

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRIZ

Relación entre el periodo intergenésico y la rotura uterina en gestantes con cesárea anterior. “Hospital regional Docente de Trujillo 2010 – 2019.”

Área de investigación:
Salud Sexual y Reproductiva

Autor (es):
Br. Lucano Ruiz, Ana Cecilia
Br. Polo Meregildo, Loida Jemina

Jurado Evaluador:
Presidente: Rodríguez Vada, Edwin Carlos
Secretario: Vargas Gonzales, Ruth Araceli
Vocal: Iglesias Obando, Nancy Angélica

Asesor:
Manta Carrillo, Yvonne Graciela
Código Orcid: <https://orcid.0000000226740264>

Trujillo - Perú
2021
Fecha de sustentación:
06/08/2021

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 0312-2021-D-F-CCSS-UPAO

Trujillo, 18 de junio del 2021

VISTO: el Oficio N° 0364-2021-EPO-UPAO presentado por la señora Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, solicitando designación de Jurado de la Tesis de las bachilleras **LUCANO RUIZ ANA CECILIA Y POLO MEREGILDO LOIDA**, y;

CONSIDERANDO:

Que, la señora Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, ha remitido el Oficio N° 0364-2021-EPO-UPAO, declarando su conformidad con el cumplimiento de los requisitos académicos y administrativos;

Que, para efectos de dictaminar la tesis es necesaria la designación del jurado con docentes de la Facultad.

Que, en el Oficio referido en el primer considerando de la presente Resolución, la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia propone designar el Jurado de la Tesis titulada **RELACIÓN ENTRE EL PERIODO INTERGENÉSICO Y LA ROTURA UTERINA EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO. 2010 – 2019**, conducente al Título de Profesional de Obstetriz, proponiendo como Jurado a los docentes:

Ms. EDWIN CARLOS RODRÍGUEZ VADA	PRESIDENTE
MS. RUTH ARACELI VARGAS GONZALES	SECRETARIA
Ms. NANCY ANGÉLICA IGLESIAS OBANDO	VOCAL

Estando a lo dispuesto en el Reglamento de Grados y Títulos y a las consideraciones conferidas a este Despacho.

SE RESUELVE:

PRIMERO: DESIGNAR, al Jurado Evaluador que dictaminará la Tesis titulada: **RELACIÓN ENTRE EL PERIODO INTERGENÉSICO Y LA ROTURA UTERINA EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO. 2010 – 2019** realizada por las bachilleras **LUCANO RUIZ ANA CECILIA Y POLO MEREGILDO LOIDA**, el mismo que queda conformado por los docentes:

- **Ms. EDWIN CARLOS RODRÍGUEZ VADA** PRESIDENTE
- **Ms. RUTH ARACELI VARGAS GONZALES** SECRETARIA
- **Ms. NANCY ANGÉLICA IGLESIAS OBANDO** VOCAL

SEGUNDO: ESTABLECER que el jurado está obligado a presentar en forma consensuada y en el lapso de diez (10) días calendarios el dictamen correspondiente, contados a partir del día siguiente a la emisión de la presente Resolución.

TERCERO: REMITIR la presente Resolución a la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, para los fines consiguientes.

REGISTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHIVASE



[Handwritten Signature]
Dra. Antonieta Tresierra de Venegas
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



[Handwritten Signature]
Ms. Pablo Chuna Mogollón
SECRETARIO ACADÉMICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

C.c.: EPO, Archivo
[Handwritten Signature]



Trujillo

Av. América Sur 3145 - Urb. Monserrate - Trujillo
Teléfono: [+51] (044) 604444 - anexo 2341
fac_salud@upao.edu.pe
Trujillo - Perú

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRIZ

Relación entre el periodo intergenésico y la rotura uterina en gestantes con cesárea anterior. “Hospital regional Docente de Trujillo 2010 – 2019.”

