y 39%. En Colombia la tasa de cesárea reportada es de 27% pero llega hasta un 67% en instituciones privadas.¹⁵ En nuestro país se realizaron múltiples estudios respecto al tema, sobre todo en la ciudad de Lima, pero en su totalidad de tipo descriptivo, determinándose un porcentaje de 50 – 70% de gestantes con cesárea previa pudieron tener un parto vaginal con escasas complicaciones.¹⁶

Otro estudio realizado por RAMÍREZ Y GATICA, de tipo observacional, retrospectivo de corte transversal realizado en el Hospital Nacional Docente

Madre Niño San Bartolomé con los objetivos de conocer la frecuencia de la vía de culminación del parto en pacientes con antecedente de cesárea, identificar el tipo de parto vaginal en gestante cesariada anterior e identificar las patologías más comunes de la indicación de cesárea previa, encontraron que el 63,1% culminó por cesárea , y el 36,8% por vía vaginal, siendo la forma de inicio de trabajo de parto más frecuente la espontánea. El 11,2% del grupo de término vía vaginal fue inducido con oxitocina. La principal indicación de cesárea fue el antecedente de cesárea anterior (67,9%). El tipo de parto más frecuente fue el eutócico (81,7%), seguido por *fórceps* (13,1%); y por último por *vacum* (5,2%). Concluyeron que la cesárea es la vía de culminación más frecuente en pacientes con antecedente de cesárea y el parto vaginal es la vía de culminación más frecuente en gestantes con antecedente de cesárea una vez.¹⁷

Otro estudio realizado por HUERTAS-TACCHINO (2010); et al; en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en Lima Perú; de Tipo Analítico Retrospectivo, con el objetivo de Determinar los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa, a quienes se les indicó prueba de trabajo de parto. Obtuvieron como resultados que de 266 gestantes con antecedente de una cesárea previa y sin contraindicación para el parto vaginal, a 188 (70,7%) se les indicó cesárea electiva repetida y a 78 (29,3%), prueba de trabajo de parto. De estas últimas, 51 (65,3%) tuvieron éxito. Los resultados maternos muestran en el grupo de cesárea electiva una rotura uterina, una histerectomía y dos casos de hemorragia posparto. En el grupo prueba de trabajo de parto, no hubo rotura uterina, histerectomía, hemorragia posparto. No hubo muertes maternas en algún grupo. En cuanto a los resultados perinatales, no hubo caso de muerte intraútero

anteparto o intraparto, Ápgar menor de 7 a los 5 minutos, ni muertes neonatales, en ninguno de los dos grupos.¹⁸

En cuanto al periodo intergenésico corto relacionado a complicaciones materno y perinatales, la Organización Mundial de la Salud reveló que la mortalidad materna afectó a un elevado número de mujeres indígenas, analfabetas, en departamentos con altos índices de pobreza y ruralidad, en países como Perú, Costa Rica y Honduras se han realizado estudios que correlacionan el período intergenésico corto, con bajo peso al nacer de los recién nacidos producto de estos embarazos, estos estudios aportan información valiosa, sin embargo no son específicos para nuestra región y por ende para este estudio.¹⁹ Al respecto GAITÁN LÓPEZ; et al (2010), en Guatemala, realizaron un estudio de tipo analítico de casos y controles; con el Objetivo de Analizar los factores de riesgo asociados al período intergenésico corto en mujeres en edad fértil, que consultaron a los centros de salud de Baja Verapaz en agosto y septiembre de 2010. Demostrando que de 389 casos y 389 controles, en una relación 1 a 1, los factores de riesgo estudiados fueron: edad del primer embarazo ($X^2= 15.90$ $p<0.001$ OR: 1.88 IC: 1.37–2.58 RA: 16%), nivel socio-económico ($X^2 = 1.51$), escolaridad de la paciente ($X^2 = 11.47$ $p= <0.001$ OR: 1.74 IC: 1.25 – 2.40 RA 14%), escolaridad de la pareja de la paciente ($X^2 = 24.22$ $p= <0.001$ OR: 2.40 IC: 1.67 – 3.45 RA 21%), uso de método de planificación familiar ($X^2 = 0.002$), realizar algún trabajo remunerado ($X^2 = 0.002$), religión de la paciente ($X^2 = 0.87$), religión de la pareja de la paciente ($X^2 = 0.0057$), edad de la primera relación sexual ($X^2 = 2.86$).²⁰

Problemática actual

La cesárea, una alternativa de solución a problemas materno perinatales en la práctica médica, el incremento en su frecuencia muchas veces ocasiona aumento de complicaciones materno perinatales, mayor estancia hospitalaria y costo incrementado por fármacos entre otros. Todavía hay controversias acerca de qué es lo que conviene a una embarazada con una cesárea previa: trabajo de parto u otra cesárea. Históricamente, los obstetras son reacios a indicar el trabajo de parto post cesárea por el mayor riesgo de ruptura uterina y asfixia perinatal comparado con los riesgos que acompañan a la cesárea repetida planificada. Sin embargo, el riesgo absoluto de asfixia perinatal sigue siendo escaso. Por ahora, la complicación más frecuente para el recién nacido después de parto por cesárea es la morbilidad respiratoria; por lo tanto, para evitar la prematuridad iatrogénica, la mayoría de los obstetras no hacen la cesárea electiva antes de la semana 39 de gestación sin haber documentado la madurez pulmonar fetal mediante la amniocentesis.²¹

Otro problema actual es que muchos obstetras temen someter a la paciente con cesárea previa al estrés uterino y perineal de un parto vaginal. En algunas instituciones de todo el mundo, se ha tomado la conducta de someter a estas pacientes al trabajo de parto normal con resultados exitosos: se ha visto una evolución similar a las pacientes nulíparas, de tal forma que en cuanto a dilatación con respecto al tiempo siguen las tendencias de las curvas de Friedman. Hay un factor digno de considerar: la indicación de la cesárea previa. Cuando la causa fue: sufrimiento fetal agudo (SFA), el éxito de parto vaginal es

de 71 a 92%; por embarazo gemelar de 72%; si fue por presentación pélvica de 84 a 91%; por falta de progresión en el trabajo de parto de 33 a 78%., En los casos reportados de cesárea previa indicada por distocia, ya sea desproporción cefalopélvica o falta de progresión en el trabajo de parto, la tasa de éxito en parto vaginal disminuye. Una conclusión importante es que el parto vaginal en pacientes con cesárea previa no aumenta la mortalidad materna ni fetal. Existen contraindicaciones absolutas para que se lleve a cabo el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, tales como: incisión clásica o corporal uterina, dehiscencia de cicatriz uterina previa, y las llamadas contraindicaciones relativas que incluye sufrimiento fetal, falta de progreso en el trabajo de parto, retardo en el crecimiento intrauterino, productos pretérmino, macrosomía fetal, embarazo múltiple, desconocimiento del sitio de incisión uterina previa entre otras.²²

4.3. Antecedentes del Estudio

HUERTAS-TACCHINO (2010); et al; en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en Lima Perú; de Tipo Analítico Retrospectivo, con el objetivo de Determinar los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa, a quienes se les indicó prueba de trabajo de parto. Obtuvieron como resultados que de 266 gestantes con antecedente de una cesárea previa y sin contraindicación para el parto vaginal, a 188 (70,7%) se les indicó cesárea electiva repetida y a 78 (29,3%), prueba de trabajo de parto. De estas últimas, 51 (65,3%) tuvieron éxito. En cuanto a las características demográficas se pudo demostrar que más del 78% tenían edades de entre 20 a 35 años, solo 3% eran menores de 20 años; en cuanto a la paridad el 73% eran primíparas hasta antes de este parto, el 44% presentaban periodo intergenésico corto (menor de 24 meses). Los resultados maternos muestran en el grupo de cesárea electiva una rotura uterina, una histerectomía y dos casos de hemorragia posparto. En el grupo prueba de trabajo de parto, no hubo rotura uterina, histerectomía, hemorragia posparto. No hubo muertes maternas en algún grupo. En cuanto a los resultados perinatales, no hubo caso de muerte intraútero anteparto o intraparto, Ápgar menor de 7 a los 5 minutos, ni muertes neonatales, en ninguno de los dos grupos.²³

