



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**RELACIÓN ENTRE PERIODO INTERGENÉSICO CORTO Y
COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DURANTE EL TRABAJO DE
PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA
AUXILIADORA, 2016**

TESIS PRESENTADO POR:

BACHILLER: RAMOS MANCILLA, GABRIELA

PARA OPTAR:

TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

LIMA-PERÚ

2017

ÍNDICE

	Pág.
PÁGINAS PRELIMINARES	ii
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	1
1.2 Delimitación de la investigación	3
1.3 Formulación del Problema	4
1.3.1 Problema principal	4
1.3.2 Problemas secundarios	4
1.4 Objetivos de la investigación	5
1.4.1 Objetivo general	5
1.4.2 Objetivos específicos	5
1.5 Hipótesis	5
1.5.1 Hipótesis general	5
1.5.2 Hipótesis secundarias	6
1.5.3 Identificación y clasificación de variables e indicadores	6
1.6 Diseño de la investigación	7
1.6.1 Tipo de investigación	7
1.6.2 Nivel de la investigación	8
1.6.3 Método	8
1.7 Población y muestra	8
1.7.1 Población	8
1.7.2 Muestra	8
1.8 Técnicas e instrumentos	10
1.8.1 Técnicas	10
1.8.2 Instrumentos	10
1.9 Justificación	13

CAPÍTULO II	MARCO TEÓRICO	15
2.1	Fundamentos teóricos de la investigación	15
2.1.1	Antecedentes del estudio	15
2.1.2	Bases teóricas	22
2.1.3	Definición de términos	33
CAPÍTULO III.	PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y	
	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	35
3.1	Presentación de resultados	35
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados	52
CAPÍTULO IV.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
4.1	Conclusiones	55
4.2	Recomendaciones	56
	FUENTES DE INFORMACIÓN	57
	ANEXOS	61
	Matriz de consistencia	61
	Instrumentos de recolección de datos	62

Dedico este trabajo especial a
mis padres, hermanos, padrino
y a mi novio por ser las
personas más importantes en
mi vida y todo mis logros son
para ellos, gracias por su
apoyo incondicional. Los amo.

Agradezco a Dios por la vida,
por todo lo que me da y por lo
que me permite realizar, a mis
padres que gracias a ellos soy
profesional, gracias por su
amor, apoyo incondicional y
perseverancia, agradezco a
mi asesora Luisa Parra por su
dedicación y enseñanza.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de determinar la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones materno perinatales en el trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016. **Material y método:** El estudio fue no experimental, retrospectivo, correlacional, cuantitativa y transversal. Se evaluaron 252 historias clínicas de mujeres que tuvieron parto en el año 2016, 126 de ellas con periodo intergenésico corto y 126 con periodo intergenésico adecuado. Para determinar la relación entre las variables se utilizó la prueba Chi-cuadrado. Entre los **resultados** del estudio, se observó que la edad media de las parturientas con periodo intergenésico corto fue 30,1 años; en su mayoría eran convivientes (72,2%), con nivel de instrucción secundaria completa (78,6%) y amas de casa (90,5%). Por otro lado, la edad media de las parturientas con periodo intergenésico adecuado fue de 28,4 años, en su mayoría eran convivientes (80,2%), con nivel de instrucción secundaria completa (80,2%) y amas de casa (91.3%). El periodo intergenésico corto no se relacionó con complicaciones en los periodos de dilatación y alumbramiento, sin embargo, se relacionó significativamente con complicaciones en la fase del expulsivo: desgarro perineal ($p=0,012$) y con las complicaciones neonatales: Apgar bajo ($p=0,038$) y bajo peso al nacer ($p=0,018$). La **conclusión** a la que se le llegó fue que el periodo intergenésico corto se relacionó significativamente con el desgarro perineal, el Apgar bajo y el bajo peso al nacer.

PALABRAS CLAVES: Periodo intergenésico, complicaciones materno-perinatales, trabajo de parto, periodo expulsivo.

ABSTRACT

This study was planned **in order to** determine the relationship between short birth period and perinatal maternal complications in labor in the “Hospital María Auxiliadora”, 2016. **Material and method:** The study was non-experimental, retrospective, relational, quantitative and cross-sectional. A total of 252 clinical records of parturients were evaluated, 126 of them with a short intergenic period and 126 with an adequate intergenic period. Chi-square test was used to determine the relationship between the variables. Among the **results** of the study, It was observed that the mean age of the parturients with short intergenic period was 30.1 years; the majority were cohabiting (72.2%), with complete secondary education (78.6%) and housewives (90.5%). On the other hand, the average age of the parturients with an adequate intergenic period was 28.4 years; the majority were cohabiting (80.2%), with complete secondary education (80.2%) and housewives (91.3%). The short intergenic period was not related with complications of dilatation or childbirth; however, it was significantly related to the complication of the expulsive: perineal tear ($p = 0.012$) and neonatal complications: low Apgar ($p = 0.038$) and low birth weight ($p = 0.018$). The **conclusion** reached was that the short intergenic period was significantly related to perineal tear, low Apgar and low birth weight.

KEY WORDS: Intergenic period, maternal-perinatal complications, labor, expulsive period.

INTRODUCCIÓN

El periodo intergenésico es comprendido como el tiempo entre el nacimiento de un hijo hasta el inicio del próximo embarazo. Por consiguiente se considera un embarazo con riesgo a aquel que ha iniciado en menos de 24 meses de espacio con el parto anterior. Al respecto existen investigaciones que recomiendan que la madre espere al menos 24 meses como mínimo entre un embarazo y otro, con el objetivo de reducir la aparición de complicaciones materno y perinatales, aunque estas investigaciones también sugieren que un tiempo mayor a 48n meses suele ser igual de perjudicial para el binomio madre feto. Dichas complicaciones abarcan el parto pretérmino, hemorragias durante o después del parto, muerte neonatal, Apgar bajo y restricción del crecimiento intrauterino entre otras.

Por otro lado existen estudios que mencionan que las mujeres con intervalos intergenésicos cortos contemplan mayor tendencia de haber sufrido complicaciones en su primer embarazo. Del mismo modo se han identificado algunas variables sociodemográficas como factores de riesgo para un embarazo con periodo intergenésico corto. Si un embarazo se produjera durante los primeros meses luego de un parto, obviamente los riesgos tanto para la madre y el feto se acentuarían pues una mujer en esta situación tiene más probabilidades de que finalice su embarazo antes de la primera mitad del embarazo.

Es importante considerar el intervalo entre embarazos, pues permite a la madre recuperarse después de un evento obstétrico, que por su misma naturaleza ha sido traumático. Finalmente la información que relacione un periodo intergenésico corto y las complicaciones materno-perinatales específicamente durante el parto son escasas lo que motiva el desarrollo de la presente investigación.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En los últimos años, se ha observado una importante vigilancia en la situación de la salud materna y la determinación de la mortalidad materna y perinatal como un indicador de impacto. A pesar que las cifras se han reducido entre los años 1990 y 2010 en un 47% a nivel mundial; al ritmo actual, la mayoría de regiones en desarrollo no alcanzaron las metas marcadas por el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 para el 2015. Para Latinoamérica y el Caribe la reducción observada entre este periodo es de 43% (de 130 a 72 muertes maternas por cien mil nacidos vivos) y en el caso del Perú se ha reducido en 65% desde el año 1990 al 2011 con una razón de muerte materna de 265 a 93 defunciones por cien mil nacidos vivos, según la última estimación realizada por la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2010.⁽¹⁾

La salud materna es evaluada mediante indicadores que expresan el estado de salud de un país; los responsables de mantener estos valores dentro de rangos aceptables son las organizaciones o instituciones que se encargan de la salud en el Perú –tanto a nivel nacional como internacional-; esto a través de la organización y el desarrollo de programas y estrategias para la atención oportuna de la salud en la población, en este caso específico- de la madre y el neonato.

Una de estas estrategias es la promoción de un espaciamiento adecuado entre los embarazos adecuado a través de los programas de planificación familiar.⁽²⁾

Actualmente, se cuenta con un sistema primario de salud estructurado, al que pueden acudir las diferentes poblaciones para llevar un adecuado control. Sin embargo, la falta de difusión de información conjuntamente con la poca motivación hace que la población no acceda eficientemente a estos programas y estrategias promovidas por el Estado.⁽³⁾

Un adecuado periodo intergenésico es importante porque le permite a la mujer recuperarse de un evento obstétrico (aborto o parto). Según la Organización Mundial de la Salud, después del parto de un recién nacido vivo el intervalo recomendado hasta la siguiente concepción no debe ser menor de los 24 meses, con la finalidad de reducir el riesgo de desenlaces adversos tanto en la madre como para el futuro niño, en igual forma la misma recomendación será para un aborto espontáneo o inducido, la recomendación es por lo menos seis meses.⁽⁴⁾

Este intervalo puede condicionar la salud de las madres y los recién nacidos, si es corto afecta su sobrevivencia, pues tener nacimientos próximos no permite una recuperación biológica y fisiológica lo que provoca que el nuevo embarazo se de en condiciones riesgosas, una prueba de ello es que las mujeres con periodo corto poseen mayor riesgo de desnutrición.⁽⁵⁾

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011, el 32,6% de los nacimientos ocurrieron sin un espaciamiento adecuado; es decir, menos de 36 meses luego del nacimiento anterior. Además, señala que los mayores niveles de espaciamiento se encuentran entre las mujeres del quintil superior de riqueza (65,2 meses) y la más baja, entre las mujeres del quintil inferior de riqueza (37,5 meses).⁽⁶⁾

Investigaciones realizadas en América Latina encontraron que mujeres con cortos periodos entre embarazos tienen mayor riesgo de complicaciones como parto pre término, diabetes gestacional, desprendimiento prematuro de placenta, muerte neonatal y restricción del crecimiento intrauterino entre otros.⁽⁷⁾ Un estudio ecuatoriano, realizado por Barahona A, y Marín M.⁽⁵⁾ señala que cuando

se presenta un periodo entre embarazos menor a los 24 meses existe la posibilidad de presentar con más frecuencia inversión uterina y hemorragia postparto.

Ante la pregunta ¿Por qué los intervalos cortos entre embarazos implican riesgo para la madre y el neonato?, la respuesta se sustenta en las hipótesis de agotamiento físico y psicológico de la madre entre otras causas. Una gestante con periodo intergenésico corto indica que ha tenido un insuficiente período de recuperación para que se restauren sus sustentos nutricionales, en consecuencia, que su útero sirva como ambiente adecuado para acoger al nuevo producto y permita su correcto desarrollo.

Otro punto fundamental es el agotamiento emocional y psicológico que es provocado por el cuidado que se dedica a un niño de corta edad, el cual se vería reflejado en el crecimiento del feto o la duración del siguiente embarazo. También refleja una crítica al sistema de salud, ya puede ser consecuencia de falta de información impartida a la población sobre métodos de planificación familiar.⁽³⁾

Ante lo mencionado es importante evaluar si existe relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones materno perinatales en el trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación Espacial: La investigación se llevó a cabo en el Hospital María Auxiliadora.

1.2.2 Delimitación Temporal: El periodo estudio fue el año 2016, teniendo en cuenta que la recolección de los datos tuvo un tiempo aproximado de dos meses y el desarrollo del estudio se desarrolló en aproximadamente seis meses.

1.2.3 Delimitación Social: La población objeto de estudio son las pacientes atendidas en Hospital María Auxiliadora.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones materno perinatales en el trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016?

1.3.2 Problemas Secundarios

- ¿Cuál es la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo de dilatación del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016?
- ¿Cuál es la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo expulsivo del trabajo de parto?
- ¿Cuál es la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo de alumbramiento del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016?
- ¿Cuál es la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones neonatales en el Hospital María Auxiliadora, 2016?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones materno perinatales en el trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo de dilatación del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016.
- Identificar la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo expulsivo del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016.
- Identificar la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo de alumbramiento del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016.
- Identificar la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones neonatales en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis general: Existe relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones materno perinatales en el trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

1.5.2 Hipótesis secundarias:

- Existe relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo de dilatación del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016.
- Existe relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo expulsivo del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016.
- Existe relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo de alumbramiento del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016.
- Existe relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones neonatales en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

1.5.3 Identificación y clasificación de variables e indicadores

- Período intergenésico corto
- Complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto.

Definición conceptual de la variable

Período intergenésico corto: espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo.

Complicaciones materno-perinatales durante el trabajo de parto: Características que afectan la salud de la parturienta y del recién nacido.

Definición operacional de la variable

Período intergenésico corto: espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo de las parturientas atendidas en el Hospital María Auxiliadora.

Complicaciones materno-perinatales durante el trabajo de parto: Características que afectan la salud de la madre y del recién nacido, atendidos en el Hospital María Auxiliadora.

Operacionalización de la variable

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
PERÍODO INTERGENÉSICO CORTO	_____	- Intervalo intergenésico < 24 meses.
COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	Periodo de dilatación	- Fase activa prolongada. - Detención de la dilatación. - Detención del descenso. - Rotura uterina
	Periodo expulsivo	- Expulsivo prolongado. - Desgarro vaginal. - Desgarro perineal. - Lesión de cuello uterino. - Cesárea de emergencia.
	Periodo de alumbramiento	- Atonía uterina. - Inversión uterina. - Retención de placenta. - Retención de restos placentarios.
	Neonatales	- Apgar ≤ 7 - Bajo peso al nacer - Muerte perinatal

1.6 Diseño de la investigación

1.6.1 Tipo de investigación

La presente investigación fue correlacional, cuantitativa, retrospectiva, de corte transversal y no experimental.