Área de investigación:
Salud Sexual y Reproductiva

Autor (es):
Br. Lucano Ruiz, Ana Cecilia
Br. Polo Meregildo, Loida Jemina

Jurado Evaluador:

Presidente: Rodríguez Vada, Edwin Carlos

Secretario: Vargas Gonzales, Ruth Araceli

Vocal: Iglesias Obando, Nancy Angélica

Asesor:

Manta Carrillo, Yvonne Graciela

Código Orcid: <https://orcid.0000000226740264>

Trujillo - Perú

2021

Fecha de sustentación:

DEDICATORIA

Este trabajo fue realizado con mucho esfuerzo, valor y está dedicado a todas las personas que nos han dado fortaleza para continuar sin decaer, por ello; con toda nuestra humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

*De igual forma, dedico esta tesis a mis padres: **Luis Lucano Quispe Y Cecilia Ruiz Pintado** quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.*

*A mi hija: **Ashley Cueva Lucano** que ha sido mi fuerza para seguir adelante y ser el motivo de mi superación.*

Ana Lucano Ruiz

En primera instancia quiero dedicar este trabajo a Dios por darme la vida, y guiarme siempre en todo momento, para tomar siempre buenas decisiones hasta el día de hoy.

De la misma manera, dedico esta tesis a mis padres, por su apoyo incondicional y mi principal motivación y ganas de superación. Porque nunca me dejaron caer en este largo trayecto, y por hacerme una mujer de bien, inculcando siempre los buenos valores.

A mis hermanos que son mi motivación en mi día a día y por lo que representan para mi cada uno de ellos, y por su apoyo incondicional en esta etapa de mi vida.

Loida Polo Meregildo

AGRADECIMIENTO

*A **Dios**, porque nos ha dado la vida y nos ha guiado en este largo camino y porque aún lo sigue haciendo.*

*A **mi familia y amigos** por su ayuda, paciencia y comprensión.*

*A nuestra asesora **Ms. Ivonne Manta Carrillo y la Obstetra Ruth Vargas** por brindarnos sus conocimientos y orientación constante poder desarrollar con éxito nuestra tesis.*

*A **nuestros docentes**, que nos han ido formando cada ciclo académico, por su motivación y ejemplo a seguir.*

Las autoras.

RESUMEN

Con el fin de determinar la relación entre el periodo intergenésico y la rotura uterina en gestantes con cesárea anterior en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 – 2019. Se realizó un estudio de tipo descriptivo de relación con una muestra de 201 pacientes, a quienes se le aplicó una ficha de recolección de datos para poder determinar los casos de rotura uterina. El porcentaje de gestantes cesareadas anteriores con rotura uterina, abarcó un 1.1%. Teniendo como resultado que las gestantes con cesárea anterior, el 19.4% tuvieron un periodo intergenésico corto, el 27.86% presentó periodo intergenésico normal y un 52.74% un periodo intergenésico largo, del grupo de gestantes con rotura uterina el 24.4% tuvo PIG corto, el 35.6% PIG normal y el 40% PIG largo. Se concluye que el periodo intergenésico no guarda relación significativa ($p > 0.05$) con la rotura uterina en gestantes con cesárea anterior, del Hospital Regional Docente de Trujillo 2010 – 2019.

Palabras Clave: Periodo Intergenésico(PI), Cesárea anterior, rotura uterina. (DeSC)

ABSTRACT

In order to determine the relationship between the intergenetic period and uterine rupture in pregnant women with a previous cesarean section at the Trujillo Regional Teaching Hospital. 2010 - 2019. A descriptive relationship study was carried out with a sample of 201 patients, to whom a data collection form was applied to determine the cases of uterine rupture. The percentage of previous cesarean pregnant women with uterine rupture was 1.1%. As a result, 19.4% of the pregnant women with previous cesarean section had a short intergenetic period, 27.86% had a normal intergenetic period and 52.74% a long intergenetic period, of the group of pregnant women with uterine rupture, 24.4% had a short PIG, the 35.6% normal PIG and 40% long PIG. It is concluded that the intergenetic period does not have a significant relationship ($p > 0.05$) with uterine rupture in pregnant women with previous cesarean section, of the Regional Teaching Hospital of Trujillo 2010-2019.