TAYLOR; LK (2005) et al; en un estudio analítico de corte transversal encontraron que en comparación con las madres que habían tenido parto vaginales, las madres que habían sido operadas de cesárea y tuvieron una prueba de trabajo de parto en el segundo embarazo tuvieron riesgo incrementado de rotura uterina (OR: 12.3; 95% IC, 5.0-30.1; P < 0.0001), histerectomía (OR:

3.5; 1.5-8.4; $P < 0.01$), hemorragia postparto vaginal (OR: 1.6; 1.4-1.7; $P < 0.0001$), extracción manual de placenta (OR:1.3; 1.1-1.6; $P < 0.01$), infección (OR:6.2; 4.7-8.2; $P < 0.0001$) e ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (OR: 3.1; 2.1-4.7; $P < 0.0001$); en las madres que no tuvieron trabajo de parto (Ej., tuvieron cesárea electiva), hubo un menor riesgo de hemorragia postparto (OR: 0.6; 0.5-0.7; $P < 0.0001$) e ingreso a UCI (0.4; 0.3-0.5; $P < 0.0001$). Para los neonatos hubo un incremento en el riesgo de parto pretérmino (OR: 1.2; 1.1-1.3; $P < 0.0001$) e ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) neonatal posterior al parto (OR:1.6; 1.4-1.9; $P < 0.0001$) en el nacimiento después de la cesárea primaria. Concluyeron que la cesárea previa confiere riesgos adicionales a un segundo embarazo, principalmente asociado con el parto.²⁴

AISIEN, AO Y ORONSAYE, AU (2004); en un estudio retrospectivo de cinco años analizaron 5234 partos, de los cuales 395 (7,5%) tenían una cesárea previa. Las incidencias de cesárea de emergencia, cesárea electiva y parto vaginal espontáneo fueron 34,7%, 9,4% y 48,1%; respectivamente. Durante el período de estudio hubo 1317 (25,2%) casos de cesárea. La incidencia de una cesárea previa entre el total de partos por cesárea fue 30%. La principal morbilidad después del parto vaginal fue la rotura uterina (1,5%) y la histerectomía (0,8%). Tres de las roturas uterinas ocurrieron antes del ingreso porque la paciente inició trabajo de parto en su casa. Una muerte materna ocurrió como resultado de la rotura del útero y hemorragia postparto, dando una tasa de mortalidad materna de 19/100.000 casos y una fatalidad de 0,3%. La mortalidad perinatal corregida fue 15,2/1000, principalmente por parto obstruido, desprendimiento prematuro de placenta y distres fetal. Las muertes

maternas y fetales después de un parto vaginal con cesárea previa fueron significativamente menores que las respectivas muertes totales de la institución. Concluyeron que el parto vaginal después de una cesárea es relativamente seguro.²⁵

GAITÁN LÓPEZ, Et Al. (2010); Realizaron un estudio de tipo Analítico de casos y controles, con el objetivo de analizar los factores de riesgo asociados al período intergenésico corto en mujeres en edad fértil, que consultaron a los centros de salud de Baja Verapaz en agosto y septiembre de 2010, donde estudiaron como caso a la mujer en edad fértil que tuvo 2 o más embarazos en un periodo menor de 24 meses y como control a la mujer en edad fértil con un periodo intergenésico mayor de 24 meses. Este estudio tuvo como resultado que de 389 casos y 389 controles, en una relación 1 a 1, los factores de riesgo estudiados fueron: edad del primer embarazo ($X^2= 15.90$ $p<0.001$ OR: 1.88 IC: 1.37–2.58 RA: 16%), nivel socio-económico ($X^2 = 1.51$), escolaridad de la paciente ($X^2 = 11.47$ $p= <0.001$ OR: 1.74 IC: 1.25 – 2.40 RA 14%), escolaridad de la pareja de la paciente ($X^2 = 24.22$ $p= <0.001$ OR: 2.40 IC: 1.67 – 3.45 RA 21%), uso de método de planificación familiar ($X^2 = 0.002$), realizar algún trabajo remunerado ($X^2 = 0.002$), religión de la paciente ($X^2 = 0.87$), religión de la pareja de la paciente ($X^2 = 0.0057$), edad de la primera relación sexual ($X^2 = 2.86$).²⁶

DOMÍNGUEZ, L; Et al. (2005); realizaron un estudio de tipo analítico de cohorte en Panamá, con el objetivo de determinar el impacto del periodo intergenésico corto y la presencia de complicaciones obstétricas y neonatales; obteniendo como resultado que de 1044 pacientes, la edad promedio de las pacientes estudiadas fue de $29,7 \pm 5,1$ años (rango, 16-46). El promedio de

período intergenésico fue de $45 \pm 31,7$ meses (rango, 2-222). En este estudio, 214 (21%) pacientes culminaron su embarazo por cesárea, de las cuales 98 (36%) tenían un trastorno hipertensivo, lo que resultó estadísticamente significativo (OR: 2,59; IC del 95%, 1,8-3,6). Al analizar si el período intergenésico es un factor de riesgo para culminar el embarazo por cesárea, se demostró que no es estadísticamente significativo cuando las pacientes no tienen preeclampsia. En cuanto a muerte perinatal, se analizó si ésta tenía relación con los trastornos hipertensivos, lo que resultó no significativo (OR: 2,6; IC del 95%, 0,99-7); en cambio, al relacionar muerte perinatal y prematuridad en pacientes sin trastornos hipertensivos sí fue significativo (OR: 3,49; IC del 95%, 1,4-8,8).²⁷

SÁNCHEZ G, Et al, (2003); realizaron un estudio de tipo descriptivo retrospectivo con el objetivo de este estudio, es establecer los parámetros que permitan dar una probabilidad de parto vaginal en aquellas pacientes con el antecedente de una cesárea previa, que acudan a la atención del parto con embarazo de término, y sin aumentar los riesgos ni las complicaciones maternas ni fetales. Teniendo como resultado que de 55 pacientes que cumplían los criterios de inclusión con edades entre 19 y 42 años de edad con una media de 28.76 años, se dividieron por grupos de edad entre 15 a 19 años, de 20 a 35 años, de 36 a 39 años y mayores de 40 años en donde no se encontró diferencia significativa. El promedio de gestas fue de 2.67 siendo la máxima de 8 y la mínima de 2; con antecedente de partos por vía vaginal desde cero hasta 6 y con un tiempo de cesárea previa desde 12 meses hasta más de 60. Todos los embarazos fueron entre 37 y 42 semanas de gestación. Se sometieron a trabajo de parto bajo vigilancia estricta entre una y 36 horas con un promedio de 7.51

horas en la unidad toco-quirúrgica; se utilizó oxitocina en 17 casos (30.9%); de todas las pacientes, 27 (49.1%) tuvieron parto por vía vaginal y 28 (50.9%) fueron sometidas a una segunda cesárea. Las causas de la cesárea previa fueron: sufrimiento fetal agudo (SFA) en 12 casos, desproporción céfalo-pélvica (DCP) en 10 casos, y distocia de presentación fetal en 10 casos, entre las que se incluye la presentación pélvica. Las otras causas de cesárea entre las que se incluyen las pacientes que ignoraban la indicación de la cesárea previa se encontraron en 8 casos.²⁸