- **Cuantitativa:** Porque se trabajó con datos e información numérica.

- **Retrospectivo:** Porque la obtención de los datos fue anterior a la planificación del estudio.
- **Transversal:** Porque la recolección de los datos fue en un solo momento.
- **Correlacional:** Porque tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos.
- **No experimental:** Porque no se manipularon deliberadamente o intencionalmente las variables de estudio.

1.6.2 Nivel de la investigación

En función a su nivel, la investigación fue aplicada, porque cumplió el propósito fundamental resolver problemas; es decir buscó la generación de conocimiento con aplicación directa a los problemas de investigación.

1.6.3 Método

Cuantitativo, porque se valió de números para analizar la información con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

1.7 Población y muestra

1.7.1 Población:

538 pacientes con periodo intergenésico corto atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el 2016.

Unidad de análisis: Pacientes con período intergenésico corto atendida en el Hospital María Auxiliadora durante el 2016.

1.7.2 Muestra:

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para población finita (o conocida), en la que se consideró una prevalencia máxima del 50%, un nivel de confianza del 95% y error de precisión del 7.7%. El tamaño de muestra obtenido mediante dicha fórmula fue de 126 pacientes con periodo intergenésico

corto (Grupo de estudio), y para mantener una relación 1 a 1, el Grupo Comparativo fue de 126 pacientes sin periodo intergenésico corto (adecuado).

Para el cálculo de la muestra con población finita o conocida se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q * N}{(N - 1) d^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Dónde:

Tamaño de población: N=538

Nivel de Confianza (95%): $Z_{\alpha}=1.96$

Proporción a favor: $p=0.50$

Proporción en contra: $q=0.50$

Error de precisión: $d=0.077$

Reemplazando: **n = 126**

Tipo y técnica de muestreo

El tipo de muestreo fue probabilístico. Para la selección de la muestra se identificaron las historias clínicas de los partos con periodo intergenésico corto y adecuado según el periodo de estudio, luego se seleccionaron las historias clínicas de forma aleatoria según el tamaño de muestra asignado para cada grupo.

Criterios de inclusión

- Pacientes cuya atención de parto fue en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión

- Paciente con historia clínica incompleta e ilegible
- Paciente con gestación múltiple.

- Pacientes nulíparas
- Paciente referida a otro hospital.

1.8 Técnicas e instrumentos

1.8.1 Técnicas

La técnica para la presente investigación fue documental, ya que se revisaron las historias clínicas de los partos atendidos en el Hospital María Auxiliadora con periodo intergenésico corto durante el periodo de estudio.

Dentro de las tareas para la realización del estudio se tuvieron las siguientes:

- Se solicitó la autorización al Director del Hospital María Auxiliadora, para la ejecución del estudio.
- Posteriormente se solicitó la aprobación del proyecto a la Universidad Alas Peruanas.
- Se coordinó con el Jefe del área encargada del HMA para la revisión de las historias clínicas de aquellas mujeres que ingresaron durante el periodo de estudio establecido.
- Se procedió a la selección de las gestantes según los criterios de inclusión y exclusión, para iniciar con el registro de datos en la ficha de recolección de datos.
- Luego se procedió al registro de la información en la ficha de recolección de datos, de acuerdo a los objetivos y variables planteadas. El responsable de la recolección fue la investigadora.
- Finalmente, una vez recolectada la información, se procedió a la tabulación de estos datos para su posterior evaluación y análisis.

1.8.2 Instrumentos

El instrumento que se estructuró fue una ficha de recolección de datos, la cual comprendió 3 secciones lo que dio respuesta a los objetivos de la investigación y se distribuyó de la siguiente manera:

Sección I: Estuvo conformada por las características sociodemográficas, como: la edad, el estado civil, grado de instrucción y la ocupación.

Sección II: Estuvo conformada por las características obstétricas como: la fórmula obstétrica, edad gestacional al término de la gestación, ganancia de peso materno y el periodo intergenésico.

Sección III: Complicaciones durante el parto, la cual comprendió a las complicaciones maternas y complicaciones perinatales.

Las complicaciones maternas estuvieron conformadas por las tres etapas del trabajo de parto, las cuales son:

- **Etapas 1:** Dilatación, compuesta por cuatro ítems (fase activa lenta o prolongada, detención de la dilatación, detención del descenso y rotura uterina).
- **Etapas 2:** Expulsivo, compuesta por cinco ítems (periodo expulsivo prolongado, desgarro vaginal, desgarro perineal, lesión de cuello uterino y cesárea de emergencia).
- **Etapas 3:** Alumbramiento, compuesta por cuatro ítems (atonía uterina, inversión uterina, retención de placenta y retención de restos placentarios).

Para las complicaciones perinatales, estuvo conformado por tres ítems las cuales fueron: Apgar menor a 7, bajo peso al nacer y muerte perinatal.

El instrumento fue elaborado por la investigadora a partir de la revisión de antecedentes sobre el tema de investigación, donde se incluyen variables identificadas con mayor frecuencia en los antecedentes investigados.

Validación

El instrumento fue sometido a validación por el juicio de 3 expertos quienes dieron la conformidad y confiabilidad.

Técnica para el procesamiento de la Información

Una vez terminada la recolección de los datos se procedió con los siguientes pasos:

- Se procedió a la numeración de cada ficha de recolección.
- Luego se procedió a crear una hoja de cálculo en el programa estadístico *SPSS v.23* en español.
- Seguidamente se ingresó cada ficha recolectada en la hoja de cálculo del programa estadístico *SPSS v.23*.
- Terminado con el ingreso de los datos se realizó el control de calidad (depuración y consistencia de los registros).
- Finalmente, se procedió con el análisis estadístico (que se comenta en detalle en la siguiente sección).

Técnicas estadísticas para el análisis de la información

Luego del ingreso de los datos y su consistencia al programa estadístico *SPSS v. 23*, se procedió con el análisis estadístico, el cual comprendió un análisis univariado.

Análisis Univariado:

El análisis univariado consistió en describir las características sociodemográficas (edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación), características obstétricas (fórmula obstétrica y edad gestacional al término de la gestación) y las complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto, a través de la presentación de tablas de frecuencias absolutas y relativas (%); para las variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central (Promedio) y de dispersión (Desviación estándar).

Análisis Bivariado

El análisis bivariado consistió en evaluar la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones materno perinatales del trabajo de parto mediante la prueba Chi-Cuadrado con un nivel de confianza del 95%, se consideró como significativo un $p < 0,05$.

Para la presentación de los resultados se utilizaron tablas de frecuencias (simples), además de usar gráficos estadísticos como el diagrama de barras, todos elaborados en el programa MS Microsoft Excel 2013.

1.9 Justificación del estudio

La presente investigación se realiza debido a que en la literatura científica revisada, se han encontrado fundamentos que apoyan la hipótesis que el intervalo intergenésico corto se asocia con un mayor riesgo de resultados maternos y perinatales adversos. A pesar de ello, no todas las investigaciones sustentan si las asociaciones se deben a factores de confusión por efecto de una historia obstétrica adversa o factores sociodemográficos.

La información relacionada con la repercusión en el trabajo de parto y el periodo entre embarazos es escasa, y la mayor parte de las recomendaciones que se hacen acerca del tiempo necesario de espera para un nuevo embarazo no cuenta con un sustento científico que la soporte. Además, los efectos específicos sobre el trabajo de parto –complicaciones maternas asociadas a cada periodo del trabajo de parto- están menos caracterizados debido al escaso número de publicaciones. En este sentido el estudio representa un aporte nuevo y necesario en el campo obstétrico; más aún en la realidad de Hospital María Auxiliadora donde poco o nada se ha investigado al respecto.

El presente estudio pretende establecer la relación entre el período intergenésico corto y la presencia de complicaciones maternas y perinatales en el trabajo de parto, con la finalidad de identificar a aquellas gestantes que estarían más expuestas y por lo tanto elaborar acciones preventivas eficaces para que los daños a la salud ocurran en menor número y consecuencia. Además permitirá incidir en la implementación de estrategias que fomenten el espaciamiento

óptimo entre embarazos mediante programas de capacitación y consejería en el área de planificación familiar. Asimismo, incentivar en los gestores sanitarios la revaloración de ambos conceptos como herramienta de mejora para el desempeño y la calidad de atención hospitalaria.

Finalmente, todos estos beneficios están dirigidos tanto a la población femenina en edad reproductiva que se atiende en el Hospital María Auxiliadora como a sus familias, además de beneficiar a la institución sanitaria de estudio, ya que al prevenir las complicaciones se contribuirá con la reducción de costos hospitalarios originados por las mismas y la mayor estancia hospitalaria.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Fundamentos teóricos de la investigación

2.1.1 Antecedentes del estudio

Antecedentes Nacionales

Flores Hernández, José Francisco realizaron un estudio en Iquitos el 2015, titulado “Efectos maternos perinatales del parto vaginal en cesareada anterior con periodo intergenésico corto; Hospital Regional de Loreto. Enero 2013 - diciembre 2014”. **Objetivo:** identificar los principales efectos maternos y perinatales del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea anterior y periodo intergenésico corto. **Material y método:** estudio descriptivo y retrospectivo, la muestra estuvo constituida por 33 mujeres con partos vaginales, antecedente de cesárea anterior y con periodo intergenésico corto (menor de 24 meses), atendidas en el Hospital Regional de Loreto. **Resultados:** la media de edad fue de 27.5 años. 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 la asociación entre paridad y trauma obstétrico, se pudo observar que de los 11 casos de trauma obstétrico, 4 eran

primíparas, 6 multíparas. **Conclusión:** 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.⁽⁸⁾

Mallqui Elescano, Priscila Julieth elaboraron una investigación en Lima el 2015, titulada “Intervalo intergenésico y complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015”. **Objetivo:** determinar la relación entre intervalo intergenésico y complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. **Material y método:** estudio observacional, analítico – transversal. La población fue constituida por 179 gestantes. **Resultados:** La relación entre el intervalo intergenésico y complicaciones obstétricas fue significativa para la presencia de aborto ($p= 0.045$) y pre eclampsia ($p=0,04$). El resto de las complicaciones obstétricas (amenaza de aborto, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, amenaza de parto prematuro, embarazo prolongado, oligohidramnios, poli hidramnios y enfermedad hipertensiva del embarazo) estudiadas no resultaron ser estadísticamente significativas. **Conclusión:** el intervalo intergenésico se relacionó significativamente con la presencia de aborto y pre eclampsia.⁽⁹⁾

Carrión Olazabal, Leslie y Celis Domenack, Fiorella publicaron un estudio en Lima el 2014, titulado “Impacto del intervalo intergenésico en la morbilidad materno perinatal. Hospital María Auxiliadora. Enero a diciembre 2011”. **Objetivo:** determinar el impacto del intervalo intergenésico sobre la morbilidad materno perinatal. **Material y método:** estudio retrospectivo, transversal de tipo caso-control. Se estudiaron 7679 historias clínicas de pacientes divididas en intervalos según criterios de inclusión, desde enero a diciembre del 2011. **Resultados:** La edad promedio de las pacientes estudiadas fue de $24,84 \pm 7,1$ años (rango, 14-47). Los riesgos de pre eclampsia, eclampsia, rotura prematura de membranas, hemorragias del tercer trimestre, hemorragia puerperal, anemia, endometritis puerperal y la muerte materna aumentaron considerablemente en

los intervalos menores a 37 meses, y en los mayores a 60 meses. Situación similar ocurrió con los resultados perinatales tales como la prematuridad, el bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional y la muerte fetal tardía. **Conclusión:** un embarazo antes de los 37 meses y después de 60 meses, después de un parto anterior puede asegurar mejores resultados maternos perinatales.⁽²⁾

Antecedentes Internacionales

Mahande Michael y Obure Joseph publicaron una investigación en el 2016 en Tanzania, titulada “Efecto del intervalo intergénésico sobre los resultados adversos del embarazo en el norte de Tanzania: un estudio de cohorte retrospectivo basado en el registro.” **Objetivo:** evaluar el efecto del intervalo intergénésico en los resultados del embarazo. **Material y método:** estudio retrospectivo de cohorte. Se estudió un total de 17 030 nacimientos. **Resultados:** la mediana del intervalo intergénésico (IIG) fue de 36 meses. En comparación con los IIG de 24 a 36 meses (grupo referente), los intervalos cortos entre los embarazos (< 24 meses) se asociaron con el parto prematuro (OR: 1,52; IC: 1,31-1,74); Bajo peso al nacer (OR 1,61; IC: 1,34-1,72) y muerte perinatal (OR 1,63; IC: 1,22-1,91). El intervalo intergénésico de 37 a 59 meses o más también se asoció con mayores riesgos de parto prematuro y bajo peso al nacer, pero no con la muerte perinatal. Los autores **concluyeron** que tanto los intervalos intergénésicos largos o cortos son factores de riesgo independientes para resultados adversos del embarazo.⁽¹⁰⁾