Key Words: Intergenetic Period (IP), Previous Cesarean section, uterine rupture. (DeSC)

PRESENTACIÓN

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO:

De conformidad con las disposiciones legales vigentes en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Antenor Orrego, presentamos a su consideración la TESIS titulada: “RELACIÓN ENTRE EL PERIODO INTERGENÉSICO Y LA ROTURA UTERINA EN GESTANTES CON CESAREA ANTERIOR. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO. 2010 - 2019” con el fin de optar el TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRIZ. Trabajo apoyado en conocimientos y prácticas obtenidas durante nuestra vida pre profesional en nuestra alma mater y en nuestro internado. Sometemos la presente tesis a su criterio y respectiva evaluación.

Trujillo, julio del 2021

INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
PRESENTACIÓN.....	v
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO DE REFERENCIA.....	7
2.1. Marco Teórico:.....	7
2.2. Antecedentes del Estudio.....	15
2.3. Marco Conceptual.....	18
2.5. Variables e Indicadores.....	19
III. METODOLOGÍA.....	21
3.1. Tipo y nivel de investigación:.....	21
3.2. Población y muestra de estudio.....	21
3.3. Diseño de investigación:.....	23
3.4. Técnica e instrumento de investigación.....	23
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	24
3.6. Consideraciones éticas.....	25
IV. RESULTADOS.....	26
4.1. Análisis e interpretación de datos.....	26
4.2. Docimasia de hipótesis.....	31
V. DISCUSIÓN.....	31
VI. CONCLUSIONES.....	37
VII. RECOMENDACIONES.....	38
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
IX. ANEXOS.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1.A: Porcentaje de toda la población de gestantes con cesárea anterior con rotura uterina en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 – 2019	26
Tabla N° 1.B: Porcentaje de la muestra de gestantes con cesárea anterior con rotura uterina en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 – 2019	27
Tabla N° 2: Gestantes con cesárea anterior según el tiempo del periodo intergenésico. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 - 2019.....	28
Tabla N° 3: Gestantes cesareadas anteriores con rotura uterina según periodo intergenésico. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 – 2019.....	29
Tabla N° 4: Relación entre el periodo intergenésico y la rotura uterina de gestantes con cesárea anterior. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010-2019	30

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Problema de Investigación

Descripción de la Realidad Problemática:

El embarazo, parto y puerperio son procesos fisiológicos normales que deberían desarrollarse sin dificultad, tanto para la madre como para el neonato. Sin embargo, durante estos procesos se presentan complicaciones graves que pueden ocasionar morbilidad, secuelas y por último causar la muerte de la madre como del recién nacido.¹

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) casi 6000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo en el continente americano.² Informó UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) que existe más de 2,8 millones de gestantes y recién nacidos que mueren cada año, es decir, uno cada 11 segundos, y en su totalidad por causas que se pueden prever.³

Las principales complicaciones obstétricas que representan casi el 75% de todas las muertes maternas según la Organización Mundial de la Salud son: sangrado severo (principalmente sangrado después del parto), infecciones (generalmente después del parto), presión arterial alta durante el embarazo (preeclampsia y eclampsia), complicaciones del parto y abortos inseguros.⁴

En el Perú, la mayoría de muertes maternas ocurrieron por causas directas (59,1%) y dentro de ellas la más frecuentes fueron las hemorragias (25,2%).⁵

Durante la gestación, las hemorragias obstétricas se dividen de acuerdo al momento de aparición. Pueden abarcar la primera mitad del embarazo, como en casos de aborto, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica, o diagnosticarse en la segunda mitad del embarazo, como el desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y rotura uterina.⁶ La causa más frecuente de hemorragia posparto es la atonía uterina, también se puede provocar debido a traumatismos en la zona genital, rotura uterina, retención de restos uterinos y trastornos de la coagulación.⁷

La rotura del útero se asocia con una mortalidad y morbilidad materna y perinatal significativas.⁸ De acuerdo a La agrupación ginecológica española (AGE) en el 2017 indica que la rotura uterina es una complicación obstétrica poco frecuente que ocurren durante el parto y raramente durante el embarazo, el cual se registran menos del 1% de los casos, si llegase a suceder esta complicación sería extremadamente peligroso para la madre y el feto.⁹