CUERO VIDAL, OL; Et al (2011); en México, realizaron un estudio de tipo analítico Cohorte Retrospectivo; con el Objetivo de determinar la incidencia de parto vaginal después de una cesárea previa y evaluar la capacidad predictiva del puntaje predictor de parto vaginal descrito por Flamm en 1997. Obteniendo como resultado que la proporción de parto vaginal en este grupo fue del 20,3%. El 36% de las gestantes con puntajes entre 4 y 7 tuvieron parto vaginal y el 83% de las gestantes con 8 o más puntos. Con un punto de corte ≥ 4 puntos la sensibilidad fue de 85,7%, la especificidad 69,1%, VPP 41,3% y VPN 95%, RVP 2,8 y RVN 0,2. Si el punto de corte fue ≥ 8 la sensibilidad fue de 83,3%, la especificidad 82,6%, VPP 17,9% y VPN 99,1%, RVP 4,8 y RVN 0,2. Estos autores llegaron a la conclusión de que la frecuencia de parto vaginal posterior a cesárea es del 20%. Las gestantes con puntajes menores de 4 tuvieron una baja probabilidad de tener un parto vaginal.²⁹

4.4.Operacionalización De Variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACION AL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR ES
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS				
Edad de la madre	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nace.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio. Se medirá en años.	Numérico continua	En años
Estado civil	Expresión jurídico político de la comunidad humana constituida para cumplir fines trascendentales dentro de la comunidad.	Estado jurídico político referido por la madre al momento del estudio: soltera, casada, divorciada, viuda.	Nominal	Soltera () Casada () Conviviente() Viuda ()

Grado de instrucción	Nivel educacional recibido por parte del paciente.	Se definirá por la historia clínica en: analfabeto, primaria, secundaria, superior no universitario y superior universitario.	Ordinal	Primaria () Secundaria () Superior no universitario() Superior Universitario ()
Ocupación	Empleo remunerado que ejerce el paciente.	Se definirá de acuerdo a que si tiene su propio negocio, profesional, obrero y desempleado.	Nominal	Negocio propio() Profesional () Obrera () Ama de casa ()
Procedencia	Lugar de origen de los pacientes.	Se definirá por la historia clínica en: urbano, marginal.	Nominal	Urbano () Rural () Urbana-Rural()

Paridad	Clasificación de la madre según el número de partos anteriores a la gestación actual: nulípara (0 hijos), Primípara (1 hijo) múltipara (2-5 hijos) y gran múltipara (≥ 6).	Se definirá por lo referido en la historia clínica	Ordinal	Primípara () Múltipara () Gran Múltipara ()
Número de cesáreas previas	Número de cesáreas previas practicadas a la misma paciente	Se definirá por lo referido en la historia clínica	Numérico	
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Parto vaginal en cesareada anterior y periodo intergenesico corto	Paciente con parto eutócico y antecedentes de cesárea anterior, y periodo intergenesico menor a 24 meses o 2 años.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No (); Si()

VARIABLES DEPENDIENTES

EFFECTOS MATERNOS

Rotura uterina	Pérdida de la solución de continuidad de la pared uterina, existiendo comunicación de la cavidad uterina con la cavidad peritoneal.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No (); Si ()
Hemorragia postparto	Sangrado vaginal de 500 ml o más en las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o de 1000 ml o más después del parto por cesárea, documentado en la historia clínica.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No (); Si ()

Trauma obstétrico	Presencia de lesión o desgarro perineal de 2° al 4° grado o presencia de lesión traumática en el feto	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No (); Si ()
Infección puerperal	Presencia de fiebre de 38° C o más, en dos o más registros sucesivos de temperatura, después de las primeras 24 horas y durante los 10 primeros días del posparto.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No (); Si ()
Muerte materna	Muerte de una mujer mientras está en embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No (); Si ()

	relacionada con, o agravada por, el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.			
EFFECTOS PERINATALES				
Bajo peso al nacer	Recién nacido (RN) que pesa menos de 2500 g (5.5 libras) al nacer en la semana 37 de gestación. Muy bajo peso al nacer es aquel RN con peso menor de 1500 gr	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No () ; Si ()
Apgar bajo	Apgar del recién nacido < 7 a los 5 minutos.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si	Nominal	No () ; Si ()

Asfixia neonatal	<p>Agresión producida al feto o al recién nacido alrededor del momento del nacimiento por la falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular adecuada, para lo que se considerará una puntuación de Apgar del recién nacido < 7 a los 5 minutos.</p>	<p>Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si</p>	Nominal	<p>No () ; Si ()</p>
Muerte neonatal	<p>Es la muerte del producto de la concepción entre la semana 22 de gestación ó 500 gramos o más de peso hasta los siete días de nacido.</p>	<p>Se definirá según lo expresado en la historia clínica: No, Si</p>	Nominal	<p>No () ; Si ()</p>

5. HIPÓTESIS

- **Hipótesis Alterna**

El parto vaginal en gestantes con cesárea previa y periodo intergenésico corto en el Hospital Regional de Loreto, durante el período comprendido entre enero del 2013 a diciembre del 2014 se asocia con mayor riesgo de presentar las complicaciones maternas y perinatales.

- **Hipótesis Nula**

El parto vaginal en gestantes con cesárea previa y periodo intergenésico corto en el Hospital Regional De Loreto, durante el período comprendido entre enero del 2013 a diciembre del 2014 no tiene mayor riesgo de presentar las complicaciones maternas y perinatales en estudio.

CAPITULO III

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de Investigación

El presente trabajo de investigación es un estudio del tipo Descriptivo, porque el propósito es identificar y describir los efectos maternos y perinatales del parto vaginal en gestantes con antecedentes de cesárea anterior y periodo intergenésico corto, en el Hospital Regional de Loreto de enero del 2013 a diciembre del 2014, y es Retrospectivo, porque se va a utilizar la información captada en las historias clínicas del Hospital Regional de Loreto con anterioridad a la ejecución de la presente investigación.

6.2. Diseño de Investigación

El diseño empleado es el no experimental porque la recolección de datos se realizará de las Historias Clínicas del Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto de enero del 2013 a diciembre del 2014; además no se podrá tener el control de las variables independientes.

6.3. Población y Muestra

Población

El universo poblacional estará constituido por todos los parto vaginales en mujeres con antecedente de cesárea anterior, en el Hospital Regional de Loreto de enero del 2013 a diciembre 2014.

Muestra

La muestra estará constituido por todos los parto vaginales en mujeres con antecedente de cesárea anterior, con periodo intergenésico corto (menor de 24 meses), atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero del 2013 a diciembre 2014. El muestreo es por conveniencia, porque se incluirá al total de pacientes con los criterios de inclusión en el periodo de estudio

6.4. Criterios de Inclusión

- Parto eutócico
- Gestantes con cesárea previa
- Periodo intergenésico menor de 24 meses.
- Ausencia de patología materna y/o fetal diagnosticada antes del inicio del trabajo de parto.
- Historia clínica accesible y con información requerida completa.

6.5. Criterios de Exclusión

- Gestantes con indicaciones absolutas de cesárea.
- Periodo intergenésico mayor de 24 meses.
- Diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas.
- Presentaciones o situaciones fetales anómalas.
- Historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta

6.6. Técnicas, Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos

6.6.1. Técnica de Recolección de Datos

Análisis documental a través del Sistema de Información Perinatal (SIP) y la revisión de Historias Clínicas

6.6.2. Instrumento de Recolección de Datos

Se aplicará la ficha de recolección de datos que se ha confeccionado para la presente investigación, la cual será sometida al proceso de validación. La ficha de recolección de datos estará conformada por dos partes, la primera destinada a recolectar información de la variable dependiente y la segunda parte destinada a recolectar datos de las variables independientes.

6.6.3. Procedimientos de Recolección de Datos:

- Gestionar el permiso para tener acceso a la información mediante solicitud al Director del Hospital Regional de Loreto.
- Disponer del acceso a la información de las Historias Clínicas y los datos estadísticos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Loreto entre enero del 2013 a diciembre del 2014.
- Recolectar información de las mujeres con diagnóstico de parto vaginal en cesariada anterior y periodo intergenésico corto en una ficha de recolección de datos, generada por el Sistema informático Perinatal y corroborar la información obtenida con la revisión de

las historias clínicas facilitada por el área de estadística del Hospital Regional de Loreto.