Chandna Archana, Mittal Rita, Sood Anoopta y Sood Pranav realizaron una investigación en India en el 2016, titulada “Intervalo de embarazo y resultado del embarazo”. **Objetivo:** determinar los resultados obstétricos según el intervalo entre embarazos en gestantes con antecedente de aborto. **Material y método:** se realizó un estudio en 252 mujeres segundigestas con antecedente de aborto espontáneo previo. Según su intervalo intergénésico las mujeres se dividieron en 5 grupos. **Resultados:** La mayoría de las complicaciones del embarazo como amenaza de aborto espontáneo, rotura prematura de membranas, diabetes,

preeclampsia, parto prematuro, desprendimiento de la placenta, cesárea y hemorragia postparto (HPP) fueron más frecuentes en los que concibieron después de 24 meses y menos en los que concibieron entre 6 a 12 meses. La restricción de crecimiento intrauterino fue más común en el grupo de concepción temprana. El resultado del embarazo también fue bueno en los que concibieron dentro de los 6 meses. **Conclusión:** Las mujeres que conciben entre 6 a 12 meses de un aborto tienen mejores resultados y menores complicaciones en su posterior embarazo.⁽¹¹⁾

Chen Innie, Jhangri Gian, Lacasse Michelle, Kumar Manoj, Chandra Sujata realizaron una investigación en Canadá en el año 2015, titulada “Relación entre el Intervalo Intergénero y los Resultados Perinatales y Neonatales Adversos en el Norte de Alberta”. **Objetivo:** determinar la asociación entre el intervalo entre embarazos y los resultados perinatales y neonatales de una población con fortificación obligatoria de folato de los alimentos. **Material y método:** se realizó un estudio de 46 243 mujeres que tenían dos embarazos consecutivos. **Resultados:** se aumentó el riesgo de parto prematuro por intervalos: de 0 a 5 meses (OR: 1.37), durante 6 a 11 meses (OR: 1.18), durante 24 a 35 meses (OR: 1.16), y durante 36 meses (OR: 1.36), en comparación con el intervalo de referencia de 12 a 17 meses. El riesgo de bajo peso al nacer (BPN) se incrementó con el embarazo a intervalos de 0 a 5 meses (OR: 1.48), 6 a 11 meses (OR: 1.21), 24 a 35 meses (OR: 21) y 36 meses (OR: 1.48). El riesgo de APN se incrementó con intervalos de 0 a 5 meses (OR: 299), 24 a 35 meses (OR: 15) y 36 a más meses (OR: 1.26). El riesgo de muerte perinatal aumentó con un intervalo de 36 meses o más (OR: 1.60). Los principales resultados perinatales fueron: parto prematuro, bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional y muerte perinatal. **Conclusión:** Los resultados neonatales fueron puntuación baja de Apgar, bajo pH arterial, necesidad de reanimación neonatal o UCIN y muerte neonatal.⁽¹²⁾

Seham Fareid, Ally Ragab; Azza Ali, Abd El Hamid; Manar Fathy, Heiba; Omaima Mohamed, Elalem publicaron un estudio en Egipto en el 2015, titulado

“Effect of interpregnancy interval on pregnancy outcome among pregnant women attending delivery at belqas hospital”. **Objetivo:** explorar los efectos del intervalo intergenésico sobre la salud materna durante el parto, el período postparto inmediato y los resultados neonatales. **Material y método:** estudio correlacional, se incluyeron 200 mujeres divididas en cuatro grupos, cada uno de 50 integrantes. **Resultados:** los hallazgos del presente estudio revelaron que el intervalo intergenésico corto fue un factor de riesgo para el parto prematuro, rotura prematura de membranas, presentación anormal (podálico) ($p < 0,0001$), parto prolongado y obstruido ($p = 0,0008$ y $p = 0,006$), respectivamente, y hemorragia postparto relacionada con el útero atónico ($p = 0,018$). El bebé corre el riesgo de desarrollar bajo peso al nacer y tiene puntuaciones bajas en la puntuación de Ballard y Apgar. **Conclusión:** El intervalo intergenésico corto se asoció con efectos adversos en el resultado del embarazo para la madre y el neonato.⁽¹³⁾

De Franco E, Ehrlich S y Muglia L realizaron una investigación en Estados Unidos en 2014, titulada “Influencia del intervalo intergenésico en el momento del nacimiento”. **Objetivo:** evaluar la influencia de un intervalo intergenésico inadecuado. **Material y método:** estudio retrospectivo de cohorte. Se estudiaron 454 716 nacimientos, la frecuencia de nacimientos en cada semana se comparó entre intervalos intergenésicos (IIG) cortos < 6 , $6 - 12$ y $12 - 18$ meses versus el referente (grupo IIG normal ≥ 18 meses). **Resultados:** el 87% siguió un IIG normal ≥ 18 meses, el 10,7% tenía IIG entre 12-18 meses y el 2,2% un IIG < 12 meses. El riesgo de parto < 39 semanas fue mayor después de IIG corto < 12 meses (OR: 2,78). El 53,3% de las mujeres con parto antes de la 39 semanas IIG < 12 meses en comparación con el 37,5% de las mujeres con IIG normal ($p < 0,001$). Del mismo modo, el nacimiento después de las 40 semanas se redujo (16,9%) después de IIG corto < 12 meses en comparación con IIG normal (23,2%) (OR: 0,67). Esto dio lugar a un cambio de curva de distribución de frecuencia de nacimiento por semana de gestación a la izquierda para embarazos después de un IIG corto < 12 meses y 12 a 18 meses en comparación con el espaciamiento ≥ 18 meses. **Conclusión:** el IIG es un factor de riesgo para

prematuridad; sin embargo, los resultados afirman que afecta todo los nacimientos.⁽¹⁴⁾

Firdous Nighat, Manzoor Rehina, Qureshi Ambreen, Pandit Basharat presentaron un estudio en India en el 2014, titulado “Impacto del intervalo intergenésico en el resultado perinatal”. **Objetivo:** determinar la asociación entre el intervalo intergenésico y los resultados perinatales adversos. **Material y método:** se incluyeron mil mujeres multíparas, pertenecientes a la raza Cachemira en el grupo de edad de 20 a 35 años. **Resultados:** mujeres con intervalo intergenésico <18 meses y > 48 meses tuvieron mayor riesgo de parto prematuro (OR: 2,2) y (OR: 1,96), respectivamente; Valor de p <0,05. La asociación entre la edad gestacional entre 28 y 32 semanas fue más fuerte, OR de 4,2 y 3,7 para el intervalo de embarazo <18 meses y > 48 meses, respectivamente. **Conclusión:** el intervalo intergenésico de 18 a 48 meses es óptimo y de menor riesgo de resultados perinatales adversos.⁽¹⁵⁾

Bener Abdulbari; Mohammed Saleh, Najah; Khalil Salameh, Khalil Mohd; Basha Basma; Joseph Sharen; Samson Nancy y Albuz Rama realizaron una investigación en Catar en el 2012, titulada “El impacto del intervalo intergénero sobre el peso al nacer y otros resultados del embarazo”. **Objetivo:** investigar la relación entre el intervalo intergenésico y el bajo peso al nacer y otros resultados obstétricos. **Material y método:** estudio caso-control, se incluyeron la madres de 854 recién nacidos con peso al nacer menor a 2500 gr y para el control 854 recién nacidos con peso \geq 2500 g. **Resultados:** de los recién nacidos con bajo peso, el riesgo fue mayor entre las madres con intervalo intergenésico corto (40,3%), mientras que para los recién nacidos con peso normal, la mayoría de las madres tuvieron un mayor intervalo entre embarazos (24 meses) (44,7%). Un intervalo intergenésico de 6-12 meses fue más común entre las mujeres menores a 25 años (49,4%, p <0,001) y las analfabetas (13,1%, p = 0,043) con mayor riesgo de bajo peso al nacer en comparación con los controles. **Conclusión:** El periodo intergenésico corto está asociado a un mayor riesgo de bajo peso al nacer, principalmente en mujeres jóvenes y analfabetas.⁽¹⁶⁾

De Weger, Frederike J; Hukkelhoven, Chantal; Serroyen, Jan; teVelde, Egbert y Smits, Luc presentaron un estudio en Holanda en el 2011, titulado “Edad materna avanzada, intervalo corto de embarazo y resultado perinatal”. **Objetivo:** evaluar la asociación entre el intervalo intergenésico corto y los resultados perinatales. **Material y método:** estudio retrospectivo de Cohorte, donde participaron 263 142 mujeres con segundo embarazo. **Resultados:** el intervalo intergenésico corto (6 meses) asociado positivamente con parto pretérmino y bajo peso al nacer, pero no con pequeño para edad gestacional. La asociación de intervalo intergenésico corto con el riesgo de parto pretérmino fue menos frecuente a medida que se incrementó la edad. **Conclusión:** Los resultados de este estudio indican que la asociación de intervalo intergenésico corto y parto pretérmino se atenúa con el aumento de la edad materna.⁽¹⁷⁾

Morgan Ortiz, Fred; Muñoz Acosta, Jairo; Valdez Quevedo, Roberto; Quevedo Castro, Everardo; Báez Barraza; Josefina realizaron una investigación en México en el 2010, titulada “Efecto del intervalo intergenésico postaborto en los resultados obstétricos y perinatales” **Objetivo:** evaluar la repercusión del intervalo intergenésico postaborto menor o igual a seis meses en los resultados obstétricos y perinatales. **Material y método:** fue un estudio de casos y controles efectuado en 858 pacientes con antecedente de pérdida gestacional temprana en el embarazo previo, de las que 286 tuvieron un intervalo intergenésico corto < 6 meses (casos) y 572 un intervalo intergenésico mayor de seis meses (controles). **Resultados:** la frecuencia de aborto fue similar entre los grupos con 16.6% en los casos y 13.2% en los controles (RM: 1.12; IC: 0.75-1.69; p = 0.6486); el Apgar a los cinco minutos fue menor o igual a siete y similar entre los grupos (RM: 1.18; IC: 0.70-2.00; p = 0.6335). La morbilidad (RM: 0.77; IC: 0.27-2.17; p = 0.8005) y mortalidad (RM: 1.14; IC: 0.33-3.94; p = 0.9145) perinatales y el peso de los recién nacidos al nacimiento fueron similares entre los grupos. **Conclusión:** Un intervalo intergenésico corto postaborto menor o igual a seis meses no es un factor de riesgo para un resultado obstétrico y perinatal adverso.⁽¹⁸⁾

2.1.2 Bases teóricas

PERIODO INTERGENÉSICO

El período intergenésico se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo, otra manera de entenderse es como aquel período en meses entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo, tomándose como parámetros la fecha en que terminó el embarazo previo y la última menstruación, si se trata de una paciente con ciclos menstruales regulares o basándonos en la edad gestacional por ultrasonido extrapolando el momento en que inició el actual embarazo. El periodo intergenésico también se define como el tiempo entre fechas de dos nacimientos vivos, sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente.⁽¹⁹⁾

Clasificación del periodo o intervalo intergenésico:

- Intervalo intergenésico corto: Comprende el espacio de tiempo existente entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo, el cual es menor o igual a 24 meses.
- Intervalo intergenésico óptimo: Comprende el espacio de tiempo existente entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo, el cual es entre 25 y 48 meses.^(3, 20)

El intervalo entre embarazos es importante porque permite a la madre recuperarse después de un evento obstétrico (aborto, nacimiento pre término o a término). Según las últimas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud tras el parto de un recién nacido vivo el intervalo recomendado hasta la siguiente concepción es de por lo menos 24 meses con la finalidad de reducir el riesgo de desenlaces adversos tanto en la madre como en el neonato.⁽²¹⁾

COMPLICACIONES MATERNAS EN EL TRABAJO DE PARTO

Para relacionar el periodo intergenésico corto y las morbilidades, los investigadores han ofrecido varias explicaciones para este hallazgo, entre ellos el agotamiento materno y el estrés postparto. La hipótesis del agotamiento nutricional propone que un espaciamiento inadecuado de los nacimientos no le permite a la madre el tiempo suficiente para repletar sus reservas de nutrientes antes de su próximo embarazo, poniendo el embarazo posterior en riesgo.⁽²²⁾

La deficiencia de folato, mediante su contribución al desarrollo de la hiperhomocisteinemia, también podría conducir a un debilitamiento del tejido conectivo impidiendo la reticulación del colágeno. Este debilitamiento podría causar la rotura prematura de las membranas y, así, el parto prematuro.⁽²²⁾

Respecto a las complicaciones maternas en el trabajo de parto, no se han registrado publicaciones que estudien exclusivamente estas complicaciones y su relación con el periodo intergenésico corto.

Periodo de dilatación

Las anomalías del trabajo de parto se clasifican según la fase en que se producen, pero la identificada como latente se relaciona con su prolongación.