6.7. Protección de los Derechos Humanos

Por la naturaleza y característica del estudio, este no transgrede de ninguna manera los derechos humanos de los pacientes cuyas historias clínicas serán revisadas e incluidas en el estudio, y cuya identificación permanecerá en absoluta reserva; según los códigos de ética que regulan la conducta en la investigación científica, siendo los más conocidos Nuremberg de 1947, La declaración de Helsinki de 1964 (revisada en 1965) y las normas de 1971, adoptadas por el departamento de salud, educación, y bienestar de los Estados Unidos de Norteamérica (codificados en normas federales en 1974) y los códigos de bienestar para la conducta de estudios sociales y del comportamiento. El código más conocido es el de la Asociación Psicológica Americana publicada en 1963. Además se solicitará autorización respectiva al comité de ética del Hospital Regional de Loreto.

6.8. Procesamiento de Información

Para el análisis univariado de los datos se utilizará la estadística descriptiva a través de las medidas de dispersión, frecuencia y el análisis de varianza. Para el análisis de las asociación de variables, se realizará a través del cálculo de Chi Cuadrada y su respectiva significancia estadística al 95% ($p < 0.05$). El procesamiento de la información se realizará utilizando el software estadístico SPSS ver. 17 for Windows.

CAPITULO 04

7. RESULTADOS

De un total de 3829 partos vaginales ocurridos en los 2 años de estudio en el Hospital Regional de Loreto, 89 tuvieron el antecedente de haber sido cesareada una o más veces, de los cuales 33 eran madres con antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto haciendo una prevalencia de 8.6 x 1000 partos vaginales.

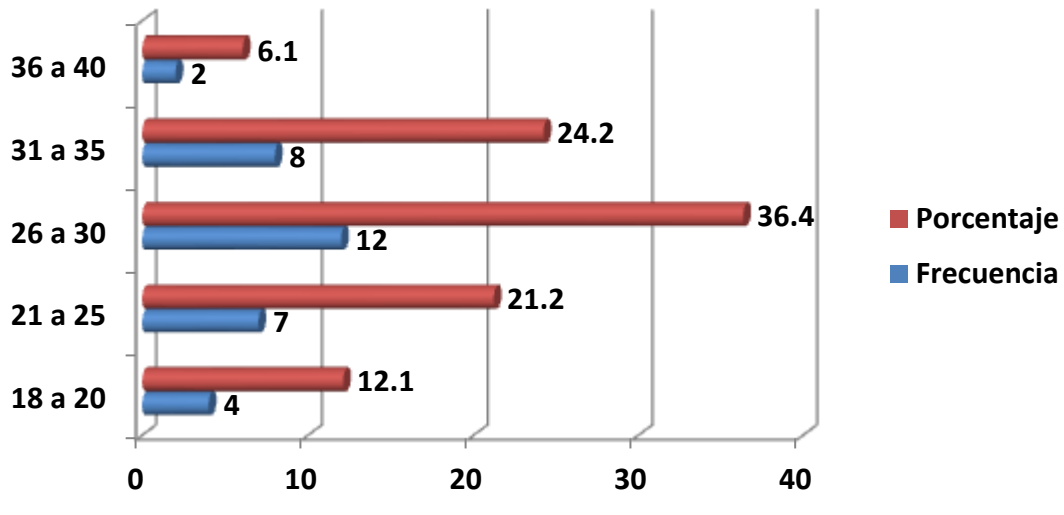
A. Características demográficas

1. **Edad**

Tabla 01: Distribución de las pacientes que tuvieron parto vaginal con cesárea previa y periodo intergenésico corto según grupo etáreo en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

GRUPO ETÁREO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 a 20	4	12.1
21 a 25	7	21.2
26 a 30	12	36.4
31 a 35	8	24.2
36 a 40	2	6.1
Total	33	100.0

Gráfico 01: Distribución de las pacientes con parto vaginal con cesárea previa y periodo intergenésico corto según grupo etáreo en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

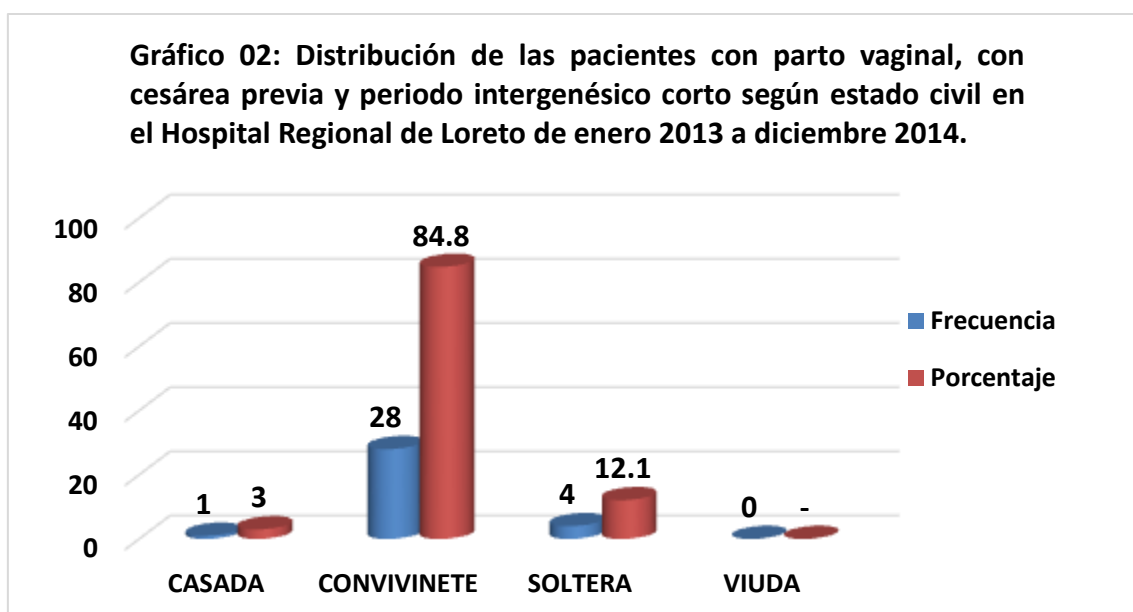


En la tabla y gráfico 01, se muestra la distribución de las pacientes que tuvieron parto vaginal con periodo intergenésico corto y antecedente de cesárea previa, según grupo etáreo, donde se puede apreciar que no hubo ningún caso en adolescentes, solo 2 (6.1%), tenían edades de 36 a 40 años, la mayoría de pacientes tenían edades de entre 26 a 30 años y de 31 a 35 años con 12 (36.4%) y 8 (24.2%) respectivamente. La media de edad fue de 27.5 años.

2. Estado civil

Tabla 02: Distribución de las pacientes con parto vaginal con cesárea previa y periodo intergenésico corto según estado civil en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
CASADA	1	3
CONVIVINETE	28	84.8
SOLTERA	4	12.1
VIUDA	0	0
Total	33	100



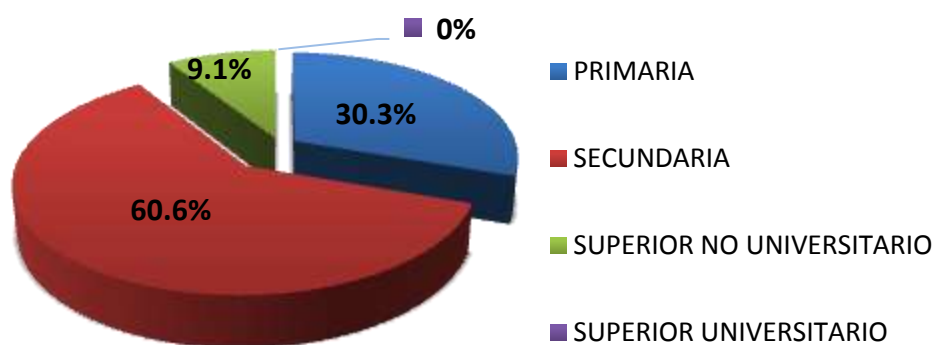
En la tabla y gráfico 02, se muestra la distribución de las pacientes con parto vaginal más periodo intergenésico corto y antecedente de cesárea previo, según estado civil, donde se puede apreciar que solo una era casada, la gran mayoría convivían en forma estable 28 (84.8%); 4 eran mujeres solteras y ni una era viuda

3. Grado de Instrucción

Tabla 03: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según grado de instrucción en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	10	9.1
SECUNDARIA	20	30.3
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	3	60.6
SUPERIOR UNIVERSITARIO	0	0
Total	33	100

Gráfico 03: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según grado de instrucción en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

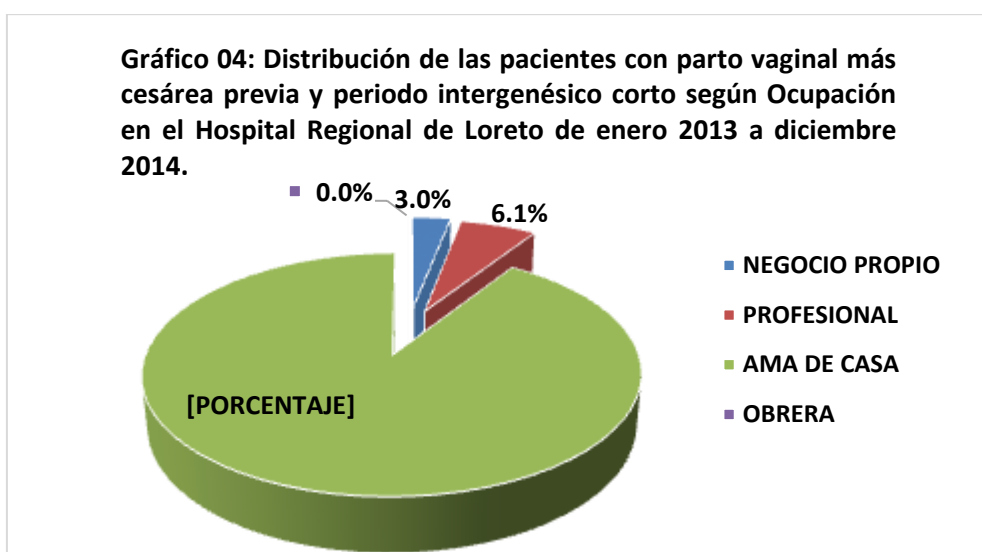


De la tabla y gráfico 03, se puede concluir que de 33 mujeres a las que se les practicó parto vaginal a pesar del antecedente de cesárea y sumado a esto un periodo intergenésico corto, 10 (30.3%) solo estudiaron primaria, 20 (60.6%), estudiaron secundaria, solo 3 (9.1%) tuvieron el grado de instrucción de superior no universitario y no se presentó ningún caso en profesionales universitario.

4. Ocupación

Tabla 04: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según ocupación en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
NEGOCIO PROPIO	1	3.0
PROFESIONAL	2	6.1
AMA DE CASA	30	90.9
OBRERA	0	0
Total	33	100.0



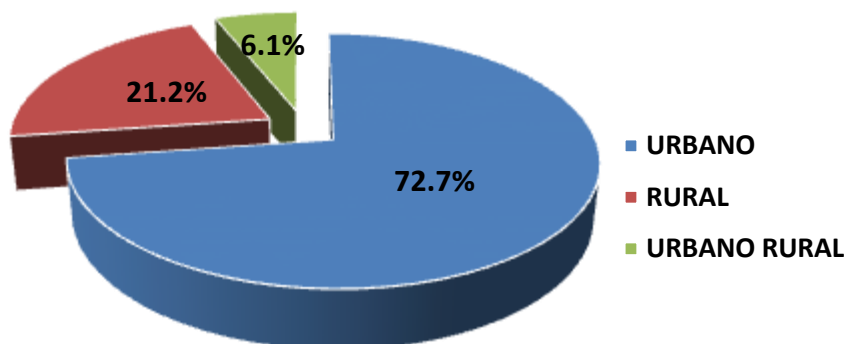
De la tabla y gráfico 04, podemos concluir que de 33 mujeres a las que se les practicó parto vaginal a pesar del antecedente de cesárea en un parto previo y sumado a esto un periodo intergenésico corto, 1 (3%) tenía un negocio propio; 2 (6.1%) trabajaban como profesionales, y 30 (90.9%), eran amas de casa, no hubo ningún caso de obrera.

5. Procedencia

Tabla 05: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según procedencia en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
URBANO	24	72.7%
RURAL	7	21.2%
URBANO RURAL	2	6.1%
Total	33	100.0

Gráfico 05: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según procedencia en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014

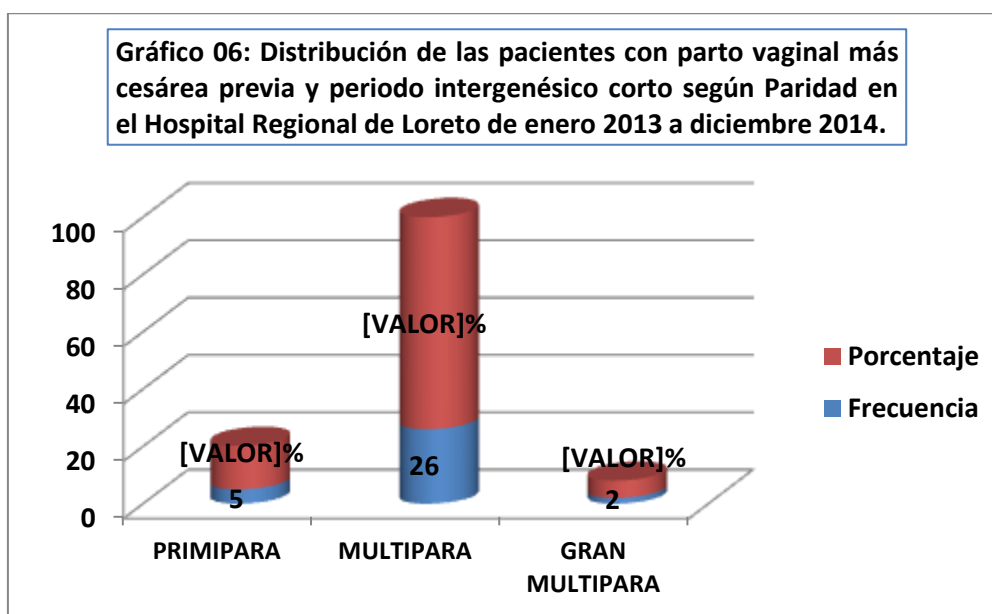


De la tabla y gráfico 05, se puede concluir que de 33 mujeres a las que se les practicó parto vaginal a pesar del antecedente de cesárea en un parto previo y sumado a esto un periodo intergenésico corto, 2 (6.1%) procedían de zonas urbano rural, 7 (21.2%) procedían de zonas rurales de la región; y la mayoría, 24 (72.7%) provenían de zonas urbanas de la ciudad de Iquitos.