- Fase activa prolongada

La fase activa es el periodo comprendido entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación. En este lapso se producen dos cambios significativos: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) establece una duración media de 4 horas en multíparas y 6 en nulíparas.⁽²⁵⁾

La fase activa prolongada o fase activa lenta, es aquella en que la dilatación cervical avanza con una velocidad menor de 1 cm/hora, durante la fase activa del trabajo de parto. En promedio se considera si esta fase dura más de 12 horas en primíparas y 8 horas en multíparas.⁽²³⁾

- **Detención de la dilatación**

Es aquella en la cual la dilatación se interrumpe o detiene en la fase activa en dos horas o más.⁽²³⁾

- **Detención del descenso**

Es aquella en que no existe progreso del descenso del polo fetal en una hora o más tanto en nulíparas como multíparas.⁽²³⁾

- **Rotura uterina**

La rotura uterina se define como una solución de continuidad de la pared del útero localizada con mayor frecuencia en el segmento inferior, con o sin expulsión del feto, durante el embarazo o trabajo de parto.⁽²³⁾ Se excluyen las perforaciones uterinas producidas en el curso de maniobras quirúrgicas como el legrado o la histeroscopia. Se pueden producir tanto sobre un útero sano, como con una cicatriz previa.⁽²⁶⁾

La rotura uterina se clasifica en rotura completa (solución de continuidad que afecta a todas las estructuras de la pared uterina) y rotura incompleta o simple dehiscencia (no está afectado todo el espesor de la pared uterina, con conservación del peritoneo viseral).⁽²³⁾

Rotura completa: consiste en un desgarramiento hemorrágico de la pared uterina, de bordes anfractuados y de dirección variable. La solución de continuidad incluye el peritoneo visceral, miometrio y membranas ovulares. Al comunicar la cavidad uterina con la abdominal el feto puede salir a esta última. Puede asociarse a roturas vesicales, que pueden llegar a interesar al trigono o al uréter terminal; o producir desgarramientos cervicales y vaginales cuando se prolonga en sentido caudal. Se acompaña con frecuencia de hemorragia materna y de graves complicaciones maternas y fetales.⁽²⁶⁾

La rotura uterina puede ir precedida del cuadro clínico denominado amenaza de rotura, que se caracteriza por:

1. Intensa actividad uterina (contracciones que se suceden cada uno o 2 min).
2. Dolor o molestias generalizadas en el abdomen o sobre la zona suprasinfisaria.
3. La paciente se muestra inquieta, taquicardia y con cierto grado de ansiedad.
4. Trazado anormal de la frecuencia cardiaca fetal (FCF), fundamentalmente deceleraciones variables o tardías.⁽²⁶⁾

Los síntomas y signos capitales de la rotura completa son:

- Alteraciones de la FCF. La bradicardia fetal es la más común, aunque no existe un patrón patognomónico de alteración de la FCF en la rotura uterina.
- Dolor abdominal. No siempre se presenta el típico dolor en «puñalada». El dolor puede no tener un carácter tan severo o una localización tan precisa que sugiera claramente la rotura uterina, y puede estar parcialmente enmascarado por la analgesia regional.
- Ascenso de la presentación fetal y partes fetales fácilmente palpables por la expulsión del feto a la cavidad abdominal.
- Disminución evidente o cese de la dinámica uterina. Puede palparse un útero blando, incluso la presencia de cambio en la forma del mismo.
- Hemorragia vaginal, trastornos hemodinámicos maternos y shock. Una hemorragia persistente, a pesar del uso de uterotónicos, debe hacer pensar en una rotura en mujeres con historia previa de cicatriz uterina. Excepcionalmente se puede asociar un trastorno de la coagulación.⁽²⁶⁾

Rotura incompleta: casi siempre se trata de una rotura segmentaria, que conserva el peritoneo visceral. Las membranas ovulares pueden estar íntegras o rotas. No suele asociarse a hemorragia materna o complicaciones neonatales porque el feto permanece en la cavidad uterina.⁽²⁶⁾

Los síntomas dependerán del lugar y la extensión del defecto uterino. Suelen ser menos violentos que los producidos en la rotura completa. El área cicatricial tiene una reducida vascularización. Suele cursar de forma larvada y silenciosa

durante el trabajo de parto. Con un dolor más o menos intenso en la cicatriz y escasa repercusión materna o fetal, por el mínimo sangrado abdominal.⁽²⁶⁾

El intervalo intergenésico reducido (> 18 – 24 meses) es considerado un factor de riesgo para rotura uterina.⁽²⁶⁾

Periodo expulsivo

- Expulsivo prolongado

El periodo expulsivo inicia cuando se ha llegado a la dilatación completa del cérvix y finaliza con el nacimiento del feto. La duración promedio según la SEGO es de 2 horas en nulíparas y 1 hora en multíparas, pero suele ser muy variable.⁽²⁵⁾

El periodo expulsivo prolongado es aquel en que la duración del periodo expulsivo tiene una duración mayor a 2 horas en nulíparas y 1 hora en multíparas.⁽²³⁾

- Desgarro vaginal

Son aquellos desgarros aislados que afectan el tercio medio o superior de la vagina pero que no se relacionan con desgarros del perineo o del cuello del útero, se detectan en menor frecuencia. Estos desgarros suelen extenderse hasta planos profundos hacia los tejidos subyacentes y pueden originar hemorragia importante, que por lo general se controla por la colocación adecuada de puntos de sutura.⁽²⁷⁾

- Desgarro perineal

Las laceraciones de la madre se producen con alguna frecuencia en el parto. Los desgarros perineales se acompañan de lesiones de la vagina y la vulva, excepto los más superficiales, y pueden lesionar el esfínter anal y la mucosa rectal. Su frecuencia se sitúa al 5%.⁽²⁸⁾

Lo más importante es la distensión exagerada, que se produce en el periné al pasar la cabeza fetal, y también en el desprendimiento, al reflexionarse bruscamente el polo cefálico. Los desgarros vulvovaginoperineales se clasifican en primero, segundo, tercero y cuarto grado.⁽²⁸⁾

Primer grado: es la laceración que toma la horquilla, piel y vagina, sin lesionar el plano muscular.

Segundo grado: además de las lesiones de la piel y mucosa, se agrega el plano muscular, bulbo cavernoso y transverso superficial.

Tercer grado: así se denomina la laceración que, además de la lesiones del desgarrro de segundo grado, lesiona el esfínter anal.

Cuarto grado: al anterior se agrega la rotura de la pared anterior del recto.⁽²⁸⁾ La clasificación descrita por Sultan y aceptada por la Royal College de Obstetricia y Ginecología (RCOG) clasifica los desgarrros perineales en 4 grados, subdividiendo el tercer grado en tres subgrupos:

Cuadro 1. Clasificación de los desgarrros perineales

CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARRROS PERINEALES (RCOG)	
1º Grado	Lesión de la piel perineal.
2º Grado	Lesión de los músculos del periné, no del esfínter.
3º Grado	3a Lesión del esfínter externo < 50%.
	3b Lesión del esfínter externo > 50%.
	3c Lesión del esfínter externo e interno.
4º Grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa.

Fuente: Lesión obstétrica del esfínter anal. SEGO 2010.

Esta clasificación, a diferencia de la anterior, aporta un valor pronóstico del desgarrro. Los desgarrros de grado 3c presentan el doble de riesgo de

desencadenar una incontinencia anal que los 3b, y a su vez estos, el doble que los 3a. en caso de duda con respecto al grado de desgarro (3a o 3b), se debe optar por la graduación superior. Existen lesiones que no pueden encuadrarse en la clasificación. Sería el caso de una lesión de la mucosa rectal con integridad del esfínter anal interno y externo, que es importante reparar correctamente, ya que puede condicionar complicaciones tales como fístulas recto – vaginales.⁽²⁹⁾

- **Lesión de cuello uterino**

Estas lesiones aparecen en partos efectuados a través de un cuello uterino no dilatado por completo. Casi todos son menores de 0.5 cm aunque los desgarros profundos de cuello uterino pueden extenderse hasta el tercio superior de la vagina. En raras circunstancias puede haber avulsión completa o parcial del cuello uterino.⁽²⁷⁾

- **Cesárea de emergencia**

Nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía) cuando existen indicaciones fetales que contraindican la vía vaginal. Se caracteriza porque se decide de manera imprevista por la presencia de una patología de aparición súbita que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.⁽²³⁾

Periodo de alumbramiento

Corresponde a la dehiscencia de la pared uterina en base a una cicatriz como una cesárea previa, miomectomía o cirugía en útero. Ocurre durante el trabajo de parto en una etapa avanzada, se puede romper hacia la cavidad libre cuando se rompe a nivel del segmento o hacia el ligamento ancho en el cual el desgarro es longitudinal, se podría generar un hematoma retroperitoneal grande y exsanguinación.⁽³⁾

- Hemorragia post parto

Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva al parto vía vaginal. También se define como sangrado post parto con cambios hemodinámicos que requiere transfusión de sangre; caída del hematocrito en más del 10% y/o 2.9 gr% en la hemoglobina y pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal.⁽²³⁾

Asimismo, la mayoría de mujeres es atendida en su parto sin que se conozca el nivel de hemoglobina o hematocrito previo y, por lo tanto, no se puede determinar con exactitud el porcentaje de disminución. Por este motivo en la actualidad la definición más aceptada de HPP es la pérdida sanguínea es de tal magnitud que produce cambios hemodinámicos que hacen necesario trasfudir sangre.⁽³⁰⁾

Cuadro 2. Grado de hemorragia post parto

GRADO	PÉRDIDA NORMAL < 10%	I COMPENSADO 10 – 15%	II LEVE 15 – 25%	III MODERADO 25 – 35%	IV SEVERO 35 – 45%
Pérdida sanguínea	< 500 ml	500 – 1000	1000 – 1500	1500 – 2000	2000 – 3000
FC	Normal	< 100	> 100	> 120	> 140
PA	Normal	Normal	Ortostatismo	Disminuido	Sostenido
Llenado capilar	Normal	< 2 seg	Puede ser lento	lento	Muy lento o ausente
FR	Normal	14 – 20	20 - 30	30 - 40	> 35
Gasto urinario	Normal	> 30 ml/h	20 - 30	< 20 - 5	Anuria
Estado mental	Normal	No agitado	Agitado	Confuso	Letárgico o inconsciente

Fuente: Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología.

En las pacientes con hemorragia postparto es frecuente encontrar un periodo intergenésico corto, específicamente con mayor impacto si es menor a los 12 meses, además es importante mencionar que a medida que avanzan los embarazos con un espacio de tiempo corto entre ellos aparece el riesgo de otras complicaciones, como la atonía uterina.⁽⁵⁾

- Atonía uterina

Se caracteriza por sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae.⁽²³⁾

Es la causa principal de HPP. Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en los países en desarrollo.⁽³⁰⁾

- **Inversión uterina**

Se caracteriza por la no palpación del útero a nivel abdominal, tumoración que se palpa en canal vaginal o protruye por fuera del canal vaginal, presenta dolor hipogástrico agudo.⁽²³⁾

Es una de las complicaciones en el puerperio que se pueden relacionar con la presentación de un periodo intergenésico corto; aunque no existe una relación causal, el intervalo corto puede predisponer otras alteraciones obstétricas que pueden de manera indirecta terminar en una inversión uterina.⁽⁵⁾

- **Retención de placenta**

Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido.⁽²³⁾

- **Retención de restos placentarios**

La hemorragia durante el posparto inmediato rara vez se origina por fragmentos de placenta retenidos, pero un fragmento de placenta retenido es una causa frecuente de hemorragia en etapas tardías del puerperio. Se caracteriza por sub involución uterina, la placenta se encuentra incompleta por la ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares.^(23, 27)

COMPLICACIONES NEONATALES DE TRABAJO DE PARTO

Los mecanismos causales más plausibles que se han propuesto para el aumento del riesgo perinatal en pacientes con intervalos cortos entre embarazos a término, tienen relación con los casos de intervalos cortos posteriores a una pérdida gestacional, deterioro nutricional materno (principalmente de folatos), estrés materno inducido por el nuevo embarazo, etcétera. Los resultados perinatales adversos asociados con un intervalo corto entre embarazos persisten aun después de controlar los factores relacionados con mayor riesgo reproductivo que incrementan esta clase de resultados, como el nivel socioeconómico bajo, resultado adverso en el embarazo previo, estilo de vida inestable, falta de uso o uso inadecuado de los servicios de salud y otros determinantes sociales y de comportamiento.⁽¹⁶⁾

- Sufrimiento fetal agudo

Estado de compromiso fetal instalado durante el trabajo de parto caracterizado por hipoxia, hipercapnia y acidosis. Se presenta entre el 6 al 15% de los partos. Con respecto al diagnóstico de sufrimiento fetal, son recomendaciones de la American Academy of Pediatrics y del American College of Obstetricians and Gynecologists que los servicios de atención en obstetricia tengan la posibilidad para iniciar una cesárea en los 30 minutos siguientes a la decisión de efectuarla. Por otro lado, cuando se enfrenta a un deterioro agudo y catastrófico del estado fetal, suele indicarse la cesárea tan rápido como sea posible y los retrasos voluntarios de cualquier duración serían inapropiados.^(22, 26)

- Apgar ≤ 7

El puntaje de Apgar fue creado hace 50 años para evaluar el estado del neonato al primer minuto y a los cinco minutos después del nacimiento y orientar las intervenciones subsiguientes. Se evalúan cinco características de fácil identificación (respiración, frecuencia cardíaca, color, reflejo de irritabilidad y tono muscular) y se les asigna un valor entre 0 y 2.⁽³¹⁾

Cuadro 3. Puntaje Apgar

SIGNO	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausente	Menor de 100	Mayor de 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento, irregular	Bueno, llanto
Tono muscular	Flácido	Alguna flexión de extremidades	Movimiento activo
Reflejo de irritabilidad	No respuesta	Mueca o gesto	Tos o estornudo
Color	Azul, pálido	Cuerpo rosado, extremidades: azul	Rosado completo

Fuente: Puntaje Apgar

La puntuación va de 0 a 10. A mayor puntuación mejor estado de salud del neonato.