6. Paridad

Tabla 06: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según paridad en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
PRIMIPARA	5	15.2
MULTIPARA	26	78.8
GRAN MULTIPARA	2	6.1
Total	33	100.0



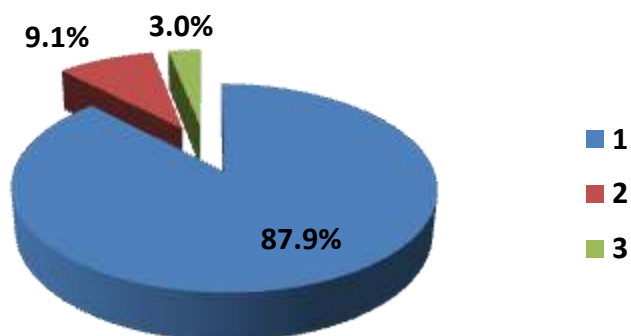
De la tabla y gráfico 06, podemos concluir que de 33 mujeres a las que se les practicó parto vaginal a pesar del antecedente de cesárea en un parto previo y sumado a esto un periodo intergenésico corto, 5 (15.2%) tenía un negocio propio; 2 (6.1%) eran obreras, y 30 (90.9%), eran amas de casa.

7. Número de Cesáreas Previas

Tabla 07: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según Número de cesáreas previas en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

N° cesáreas Previas	Frecuencia	Porcentaje
1	29	87.9
2	3	9.1
3	1	3.0
Total	33	100.0

Gráfico 07: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según Número de cesáreas previas en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.



De la tabla y gráfico 07, podemos concluir que de 33 mujeres a las que se les practicó parto vaginal a pesar del antecedente de cesárea en un parto previo y sumado a esto un periodo intergenésico corto, 1 (3%) tenía el antecedente de tres cesáreas previas; 3 (9.1%) tenían el antecedente de 2 cesáreas previas, y la mayoría, 29 (87.9%), presentaban solo un parto por cesárea como antecedente previo al parto vaginal.

B. Efectos maternos

Tabla 08: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según efectos maternos en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

EFFECTOS MATERNOS		Frecuencia	Porcentaje
HEMORRAGIA POSTPARTO	SI	2	6.1
	NO	31	93.9
	Total	33	100.0
TRAUMA OBSTÉTRICO	SI	11	33.3
	NO	22	66.7
	Total	33	100.0
ROTURA UTERINA	SI	0	0.0
	NO	33	100.0
	Total	33	100.0
INFECCION PUERPERAL	SI	0	0.0
	NO	33	100.0
	Total	33	100.0
MUERTE MATERNA	SI	0	0.0
	NO	33	100.0
	Total	33	100.0

En la tabla 08, se muestran los efectos maternos de las pacientes a las que se les practicó parto vaginal a pesar del antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto, donde observamos que 02 (6.1%) presentaron hemorragia postparto, 11 (33.3%), presentaron algún tipo de trauma obstétrico, la mayoría desgarros perineales de bajo grado, dos de ellos con desgarramiento de cuello uterino; se presentó 03 (9.1%) casos de retención de placenta que requirieron extracción manual. Podemos observar que no se presentó ningún caso de rotura uterina, ni infección puerperal ni muerte materna.

C. Efectos Perinatales

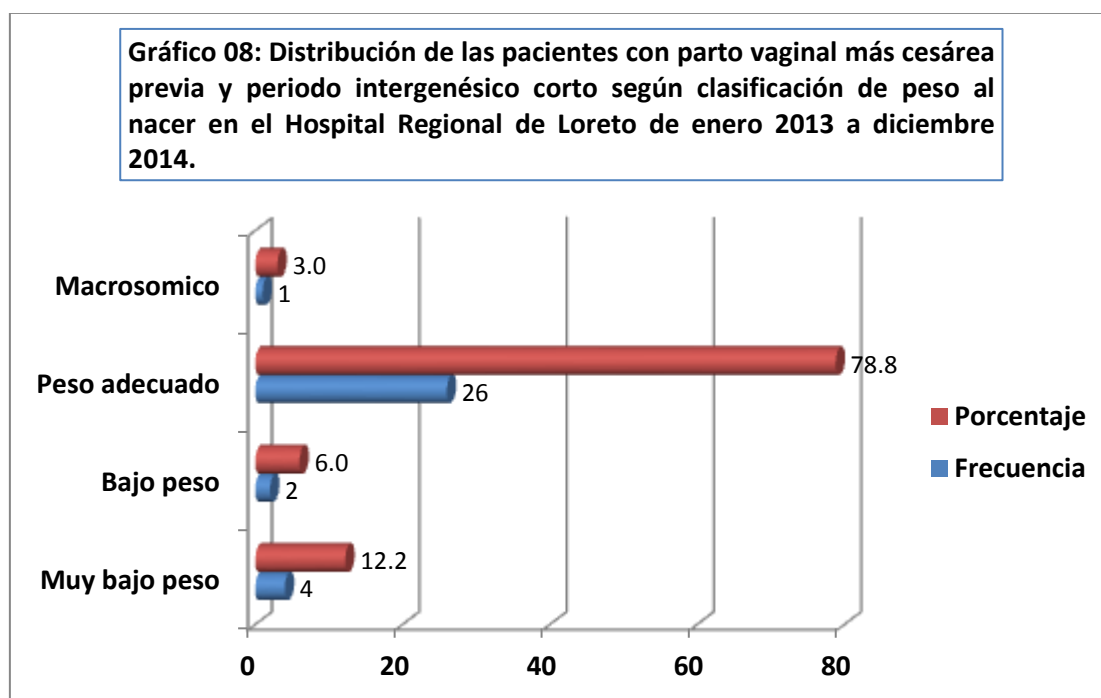
Tabla 09: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según efectos perinatales en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

EFECTOS PERINATALES		Frecuencia	Porcentaje
BAJO PESO	SI	6	18.2
	NO	27	81.8
	Total	33	100.0
APGAR BAJO	SI	2	6.1
	NO	31	93.9
	Total	33	100.0
ASFIXIA NEONATAL	SI	2	6.1
	NO	31	93.9
	Total	33	100.0
MUERTE NEONATAL	SI	2	6.1
	NO	31	93.9
	Total	33	100.0

En la tabla 09, se muestran los efectos perinatales de las pacientes a las que se les practicó parto vaginal a pesar del antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto, donde observamos que 2 (6.1%), presentaron APGAR bajo y Asfixia neonatal, y el mismo número de muertes neonatales; 6 (18.2%), presentaron bajo peso al nacer. Cabe mencionar que se observó 7 (21.2%) casos de parto prematuro; también que en el Hospital Regional de Loreto las atenciones en este tipo de pacientes de alto riesgo tanto obstétrico como pediátrico fueron vistas por médicos y residentes especializados en atención de la madre y del recién nacido en los casos que se presentó desgarro de cuello uterino y retención placentaria así como APGAR bajo o asfixia neonatal.

Tabla 10: Distribución de las pacientes con parto vaginal más cesárea previa y periodo intergenésico corto según clasificación de peso al nacer en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

PESO AL NACER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy bajo peso	4	12.2
Bajo peso	2	6.0
Peso adecuado	26	78.8
Macrosómico	1	3.0
Total	33	100.0



De la tabla 10 y gráfico 08, podemos concluir que de los 33 partos vaginales a pesar del antecedente de cesárea en un parto previo y sumado a esto un periodo intergenésico corto, 4 (12.2%) presentaron muy bajo peso al nacer, 2 (6%) presentó un bajo peso al nacer, solo tuvimos un caso de macrosómico, y la mayoría 26 (78.8%) presentaron peso adecuado para la edad.

D. Asociación de variables

Tabla 11: Asociación entre la asfixia neonatal y muerte neonatal en parto vaginal con cesárea previa y periodo intergenésico corto en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

ASFIXIA NEONATAL	MUERTE NEONATAL		TOTAL
	SI	NO	
SI	1	1	2
	50.0%	50.0%	100.0%
NO	1	30	31
	3.2%	96.8%	100.0%
TOTAL	2	31	33
	6.1%	93.9%	100.0%

$\text{Chi}^2 = 7.2$ y $p = 0.007$

En la tabla 11, se muestra la asociación entre la asfixia neonatal y muerte neonatal, donde podemos observar que de los dos casos de asfixia neonatal uno de ellos murió, además se puede observar que la asfixia neonatal está asociada estadísticamente significativa a la muerte neonatal ($\text{Chi}^2 = 7.2$ y $p = 0.007$).

Tabla 12: Asociación entre bajo peso al nacer y muerte neonatal en parto vaginal con cesárea previa y periodo intergenésico corto en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

BAJO PESO AL NACER	MUERTE NEONATAL		TOTAL
	SI	NO	
SI	2	4	6
	33.3%	66.7%	100.0%
NO	0	27	27
	0.0%	87.1%	81.8%
TOTAL	2	31	33
	6.1%	93.9%	100.0%
Chi ² = 9.58 y p= 0.002			

En la tabla 12, se muestra la asociación entre bajo peso al nacer y muerte neonatal, donde podemos observar que de los 6 casos de bajo peso al nacer, 2 de ellos murieron, haciendo el 33.3% de los casos de bajo peso, además se puede observar que el bajo peso al nacer está asociada estadísticamente significativa a la muerte neonatal (Chi²= 9.58 y p= 0.002).

Tabla 13: Asociación entre paridad y trauma obstétrico en mujeres que tuvieron parto vaginal con cesárea previa y periodo intergenésico corto en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

PARIDAD	TRAUMA OBSTETRICO		TOTAL
	SI	NO	
PRIMIPARA	4	1	5
	80.0%	20.0%	100.0%
MULTIPARA	6	20	26
	23.1%	76.9%	100.0%
GRAN MULTIPARA	1	1	2
	50.0%	50.0%	100.0%
TOTAL	11	22	33
	33.3%	66.7%	100.0%
Chi ² = 6.4 y p= 0.04			

En la tabla 13, se muestra la asociación entre paridad y trauma obstétrico, donde podemos observar que de los 11 casos de trauma obstétrico, 4 eran primíparas, 6 multíparas y solo una gran multípara; además se puede observar que la paridad está asociada estadísticamente significativa a la presencia de trauma obstétrico en mujeres con parto vaginal a pesar del antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto (Chi²= 6.4 y p= 0.04).

8. DISCUSIONES

El parto vaginal después de una cesárea previa y periodo intergenésico corto, es un evento poco habitual en el Hospital Regional de Loreto; por lo que ocurre en casos donde la paciente llega en periodo expulsivo y no da mucho tiempo para programar una cesárea itinerante o de emergencia. La tasa de prevalencia de partos en cesareadas anteriores con periodo intergenésico corto fue de 8.6 x 1000 partos vaginales para este periodo de tiempo.

La mayoría de los casos de parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto se presenta en mujeres de edades entre 26 a 30 años, con una media de 27.5 años; similar a lo reportado por HUERTAS-TACCHINO (2010); et al quien demostró que más del 78% tenían edades de entre 20 a 35 años, solo 3% eran menores de 20 años; SÁNCHEZ G, Et al, (2003); también reportó resultados similares ya que estudió a mujeres de edades entre 19 y 42 años de edad con una media de 28.76 años.

El parto vaginal con antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto se presenta con mayor frecuencia en mujeres multíparas que presentan el antecedente de solo una cesárea previa. Este resultado no coincide con lo reportado por HUERTAS-TACCHINO (2010); et al, quien demostró que el 73% se presentó en primíparas, sin embargo si coincidimos con el número de antecedentes de cesárea previa.

En cuanto a las complicaciones maternas, se encontró que 2 (6.1%) presentaron hemorragia postparto, 11 (33.3%), presentaron algún tipo de trauma obstétrico, la mayoría desgarros perineales de bajo grado, dos de ellos con desgarrro de cuello uterino; no se presentó ningún caso de rotura uterina, ni infección puerperal ni muerte materna; este resultado concuerda con lo demostrado por

HUERTAS-TACCHINO (2010); et al, quien no encontró rotura uterina, histerectomía, hemorragia posparto, ni muertes maternas en su estudio, pero discrepa con los resultados de hemorragia postparto ya que en este estudio si se identificaron dos casos. TAYLOR; LK (2005) et al; en un estudio analítico de corte transversal, demostró que un parto vaginal en cesareadas anteriores están asociados a la presencia de rotura uterina, histerectomía, hemorragia post parto, infección, extracción manual post parto; estos resultados concuerdan con nuestro estudio ya que identificamos 2 casos de hemorragia postparto y 3 casos de extracción manual de placenta. Otro estudio realizado por AISIEN, AO Y ORONSAYE, AU (2004); manifestó que la principal morbilidad después del parto vaginal fue la rotura uterina (1,5%) y la histerectomía (0,8%); además de una muerte materna.

En cuanto a los efectos perinatales, tuvimos 2 casos de muerte neonatal, el mismo número de asfixia neonatal y Apgar bajo; sin embargo se tuvo 6 casos de bajo peso al nacer de los cuales 4 eran de muy bajo peso al nacer, un caso de macrosómico. Estos resultados no concuerdan con lo demostrado por HUERTAS-TACCHINO (2010); et al; quien, afirma que no hubo casos de muerte intraútero anteparto o intraparto, Ápgar menor de 7 a los 5 minutos, ni muertes neonatales, en ninguno de los dos grupos de su estudio.

En cuanto a la asociación de variables, la muerte neonatal estuvo relacionada a la asfixia neonatal ($\text{Chi}^2= 7.2$ y $p= 0.007$) y al bajo peso al nacer ($\text{Chi}^2= 9.58$ y $p= 0.002$; mientras que el trauma obstétrico estuvo relacionado a la paridad ($\text{Chi}^2= 6.4$ y $p= 0.04$). al respecto DOMÍNGUEZ, L; Et al. (2005); en Panamá demostró que la muerte perinatal y prematuridad presentaron un Asociación significativa (OR: 3,49; IC del 95%, 1,4-8,8).

9. CONCLUSIONES

- La mayoría de los casos de parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto se presenta en mujeres de edades entre 26 a 30 años, con una media de 27.5 años.
- El parto vaginal con antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto se presenta con mayor frecuencia en mujeres convivientes, que culminaron la secundaria, que en la actualidad se dedican a ser amas de casa y que provienen de zonas urbanas de la ciudad de Iquitos.
- Además es más frecuente en mujeres multíparas que presentan el antecedente de solo una cesárea previa.
- En cuanto a los efectos maternos, no presentaron ningún caso de rotura uterina, ni infección puerperal tampoco se tuvo ningún caso de muerte materna; solo encontramos 2 casos de hemorragia post parto, sin embargo tuvimos una alta tasa de traumas obstétricos, 11 en total, haciendo el 33.3% de los casos de parto vaginal en cesareadas anteriores y periodo intergenésico corto atendidas en el Hospital regional de Loreto.
- En lo concerniente a los efectos perinatales, tuvimos 2 casos de muerte neonatal, el mismo número de asfixia neonatal y Apgar bajo; sin embargo se tuvo 6 casos de bajo peso al nacer de los cuales 4 eran de muy bajo peso al nacer, un caso de macrosómico.
- En cuanto a la asociación de variables, la muerte neonatal estuvo relacionada a la asfixia neonatal ($\text{Chi}^2= 7.2$ y $p= 0.007$) y al bajo peso al nacer ($\text{Chi}^2= 9.58$ y $p= 0.002$; mientras que el trauma obstétrico estuvo relacionado a la paridad ($\text{Chi}^2= 6.4$ y $p= 0.04$).