Clasificación al minuto:

- APGAR 7-10: bebé en buenas condiciones.
- APGAR 4-6: pueden ser necesarias algunas maniobras para ayudarlo a respirar. Algunos autores lo consideran como asfixia leve a moderada.
- APGAR 0-3: Asfixia Severa. Necesita maniobras de reanimación.

Clasificación a los 5 minutos:

- APGAR de 0-6: Mala adaptación extrauterina.
- APGAR de 7 o más: Buena adaptación extrauterina.

En la actualidad, el puntaje de Apgar sigue siendo relevante para la evaluación de los neonatos. Inclusive se ha utilizado este método para predecir la mortalidad y el desarrollo neurológico a largo plazo.⁽³¹⁾

- **Bajo peso al nacer**

El peso al nacer es sin duda el determinante más importante de las posibilidades de que un recién nacido experimente un crecimiento y desarrollo

satisfactorio, por eso, actualmente la tasa de bajo peso se considera como un indicador general de salud. El bajo peso al nacer (recién nacido con cifras inferiores a 2 500 g de peso), es una de las causas más importante de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, se considera que la mortalidad en el primer año de vida es 14 veces mayor en los recién nacidos con bajo peso, que los niños que nacen con un peso normal.⁽³²⁾

- **Muerte perinatal**

Es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es importante porque permite tener reflejo de la atención prenatal, durante el parto y posparto, actúa como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y el entorno en que vive. La mortalidad perinatal, es la muerte producida in útero de un producto de la concepción de 22 semanas de gestación y/o 500 g de peso a más y la producida en la primera semana de vida.⁽³³⁾

2.1.3 Definición de términos básicos

- **Atonía uterina:** Se caracteriza por sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae.⁽²³⁾
- **Cesárea:** Es el nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía) cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal.⁽³⁴⁾
- **Complicación:** cuando el patrón normal del trabajo de parto se altera.
- **Expulsivo prolongado:** un periodo mayor de 2 horas en primíparas y más de 1 hora en multíparas.⁽³⁴⁾

- **Fase activa prolongada:** Es aquella en que la dilatación cervical avanza con una velocidad menor de 1cm/hora, durante la fase activa del trabajo de parto. En promedio se considera si esta fase dura más de 12 horas en primíparas y 8 horas en multíparas.⁽³⁴⁾
- **Hemorragia post parto:** Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva al parto vía vaginal.⁽²³⁾
- **Intervalo intergenésico corto:** se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo. Se clasifica como corto cuando es menor de 24 meses.^(4, 20)
- **Trabajo de parto prolongado:** alteración del trabajo de parto caracterizado por la falta de progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, prolongándose por encima de las 12 horas.⁽³⁴⁾

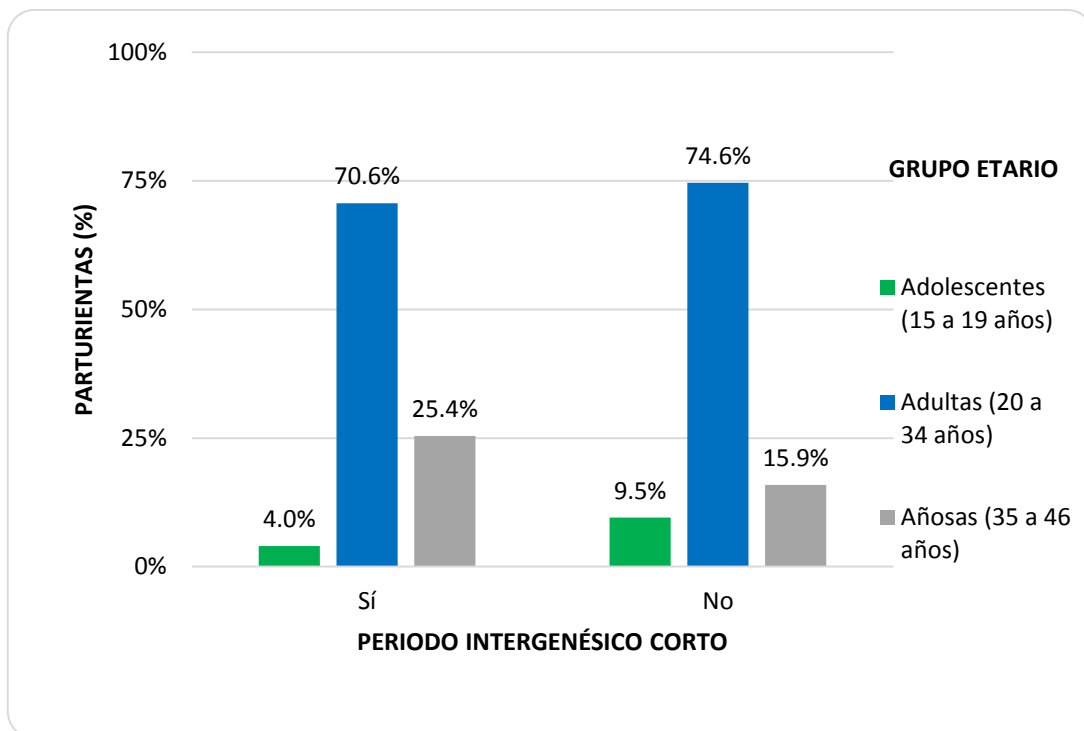
**CAPÍTULO III:
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE
RESULTADOS**

3.1 Presentación de resultados

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

**EDAD
Tabla N° 1**

Edad	Periodo intergenésico corto			
	Sí		No	
	30.1 ± 6.4		28.4 ± 6.2	
	N	%	N	%
Adolescentes (11 a 19 años)	5	4.0%	12	9.5%
Adultas (20 a 34 años)	89	70.6%	94	74.6%
Añosas (35 a 46 años)	32	25.4%	20	15.9%
Total	126	100%	126	100%



EDAD
Gráfico N° 1

ANÁLISIS:

La tabla 1 muestra que la edad promedio de las pacientes con periodo intergenésico corto fue de 30,1 años, la mayoría con el 70,6% (89) tenían de 20 a 34 años de edad. En comparación, la edad media de las pacientes con periodo intergenésico adecuado fue de 28,4 años, la mayoría con el 74.6% (94) tenían entre 20 y 34 años de edad.

ESTADO CIVIL
Tabla N° 2

Estado civil	Periodo intergenésico corto			
	Sí		No	
	N	%	N	%
Conviviente	91	72.2%	101	80.2%
Soltera	20	15.9%	11	8.7%
Casada	9	7.1%	14	11.1%
Otro	6	4.8%	0	0.0%
Total	126	100%	126	100%

ANÁLISIS:

La tabla 2 muestra que el 72,2% (91) de las pacientes con periodo intergenésico corto eran convivientes. En comparación, el 80.2% (101) de las pacientes con periodo intergenésico adecuado eran convivientes.

GRADO DE INSTRUCCIÓN
Tabla N° 3

Grado de instrucción	Periodo intergenésico corto			
	Sí		No	
	N	%	N	%
Sin instrucción	1	0.8%	1	0.8%
Primaria incompleta	0	0.0%	0	0.0%
Primaria completa	4	3.2%	2	1.6%
Secundaria incompleta	10	7.9%	15	11.9%
Secundaria completa	99	78.6%	101	80.2%
Superior incompleta	11	8.7%	3	2.4%
Superior completa	1	0.8%	4	3.2%
Total	126	100%	126	100%

ANÁLISIS:

La tabla 3 muestra que el 78.6% (99) de las pacientes con periodo intergenésico corto tenían secundaria completa. En comparación, el 80.2% (101) de las pacientes con periodo intergenésico adecuado tenían secundaria completa.

OCUPACIÓN
Tabla N° 4

Ocupación	Periodo intergenésico corto			
	Sí		No	
	N	%	N	%
Ama de casa	114	90.5%	115	91.3%
Docente	1	0.8%	2	1.6%
Vendedora	3	2.4%	1	0.8%
Otra	8	6.3%	8	6.3%
Total	126	100.0%	126	100.0%

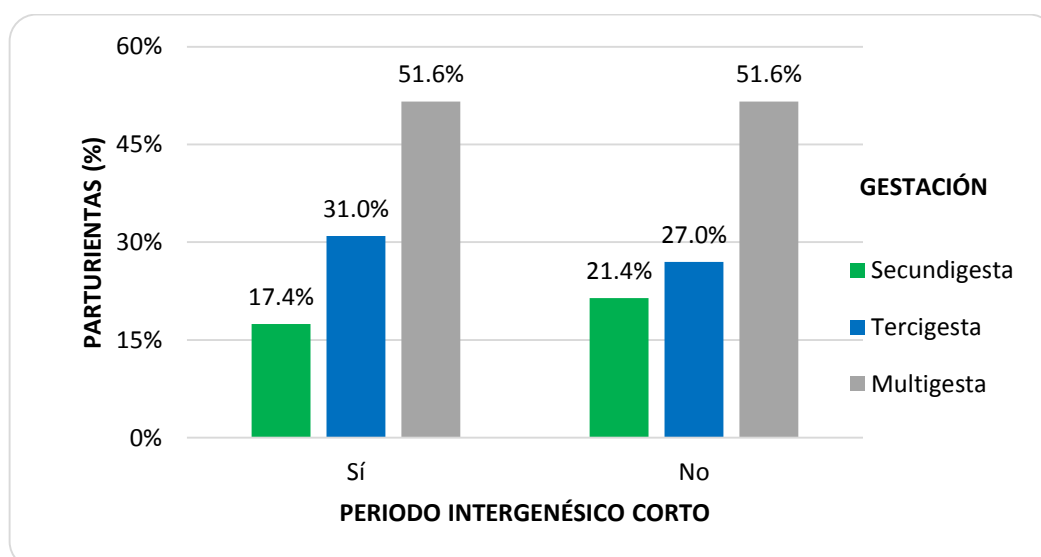
ANÁLISIS:

La tabla 4 muestra que el 90.5% (114) de las pacientes con periodo intergenésico corto tenían eran amas de casa. En comparación, el 91.3% (115) de las pacientes con periodo intergenésico adecuado eran amas de casa.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

GESTACIÓN
Tabla N° 5

Gestación	Periodo intergenésico corto			
	Sí		No	
	N	%	N	%
Segundigesta	22	17.4%	27	21.4%
Tercigesta	39	31.0%	34	27.0%
Multigesta	65	51.6%	65	51.6%
Total	126	100%	126	100%



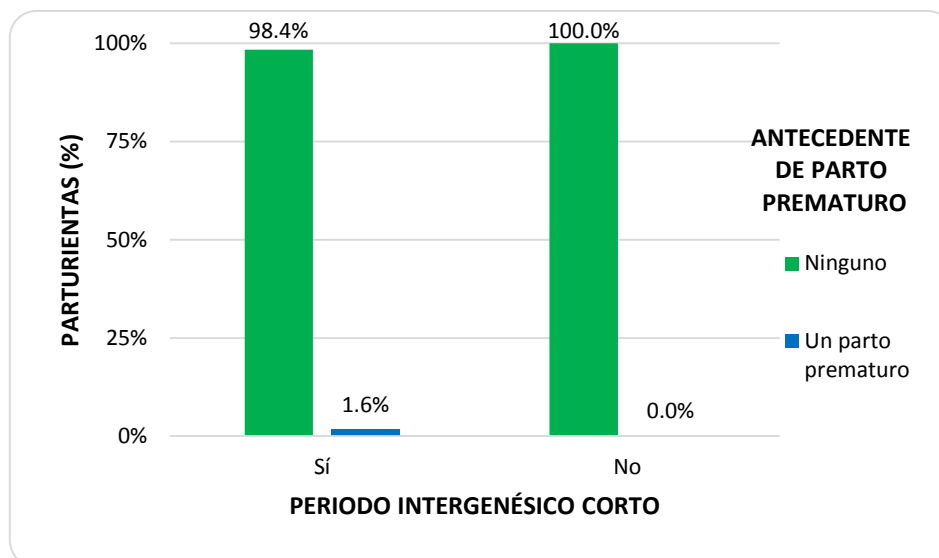
GESTACIÓN
Gráfico N° 2

ANÁLISIS:

La tabla 5 y gráfico 2 muestran que el 51.6% (65) de las pacientes con periodo intergenésico corto fueron multigestas, el 31% (19) tercigestas y el 17.4% (22) segundigestas. En comparación, el 51.6% (65) de las pacientes con periodo intergenésico adecuado fueron multigestas, el 27% (34) tercigestas y el 21.4% (27) segundigestas.

**ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO
Tabla N° 6**

Antecedente de partos prematuros	Periodo intergenésico corto			
	Sí		No	
	N	%	N	%
Ninguno	124	98.4%	126	100.0%
Un parto prematuro	2	1.6%	0	0.0%
Total	126	100%	126	100%



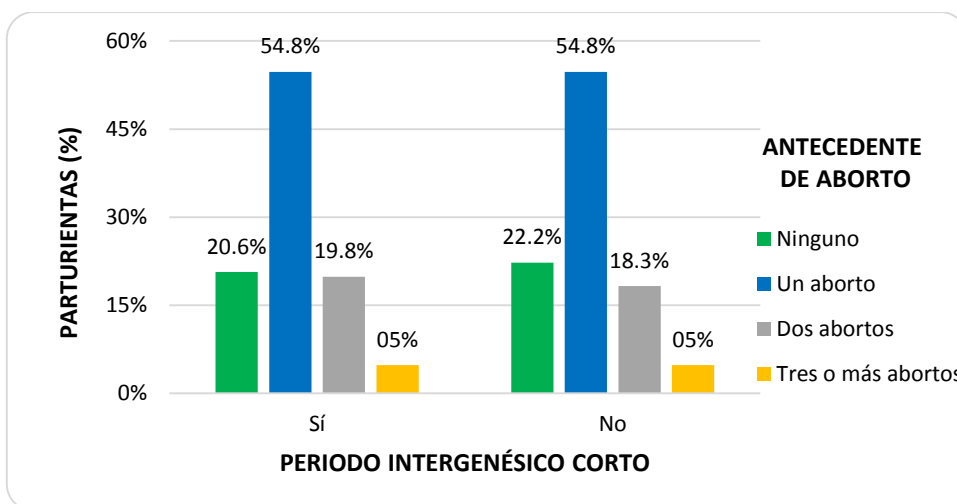
**ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO
Gráfico N° 3**

ANÁLISIS:

La tabla 6 y gráfico 3 muestran que el 98.4 % (123) de las pacientes con periodo intergenésico corto no presentaron antecedentes de parto prematuro mientras que el 1.6 % (3) si presentaron antecedentes de parto prematuro. En comparación, el 100 % (126) de las pacientes con periodo intergenésico adecuado no presentaron antecedentes de parto prematuro.

ANTECEDENTE DE ABORTO
Tabla N° 7

Antecedente de abortos	Periodo intergenésico corto			
	Sí		No	
	N	%	N	%
Ninguno	26	20.6%	28	22.2%
Un aborto	69	54.8%	69	54.8%
Dos abortos	25	19.8%	23	18.3%
Tres o más abortos	6	4.8%	6	4.8%
Total	126	100%	126	100%



ANTECEDENTE DE ABORTO
Gráfico N° 4

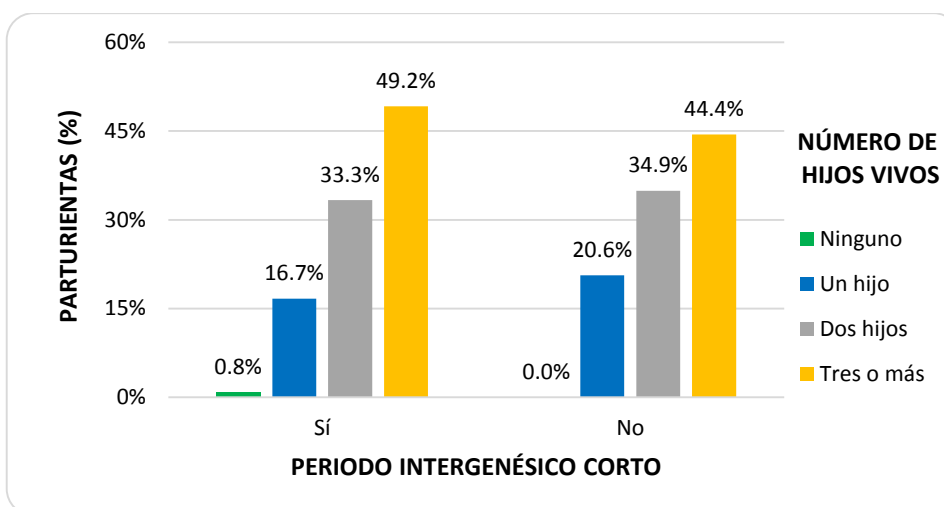
ANÁLISIS:

La tabla 7 y gráfico 4 muestran que el 54.8% (69) de las pacientes con periodo intergenésico corto presentaron como antecedente un aborto. En comparación, el 54.8% (69) de las pacientes con periodo intergenésico adecuado también presentaron como antecedente un aborto.

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

N° HIJOS VIVOS
Tabla N° 8

Número de hijos vivos	Periodo intergenésico corto			
	Sí		No	
	N	%	N	%
Ninguno	1	0.8%	0	0.0%
Un hijo	21	16.7%	26	20.6%
Dos hijos	42	33.3%	44	34.9%
Tres o más	62	49.2%	56	44.4%
Total	126	100%	126	100%



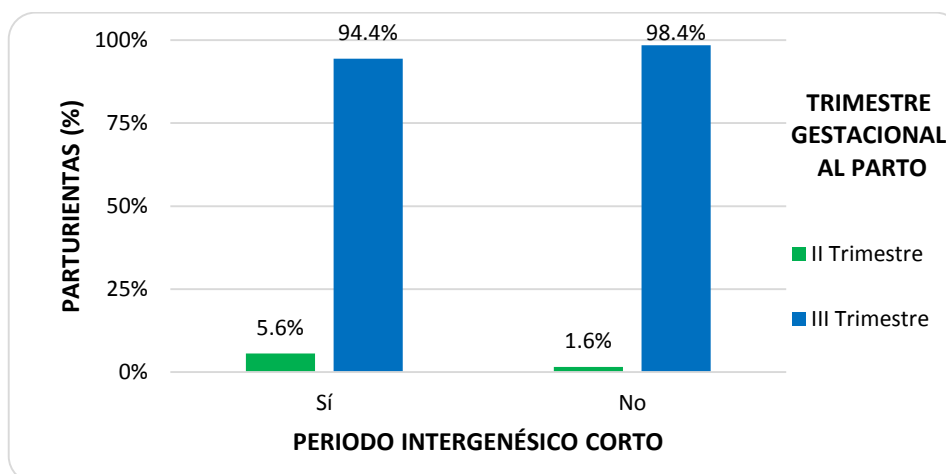
N° HIJOS VIVOS
Gráfico N° 5

ANÁLISIS:

La tabla 8 y gráfico 5 muestran que el 49.2% (62) de las pacientes con periodo intergenésico corto tenían tres o más hijos vivos. En comparación, el 44.4% (56) de las pacientes con periodo intergenésico adecuado también tenían tres o más hijos vivos.

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS POR TRIMESTRES DE GESTACIÓN
Tabla N° 9

Trimestre gestacional al parto	Periodo intergenésico corto			
	Sí		No	
	N	%	N	%
II Trimestre	7	5.6%	2	1.6%
III Trimestre	119	94.4%	124	98.4%
Total	126	100%	126	100%



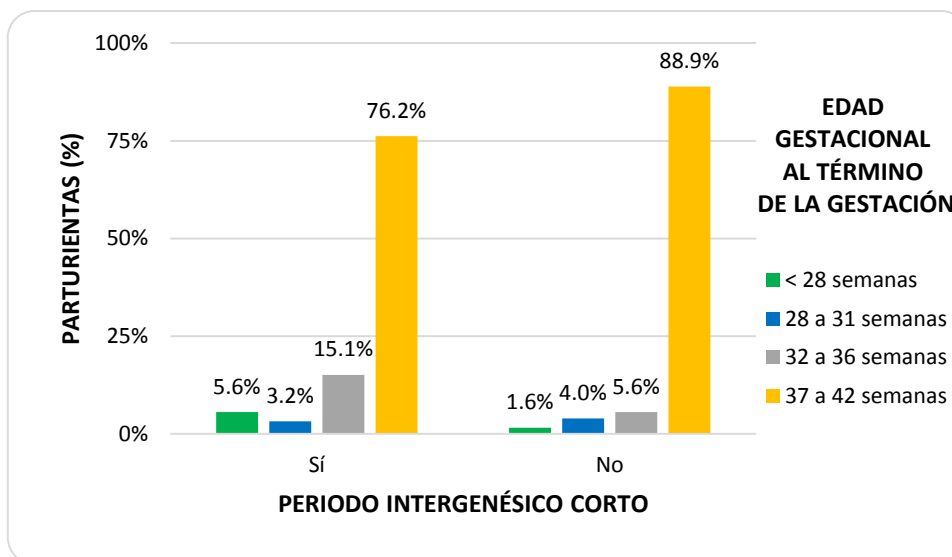
N° HIJOS VIVOS
Gráfico N° 6

ANÁLISIS:

La tabla 9 y gráfico 6 muestran que el 94.4% (119) de las pacientes con periodo intergenésico corto pertenecieron al III trimestre de gestación al momento del parto. En comparación, el 98.4% (124) de las pacientes con periodo intergenésico adecuado también pertenecieron al III trimestre de gestación al momento del parto.

EDAD GESTACIONAL AL TÉRMINO DE LA GESTACIÓN
Tabla N° 10

Edad gestacional al término de la gestación (semanas)	Periodo intergenésico corto			
	Sí		No	
	N	%	N	%
< 28 semanas	7	5.6%	2	1.6%
28 a 31 semanas	4	3.2%	5	4.0%
32 a 36 semanas	19	15.1%	7	5.6%
37 a 42 semanas	96	76.2%	112	88.9%
Total	126	100%	126	100%



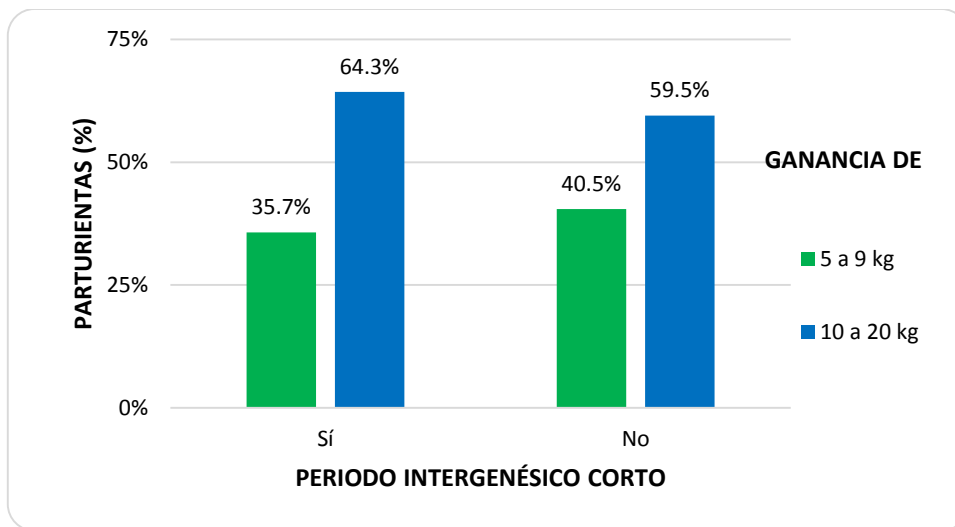
EDAD GESTACIONAL AL TÉRMINO DE LA GESTACIÓN
Gráfico N° 7

ANÁLISIS:

La tabla 10 y gráfico 7 muestran que el 76.2% de las pacientes con periodo intergenésico tuvieron entre 37 a 42 semanas de embarazo al término de la gestación. En comparación, el 88.9% de las pacientes con periodo intergenésico adecuado también tuvieron entre 37 a 42 semanas de embarazo al término de la gestación.

GANANCIA DE PESO GESTACIONAL
Tabla N° 11

Ganancia de peso gestacional	Periodo intergenésico corto			
	Sí		No	
	N	%	N	%
5 a 9 kg	45	35.7%	51	40.5%
10 a 20 kg	81	64.3%	75	59.5%
Total	126	100%	126	100%



GANANCIA DE PESO
Gráfico N° 8

ANÁLISIS:

La tabla 11 y gráfico 8 muestran que el 64.3% de las pacientes con periodo intergenésico corto tuvieron de 10 a 20 kg de ganancia de peso durante la gestación. En comparación, el 59.5% de las pacientes con periodo intergenésico adecuado también tuvieron de 10 a 20 kg de ganancia de peso gestacional.

**RELACIÓN ENTRE PERIODO INTERGENÉSICO CORTO Y
COMPLICACIONES EN LA FASE DE DILATACIÓN**

Tabla N° 12

Complicaciones de la dilatación	Periodo intergenésico corto				p*
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Fase activa lenta o prolongada					
Sí	1	,8%	1	,8%	0,999
No	125	99,2%	125	99,2%	
Detención de la dilatación					
Sí	0	0,0%	2	1,6%	-
No	126	100,0%	124	98,4%	
Detención del descenso					
Sí	0	0,0%	0	0,0%	-
No	126	100,0%	126	100,0%	
Rotura uterina					
Sí	0	0%	0	0,0%	-
No	126	100,0%	126	100,0%	
Total	126	100%	126	100%	

(*) Prueba Chi-cuadrado

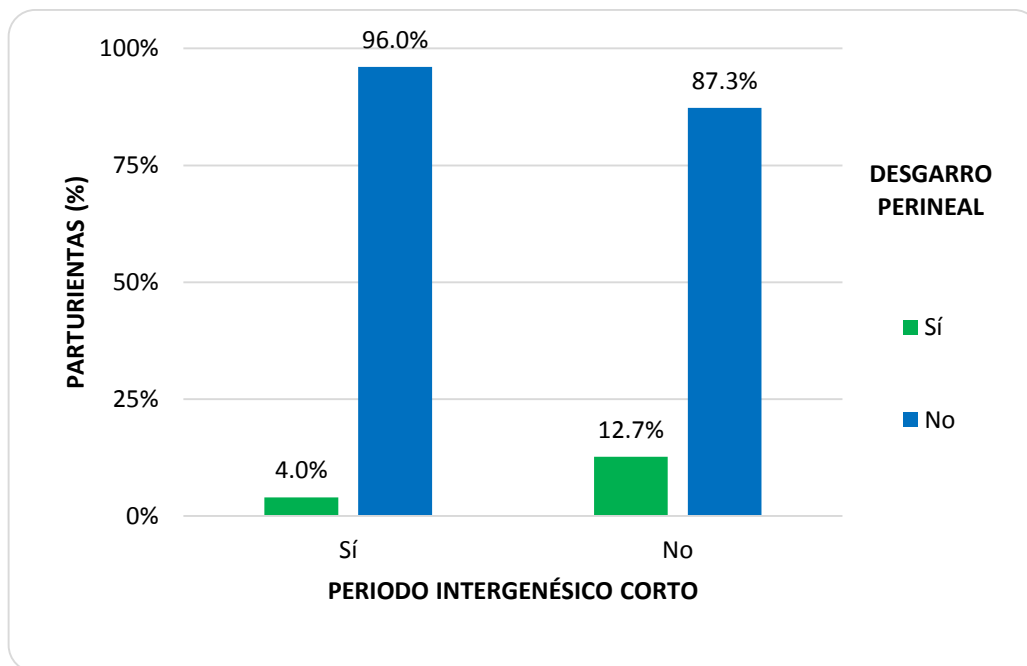
ANÁLISIS:

La tabla 12 muestra que no existió relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones de la dilatación, dado que las pruebas resultaron no significativas ($p > 0.05$), además para la detección de la dilatación, del descenso y de la rotura uterina no se pudo determinar tal relación debido a la ausencia de datos.