10. RECOMENDACIONES

- Las atenciones de los partos vaginales en pacientes gestantes cesareadas anteriores debe ser manejada por profesional de salud capacitado que pueda prevenir posibles efectos maternos, como traumas obstétricos que se identificó en este estudio y sus complicaciones como hemorragia post parto.
- Protocolizar la presencia de un profesional de salud capacitado y un equipo especializado en reanimación neonatal para manejar oportuna y satisfactoriamente la presencia de asfixia neonatal, ya que esta complicación se identificó en el presente estudio y demostró estar asociado a la muerte neonatal.
- Concientizar al personal asistencial de la importancia de reconocer a las gestantes con antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto, antes y durante la labor de parto vaginal. Así como también identificar y concientizar a las gestantes con antecedentes de cesárea previa de la importancia del control prenatal, así poder hacer un adecuado seguimiento, para prevenir los partos prematuros y de bajo peso al nacer ya que estas variables están asociadas a la muerte neonatal en este tipo de pacientes.
- Recomendar a los próximos interesados en el presente tema de investigación que tomen como antecedente el presente estudio, lo realicen en tipo prospectivo y que sea en tres años, para que la población y muestra sea mayor a lo encontrado, además que se considere agregar las variables motivo de cesárea anterior, quien atendió el parto, retención placentaria y prematuridad.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ BELIZÁN JT. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *British Medical Journal*. 1999; 319 (11): 66-73.
- ² PACHECO, JR. Parto después de cesárea. En *Ginecología y Obstetricia*. Editorial Mad Corp SA, 1ra edición; Lima: 1999.
- ³ JAVIER VÁSQUES VÁSQUEZ. Cesárea anterior. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Editorial Tierra Nueva Editores. 4° edición, Julio 2011. Pág. 181.
- ⁴ CUNNINGHAM, G, GANT N, LEVENO K, GILSTRAP L, HAUT K, WENSTROM K. Parto por cesárea e histerectomía posparto; *En Williams Obstetricia*; 21ª edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires – Argentina 2002; 463 – 485.
- ⁵ MAC DORMAN MF, MENACKER F, DECLERCQ E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. *Clin Perinatol* 2008; 35:293–307.
- ⁶ SPONG CY, LANDON MB, GILBERT S, ROUSE DJ, LEVENO KJ, et al. Risk of uterine rupture and adverse perinatal outcome at term after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2007; 110:801–7.
- ⁷ AISIEN AO, ORONSAYE AU. Vaginal birth after one previous caesarean section in a tertiary institution in Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24(8): 886 – 90.
- ⁸ MACONES GA, PEIPERT J, NELSON DB, ODIBO A, STEVENS EJ, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193(5): 1656 - 62.
- ⁹ JOSÉ C. PACHECO ROMERO. Parto Eutócico. *Manual de Obstetricia*. Editorial R&F Publicaciones y Servicios S.A.C. 6° Edición. Lima, Perú, 2011. Pág. 125.

-
- ¹⁰ ALLER AJ, PAGES QG. Cesárea y Parto Vaginal. En *Obstetricia Moderna*. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 3ra. Edición; Caracas: 1999.
- ¹¹ OP CIT. 2. Pág. 181
- ¹² GRINSTEAD J, GROBMAN W. Induction of labor after one prior cesarean: Predictors of vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2004;103:534-8.
- ¹³ Op CIT. 1. Pág. 463 – 485.
- ¹⁴ MAC DORMAN MF, MENACKER F, DECLERCQ E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. *Clin Perinatol* 2008; 35:293– 307.
- ¹⁵ PAHO. Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales. *Rev Panam Salud Pública* 2007;21:251.
- ¹⁶ ACOSTA JM. Parto Vaginal posterior a Cesárea. *Ginecología y Obstetricia*. 1995; 42(41): 70-5.
- ¹⁷ RAMÍREZ J, GATICA H. Vía de culminación de la gestación de la paciente con el de parto vaginal en pacientes cesareada anterior en HNDMNSHB. Enero – diciembre 2001. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Julio – 2002, Lima – Perú.
- ¹⁸ HUERTAS-TACCHINO, E; POCCO-HINOSTROZA, DJ. Prueba De Trabajo De Parto En Cesareada Anterior. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2010; 56: 284-288. [online]
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_56n4/pdf/a07v56n4.pdf>
- ¹⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas Mundiales Sanitarias; Ginebra: OMS; 2008.
- ²⁰ GAITÁN LÓPEZ, HL; TORRES HENRÍQUEZ, JL; VENTURA MILIAN, AJ; GONZÁLEZ BRAN, JR; MALDONADO BERDUCIDO, OH; ET AL. Factores

De Riesgo Asociados Al Período Intergenésico Corto En Mujeres En Edad Fértil. Tesis Para Optar El Título De Médico Cirujano. Universidad De San Carlos De Guatemala. [online]
<http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8720.pdf>

- ²¹ SMITH GC, PELL JP, CAMERON AD, DOBBIE R. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA* 2002; 287: 2684–90.
- ²² RODRIGO SÁNCHEZ G; HANTZ I ORTIZ O; ALBERTO CHÁVEZ M. Parto Vaginal En Pacientes Con Antecedente De Una Cesárea Previa. *Rev Fac Med UNAM* Vol.46 No.1 Enero-Febrero, 2003. [online]
<<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-1/RFM46107.pdf>>
- ²³ OP CIT. 13. Pág. 284-288
- ²⁴ TAYLOR LK, SIMPSON JM, ROBERTS C, OLIVE EC, HENDERSON-SMART DJ. Risk of complications in a second pregnancy following caesarean section in the first pregnancy: a population-based study. *Med J Aust* 2005; 183(10): 515–9.
- ²⁵ OPCIT 7. Pag. 886 – 90.
- ²⁶ OP CIT. 15
- ²⁷ DOMÍNGUEZ, L; VIGIL DE GRACIA, P; El Intervalo Intergenésico: Un Factor De Riesgo Para Complicaciones Obstétricas Y Neonatales. *Clin Invest Gin Obst.* 2005;32(3):122-6.[online]
<http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13076837&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=7&ty=125&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=7v32n03a13076837pdf001.pdf>

-
- ²⁸ RODRIGO SÁNCHEZ G, HANTZ I ORTIZ O, ALBERTO CHÁVEZ M. Parto Vaginal En Pacientes Con Antecedente De Una Cesárea Previa; Rev Fac Med UNAM Vol.46 No.1 Enero-Febrero, 2003. [online] <<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-1/RFM46107.pdf>>
- ²⁹ CUERO VIDAL, OL, CLAVIJO PRADO, CA; Parto Vaginal Después De Una Cesárea Previa, Hospital San Juan De Dios, Caliv(Colombia). Estudio De Cohorte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 2 • Abril-Junio 2011 • (148-154) [online] <http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol62No2_Abril_Junio_2011/v62n2a05.pdf>

ANEXO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Efectos maternos perinatales del parto vaginal en cesareada anterior con periodo intergenésico corto; Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.

Características Demográficas

1. Edad:..... años.
2. Estado civil: a. Casada () ; c. Soltera () ;
 b. Conviviente () ; d. Viuda () .
3. Grado de instrucción:
 a. Primaria () c. Secundaria ()
 b. Superior no universitario () d. Superior Universitario ()
4. Ocupación:
 a. Negocio propio() c. Profesional ()
 b. Obrero () d. Ama de Casa ()
5. Procedencia:
 a. Urbano () c. Urbano rural ()
 b. Rural () .
6. Paridad:
 a. Primípara () c. Gran Multípara ()
 b. Multípara ()
7. Número de cesáreas previas:

Variable Independiente

8. Parto vaginal en cesareada anterior y periodo intergenésico corto: Si () ; No ()

VARIABLES Dependientes:

A. Efectos Maternos

9. Rotura uterina: Si () ; No ()
10. Hemorragia post parto: Si () ; No ()
11. Trauma obstétrico: Si () ; No ()
12. Infección puerperal: Si () ; No ()
13. Muerte Materna: Si () ; No ()

B. Efectos Neonatales

14. Peso al nacer:..... gramos; Edad Gestacional: Semanas

-
- a. Adecuado para edad gestacional()
 - b. Pequeño para edad gestacional()
 - c. Muy pequeño para edad gestacional()
 - d. Extremadamente pequeño para edad gestacional()
15. Apgar bajo: Si (); No ()
16. Asfixia neonatal: Si (); No ()
17. Muerte neonatal: Si (); No ()