**RELACIÓN ENTRE PERIODO INTERGENÉSICO CORTO Y
COMPLICACIONES EN EL PERIODO EXPULSIVO**
Tabla Nº 13

Complicaciones del expulsivo	Periodo intergenésico corto				p*
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Periodo expulsivo prolongado					
Sí	6	4,8%	3	2,4%	0,309
No	120	95,2%	123	97,6%	
Desgarro Vaginal					
Sí	0	0,0%	2	1,6%	-
No	126	100,0%	124	98,4%	
Desgarro perineal					
Sí	5	4,0%	16	12,7%	0,012
No	121	96,0%	110	87,3%	
Lesión de cuello uterino					
Sí	0	0,0%	1	0,8%	-
No	126	100,0%	125	99,2%	
Cesárea de emergencia					
Sí	1	0,8%	0	0,0%	-
No	125	99,2%	126	100,0%	
Total	126	100%	126	100%	

(*) Prueba Chi-cuadrado



RELACIÓN ENTRE EL PERIODO INTERGENÉSICO CORTO Y EL DESGARRO PERINEAL
Gráfico N° 9

ANÁLISIS:

La tabla 13 muestra que existió relación significativa entre el periodo intergenésico corto y el desgarro perineal ($p=0,012$) (Ver gráfico 9). Continuando con la descripción, observamos que no existe relación significativa entre el periodo intergenésico corto y el periodo expulsivo prolongado ($p=0,309 > 0,05$). Por otro lado no se pudo determinar estadísticamente la relación entre el periodo intergenésico corto con el desgarro vaginal, la lesión de cuello uterino ni con la cesárea de emergencia por ausencia de datos. Sin embargo, se observó que ninguna de las pacientes con periodo intergenésico corto presento desgarro vaginal ni lesión de cuello uterino, y solo en una se realizó cesárea de emergencia.

**RELACIÓN ENTRE PERIODO INTERGENÉSICO CORTO Y
COMPLICACIONES DEL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO**
Tabla Nº 14

Complicaciones del alumbramiento	Periodo intergenésico corto				p*
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Atonía uterina					
Sí	1	,8%	0	0,0%	-
No	125	99,2%	126	100,0%	
Inversión uterina					
Sí	0	0%	0	0%	-
No	126	100,0%	126	100,0%	
Retención de placenta					
Sí	9	7,1%	14	11,1%	0,274
No	117	92,9%	112	88,9%	
Retención de restos placentarios					
Sí	9	7,1%	8	6,3%	0,802
No	117	92,9%	118	93,7%	
Total	126	100%	126	100%	

(*) Prueba Chi-cuadrado

ANÁLISIS:

La tabla 14 muestra que no existió relación significativa entre el periodo intergenésico corto y algunas de las complicaciones del alumbramiento ($p > 0,05$) e incluso no se pudo determinar estadísticamente la relación del periodo intergenésico corto con la atonía uterina debido a la ausencia de datos en el grupo sin periodo intergenésico corto.

**RELACIÓN ENTRE PERIODO INTERGENÉSICO CORTO Y
COMPLICACIONES NEONATALES**

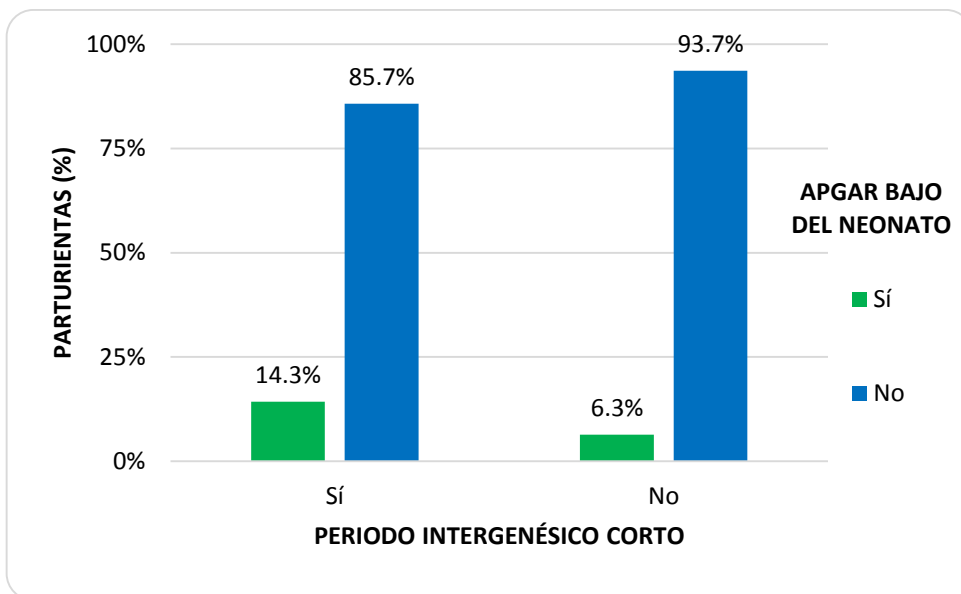
Tabla Nº 15

Complicaciones neonatales	Periodo intergenésico corto				p*
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Sufrimiento fetal agudo					
Sí	30	23,8%	24	19,0%	0,357
No	96	76,2%	102	81,0%	
Apgar < 7					
Sí	18	14,3%	8	6,3%	0,038
No	108	85,7%	118	93,7%	
Bajo peso al nacer					
Sí	20	15,9%	8	6,3%	0,016
No	106	84,1%	118	93,7%	
Muerte Perinatal					
Sí	6	4,8%	3	2,4%	0,309
No	120	95,2%	123	97,6%	
Total	126	100,0%	126	100,0%	

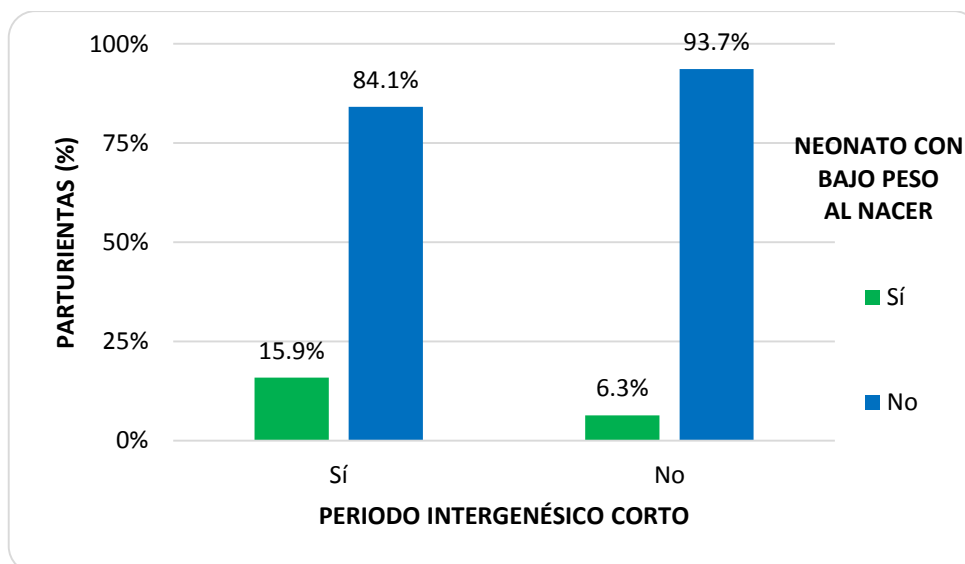
(*) Prueba Chi-cuadrado

ANÁLISIS:

La tabla 15 muestra que existió relación significativa entre el periodo intergenésico corto con el Apgar bajo ($p=0,038$), Se observó que el 14,3% de las pacientes con periodo intergenésico corto presentaron neonatos con Apgar bajo, proporción mayor al 6,3% de las pacientes con periodo intergenésico adecuado que también tuvieron neonatos de Apgar bajo (Ver gráfico 10). Asimismo, el periodo intergenésico corto se relacionó significativamente con el bajo peso al nacer ($p=0,016$), donde se observó que el 15,9% de las pacientes con periodo intergenésico corto presentaron neonatos con bajo peso al nacer, proporción mayor al 6,3% de las pacientes con periodo intergenésico adecuado que también tuvieron neonatos con bajo peso al nacer (Ver gráfico 11).



RELACIÓN ENTRE EL PERIODO INTERGENÉSICO CORTO Y EL APGAR BAJO
Gráfico N° 10



RELACIÓN ENTRE EL PERIODO INTERGENÉSICO CORTO Y EL BAJO PESO AL NACER
Gráfico N° 11

3.2 Interpretación, análisis y discusión de resultados

El presente estudio, se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones materno perinatales en el trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016. Para ellos se contó con una muestra total de 252 mujeres, 126 de ellas con periodo intergenésico corto y 126 con periodo intergenésico adecuado.

En cuanto a las características sociodemográficas, en ambos grupos se observó un mayor porcentaje de adultas: 70,6% y 74,6% respectivamente; el grado de instrucción mayoritario fue la secundaria completa también en ambos grupos: 78,6% y 80,2%. Respecto a las características obstétricas, se observó que en ambos grupos: 54,8% y 54,8% respectivamente se presentó como antecedente un aborto, lo mismo sucedió con el número de gestaciones, donde predominaron las multigestas. Los resultados fueron similar al de Morgan Ortiz, et al.⁽¹⁸⁾ quienes hallaron en su investigación realizada en México el año 2010, que el intervalo intergenésico corto postaborto con espacio menor o igual a seis meses no fue un factor de riesgo para un resultado obstétrico y perinatal adverso. En contraste Bener Abdulbari, et al.⁽¹⁶⁾ observaron en su investigación realizada en Catar el año 2012, que el periodo intergenésico corto tuvo mayor presencia en las mujeres menores de 25 años (49,4%, $p < 0.001$) y analfabetas (13,1%, $p = 0,043$). Con respecto a la edad gestacional al termino de la gestación se observó que las mujeres aquellas que tuvieron periodo intergenesico corto se vio en un 76.2% y en aquellas que tuvieron un periodo intergenesico adecuado se dio en un 88.9% a diferencia del estudio de Mahande Michael y Obure Joseph en su investigación realizada durante el 2016 en Tanzania, donde indicaron que los intervalos cortos entre los embarazos (< 24 meses) se asociaron con el parto prematuro (OR: 1.52; IC: 1,31-1,74), similar al estudio realizado de Seham Fareid, Ally Ragab; Azza Ali, Abd El Hamid; Manar Fathy, Heiba; Omaima Mohamed, Elalem, desarrollado en Egipto en el 2015, en el cual indican que los hallazgos del presente estudio revelaron que el intervalo intergenesico corto fue un factor de riesgo para el parto prematuro; y en relación a la ganancia de peso materno de 10 a 20 kilos, en el presente estudio se halló en aquellas mujeres

que tuvieron periodo intergenesico corto se dio en un 64.3% y aquellas mujeres con adecuado periodo intergenesico se dio en un 59.5%, con respecto no se encontraron estudios que se relacionen a dichos resultados.

En cuanto a la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones de la dilatación durante el trabajo de parto, el presente estudio no encontró relación significativa entre el periodo intergenésico corto y la fase activa lenta o prolongada. Sin embargo Seham Fareid, et al.⁽¹³⁾ en su investigación titulada “Effect of interpregnancy interval on pregnancy outcome among pregnant women attending delivery at belqas hospital”, realizada en Egipto el año 2015, si identificaron al intervalo intergenésico corto como factor de riesgo para el parto prolongado y obstruido con un ($p = 0,0008$ y $p = 0,006$) respectivamente.

Con respecto a la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones durante el periodo expulsivo, solo se halló una relación significativa entre el periodo intergenésico corto y el desgarro perineal mostrando un ($p=0.012$). Resultado similar encontró Flores Hernández, et al.⁽⁸⁾ en su estudio realizado en Iquitos el año 2015 titulado “Efectos maternos perinatales del parto vaginal en cesareada anterior con periodo intergenésico corto; Hospital Regional de Loreto. Enero 2013 - diciembre 2014”, donde mencionan que la tercera parte de su población presentó trauma obstétrico sobre todo desgarros perineales de bajo grado.

Los resultados de la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones del alumbramiento, no mostraron ninguna relación significativa tanto en la hemorragia post parto, inversión uterina, retención de placenta y la retención de restos placentarios. En oposición a lo hallado Seham Fareid, et al.⁽¹³⁾ en su estudio del año 2015, identificaron al intervalo intergenésico corto como factor de la hemorragia post parto reflejando una relación significativa con un ($p=0.018$). Cabe mencionar que Carrión y Celis⁽²⁾ en su estudio titulado “Impacto del intervalo intergenésico en la morbimortalidad materno perinatal. Hospital María Auxiliadora. Enero a diciembre 2011”, publicado el año 2014 en Lima, demostraron que la hemorragia puerperal aumentó su incidencia de forma considerable en los intervalos menores a 37 meses y también en los mayores a

60 meses, demostrando así que un embarazo en los intervalos ya mencionados puede ocasionar resultados adversos materno-perinatales.

Finalmente con respecto a la relación entre el periodo intergenésico corto y complicaciones neonatales, se evidenció que el periodo intergenésico corto está relacionado significativamente con el Apgar ≤ 7 ($p=0.038$) y con el bajo peso al nacer ($p=0.016$). Dichos resultados coinciden con los hallados por De Weger, et al.⁽¹⁷⁾ en su estudio desarrollado en Holanda el año 2011, donde mencionan que el intervalo intergenésico corto se encontraba asociado positivamente con el bajo peso al nacer. Otro estudio con resultados similares fue el de Bener Abdulbari, et al.⁽¹⁶⁾ quienes demostraron que el periodo intergenésico corto se encuentra asociado a un mayor riesgo de un feto con bajo peso al nacer. Por su parte Seham Fareid, et al.⁽¹³⁾ también identificaron al intervalo intergenésico corto como un factor de riesgo para un feto con bajo peso al nacer y Apgar con puntuaciones bajas. Asimismo Chen Innie, et al.⁽¹²⁾ en su investigación realizado en Canadá el año 2015, identificaron que el riesgo de bajo peso al nacer se incrementó con el periodo intergenésico a intervalos de 0 a 5 meses (OR: 1.48) y 6 a 11 meses (OR: 1.21).

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- El periodo intergenésico corto se relacionó significativamente con el desgarro perineal, el Apgar bajo y el bajo peso al nacer.

- El periodo intergenésico corto no se relacionó con ninguna de las complicaciones de la dilatación.

- El periodo intergenésico corto se relacionó significativamente con la complicación en el expulsivo: desgarro perineal.

- El periodo intergenésico corto no se relacionó con ninguna de las complicaciones del alumbramiento.

- El periodo intergenésico corto se relacionó significativamente con las complicaciones neonatales: Apgar bajo y bajo peso al nacer.

4.2 Recomendaciones

- Debido a los resultados que refieren una relación significativa entre el bajo peso al nacer y Apgar bajo con el periodo intergenésico corto, se sugiere ahondar en el estudio dichas complicaciones perinatales, pues en la revisión de antecedentes se identificaron algunos estudios que apoyan los resultados hallados.
- Se recomienda que para los próximos estudios se incluyan también las complicaciones materno perinatales durante el embarazo, pues los estudios utilizados como antecedentes si los incluyeron y obtuvieron mayor información.
- Se sugiere al personal obstetra que atiende en consulta a las mujeres en edad fértil, incidir en la información sobre los riesgos, materno perinatales de un embarazo con periodo intergenésico corto, pues de esta forma se evitará futuras complicaciones tanto para la madre como para el neonato.
- Realizar un estudio comparativo de los resultados materno-perinatales entre las gestantes con periodo intergenésico corto, periodo intergenésico adecuado y periodo intergenésico largo, para identificar la frecuencia de complicaciones que se presentan en dichos grupos poblacionales.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud. La mortalidad materna en el Perú. 2002 – 2011. Lima-Perú: MINSA; 2013.
2. Carrión L, y Celis F. Impacto del intervalo intergenésico en la morbimortalidad materno perinatal. Hospital María Auxiliadora. enero a diciembre 2011. Rev Peru Obstetric Enferm 2014; 10 (1): 1-10.
3. Álava N. Parto prematuro en pacientes con período intergenésico corto en el Hospital Universitario de Guayaquil periodo 2011-2015 [trabajo de titulación presentado como requisito para optar el título de médico]. Guayaquil-Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2015.
4. Santos L. Intervalo intergenésico corto como factor de riesgo asociado a anemia gestacional en el Hospital Regional Docente de Trujillo [tesis para optar el título de médico cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
5. Barahona A, y Marín M. Características del periodo intergenésico corto en pacientes atendidas en el Hospital Luis F. Martínez, durante el año 2014 [proyecto de investigación previo a la obtención del título de médica]. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca; 2016.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta de Demografía y Salud 2011. Lima: INEI; 2012.
7. Huamaní S. Asociación del intervalo intergenésico y la morbimortalidad materno fetal en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores Lima. 2014 [tesis para optar el grado académico de maestro en Obstetricia con mención en salud reproductiva]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2015.
8. Flores J. Efectos 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]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.
9. Mallqui P. Intervalo intergenésico y complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2015. [tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima: Universidad Arzobispo Loayza; 2015.

10. Mahande M, y Obure J. Effect of interpregnancy interval on adverse pregnancy outcomes in northern Tanzania: a registry-based retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016; 16: 140-150.
11. Chandna A, Mittal R, Sood A, Sood P. Inter-pregnancy interval and pregnancy outcome. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2016; 5 (2): 415-418.
12. Chen I, Jhangri G, Lacasse M, Kumar M, Chandra S. Relationship Between Interpregnancy Interval and Adverse Perinatal and Neonatal Outcomes in Northern Alberta. *J Obstet Gynaecol Can* 2015; 37 (7): 598–605.
13. Seham A, Azza A, Manar H, Omaima E. Effect of interpregnancy interval on pregnancy outcome among pregnant women attending delivery at belqas hospital. *IOSR J Nursing Health Science* 2015; 4 (4): 05-13.
14. De Franco E, Ehrlich S, Muglia L. Influence of interpregnancy interval on birth timing. *BJOG* 2014; 121: 1633–1641.
15. Firdous Nighat, Manzoor Rehina, Qureshi Ambreen, Pandit Basharat. Impact of interpregnancy interval on perinatal outcome. *JK- Practitioner*. 2014; 19(3-4): 75-79
16. Bener A, Mohammed S, Khalil k, Basha B, Joseph S, Samson N, y Albuz R. The impact of the interpregnancy interval on birth weight and other pregnancy outcomes. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, Recife*. 2012; 12 (3): 233-241.
17. De Weger F, Hukkelhoven C, Serroyen J, te Velde E, Smits L. Advanced maternal age, short interpregnancy interval, and perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204:421.e1-9.
18. Morgan F, Muñoz J, Valdez R, Quevedo E, Báez J. Efecto del intervalo intergenésico postaborto en los resultados obstétricos y perinatales. *Rev Ginecol Obstet Mex* 2010; 78 (1): 46-52.
19. Quito S. Periodo intergenésico prolongado como factor de riesgo asociado a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo enero 2012 - diciembre 2013 [tesis para optar el título de médico cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.

20. Nassif J. Obstetricia. Fundamentos y enfoque práctico. Argentina: Panamericana; 2012.
21. World Health Organization, USAID, Maternal and Child Health Integrated Program. Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. Organización Mundial de la Salud. 2014.
22. Castañeda A. Periodo intergenésico corto como factor de riesgo asociado a ruptura prematura de membranas en el Hospital Belén de Trujillo 2015 [tesis para optar el título de médico cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
23. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y perinatología. Lima: INMP; 2010.
24. Nápoles D, Couto D, Montes A. Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto. Rev MEDISAN 2012; 16 (5): 736 – 752.
25. Naveiro M, y Aguilar T. Fase activa del parto: conducta y manejo. 2010. Disponible en <http://bit.ly/2hP0mXI>
26. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Rotura uterina (actualizado julio de 2013). Rev Prog Obstet Ginecol. 2015; 58 (6): 296 - 299.
27. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. México: McGraw-Hill; 2011.
28. Llumiyinga D. Incidencia de traumatismos obstétricos y neonatales relacionados con el periodo expulsivo prolongado en pacientes atendidas en la sala de partos del Hospital Provincial General Riobamba durante el período abril - diciembre del 2011 [tesis para optar el título de obstetrix]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2012.
29. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Lesión obstétrica del esfínter anal. Madrid, 2010.
30. Cabrera S. Hemorragia Posparto. Rev Per Ginecol Obstet. 2010; 56: 23-31.
31. Rüdiger M, Küster H, Herting E, Berger A, Müller C, Urlesberger B et al. Variaciones en el puntaje de Apgar asignado a neonatos con muy bajo peso al nacer en diferentes unidades de cuidados intensivos neonatales. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2010; 29 (1): 10-15.

32. García L. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Rev Cuba Salud Pública. 2012; 38 (2): 238-245.
33. Ticona M, y Huanco D. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2011; 37 (3): 431-443.
34. Ministerio de Salud. Norma Técnica Sanitaria n° 105-MINSA/DGSP V.01 - Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. 2013. RM 827-2013/MINSA.

ANEXOS

Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
<p>Problema Principal ¿Cuál es la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones materno perinatales en el trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016?</p> <p>Problemas Secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo de dilatación del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016? - ¿Cuál es la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo expulsivo del trabajo de parto? - ¿Cuál es la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo de alumbramiento del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016? - ¿Cuál es la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones neonatales en el Hospital María Auxiliadora, 2016? 	<p>Objetivo General Determinar la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones materno perinatales en el trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo de dilatación del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016. - Determinar la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo expulsivo del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016. - Determinar la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo de alumbramiento del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016. - Determinar la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones neonatales en el Hospital María Auxiliadora, 2016. 	<p>Hipótesis general Existe relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones materno perinatales en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.</p> <p>Hipótesis secundaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo de dilatación del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016. - Existe relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo expulsivo del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016. - Existe relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones maternas en el periodo de alumbramiento del trabajo de parto en el Hospital María Auxiliadora, 2016. - Existe relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones neonatales en el Hospital María Auxiliadora, 2016. 	<p>Variable Independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periodo intergenésico corto <p>Variable Dependiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones materno perinatales en el trabajo de parto. 	<p>Diseño de la investigación: Nivel de investigación: aplicativo</p> <p>Tipo de investigación: Estudio cuantitativo, retrospectivo, de corte transversal, correlacional y no experimental.</p> <p>Población: 538 Pacientes con PIC atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el 2016.</p> <p>Muestra: 126 pacientes con periodo intergenésico corto y 126 pacientes periodo intergenésico adecuado, atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el 2016.</p> <p>Técnica e Instrumentos de recolección de datos: La técnica es documental (historias clínicas) y el Instrumento es una ficha de recolección</p> <p>Análisis de datos: Para evaluar la relación entre el periodo intergenésico corto y las complicaciones materno perinatales se utilizará la prueba Chi-Cuadrado con un nivel de confianza del 95%, considerándose como significativo un $p < 0,05$.</p>

Instrumentos de recolección de datos



RELACIÓN ENTRE PERIODO INTERGENÉSICO CORTO Y COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2016

Fecha: ___/___/___

Nº encuesta: _____

I.- Características sociodemográficas

- Edad: _____
- Estado Civil: Soltera () Casada () Conviviente () Otros: _____
- Grado de Instrucción:
Iletrada () Primaria completa () Primaria incompleta ()
Secundaria completa () Secundaria incompleta () Superior completa ()
Superior incompleta () Ocupación: _____

II.- Características obstétricas

- Fórmula Obstétrica: G__ P__ __ __ __
- Edad gestacional al término de la gestación: _____
- Ganancia de peso: _____
- Periodo intergenésico: () Corto (≤ 24 meses) () Adecuado u óptimo (25 y 48 meses)

III.- Complicaciones durante el parto

III.1.- Complicaciones maternas

De la dilatación

- Fase activa lenta o prolongada (>12 h primíparas/ 8 h multíparas) () Sí () No
- Detención de la dilatación (interrupción en fase activa ≥ 2 horas) () Sí () No
- Detención del descenso (interrupción del descenso ≥ 1 hora) () Sí () No
- Rotura uterina () Sí () No
- Otros () Especificar: _____

Del expulsivo

- Periodo expulsivo prolongado (>2 h primíparas/ 1 h multíparas) () Sí () No
- Desgarro vaginal () Sí () No
- Desgarro perineal () Sí () No
Grado de desgarro () I () II () III () IV
- Lesión de cuello uterino () Sí () No
- Cesárea de emergencia () Sí () No
- Otros () Especificar: _____

Del alumbramiento

- Atonía uterina () Sí () No
- Inversión uterina () Sí () No
- Retención de placenta () Sí () No
- Retención de restos placentarios () Sí () No
- Otros () Especificar: _____

IV.- Complicaciones neonatales

- Sufrimiento fetal: Si () No ()
- Apgar al minuto: : _____ puntos.
- Peso al nacer: _____ gramos.
- Muerte perinatal: Si () No ()