La posibilidad de una rotura uterina en un útero intacto es poco frecuente,¹⁰ existen factores de riesgo que predisponen a la rotura uterina que son: cesáreas previas, periodo intergenésico corto (< 18 -24 meses), inducción del parto, obesidad, edad materna avanzada, endometriosis.¹¹

La incidencia de rotura uterina se encuentra entre 1 de cada 5700 y 1 de cada 20.000 embarazos. Generalmente se presenta en gestantes con cicatriz previa, como en el caso de una cesárea anterior. Es por ello que la rotura de útero ha ido intensificando debido al aumento de partos vaginales que se realizan tras una cesárea previa.¹² Generalmente el riesgo de rotura uterina en una mujer con antecedente de cesárea se sitúa alrededor del 0.5%.¹³

Las gestantes que presentan una cicatriz de cesárea transversal baja tienen menor riesgo de rotura de útero que las mujeres que tienen una cicatriz de incisión vertical. Entre 5 y 9 de cada 1,000 mujeres (0.5% a 0.9%) que tienen una cicatriz transversal baja sufren una rotura uterina en labor de parto.¹⁴

Según la Organización Panamericana de la Salud en América, 4 de cada 10 partos son por cesárea, superando el ideal de 1 cada 10 partos por cesárea considerado por profesionales de la salud de todo el mundo.¹⁵ La prevalencia de cesáreas en el Perú se incrementó de 28,6% a 34,7% entre los años 2014 y 2019.¹⁶

Periodo intergenésico corto (< 18 meses) es otro factor de riesgo para rotura uterina que se encuentra alrededor del 1.5% en estos casos, aunque algunas investigaciones no muestran tal incremento de riesgo.¹³

Según el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) determinó que los nacimientos han aumentado en los últimos cinco años, ya que pasó de 53,6 meses en el año 2013 a 57,3 meses en los años 2017 y 2018. El periodo intergenésico

más reiterado con el que se han dado los nacimientos en el país fue de 48 meses o más (59,4%). Cerca del 27,5% de los nacimientos ocurrieron sin un intervalo adecuado, es decir, menos de 36 meses luego del nacimiento previo.¹⁷

La rotura de un útero puede ser una situación catastrófica con muerte del niño y a veces muerte de la madre por hemorragia. En algunos casos la lesión del útero es irreparable y es necesaria la histerectomía. Las principales complicaciones son la muerte neonatal (82,9%), la muerte materna (9,8%) y las infecciones de la herida tras una intervención en condiciones de urgencia (6,6%). La reparación del útero es una opción terapéutica que se utiliza preferentemente, en las pacientes más jóvenes con una rotura transversal sin signos de infección. En las pacientes multíparas, que llegan con retraso y con signos evidentes de infección, la mejor opción es la histerectomía.¹⁸

Para poder prevenir la rotura uterina se debe orientar y hacer comprender a la mujer la importancia que tiene el respetar el tiempo mínimo intergenésico (>18 meses), y explicarle las posibles complicaciones que puede tener si esto no se cumple, sobre todo el gran aumento del riesgo cuando este periodo es inferior a 6 meses.¹² También se debería incluir la valoración de iniciar o no un embarazo en mujeres con alto número de partos; el acceso a los servicios obstétricos, entre ellos la cesárea por parto obstruido, además de la reducción del índice de cesáreas primarias y la mejora en la atención de las mujeres con intervención de cesárea previa.¹⁸

Es por ello la importancia de poder y saber identificar a los pacientes con factores de riesgo para que nos permita realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno. Teniendo en cuenta que en la actualidad están aumentando los casos de cesáreas, estos conllevarían a aumentar los factores de riesgo que predisponen a las pacientes a una posible rotura uterina y si esto se acompaña de un periodo intergenésico reducido puede aumentar el riesgo de muertes maternas y perinatales por causas de hemorragias uterinas. Es por ello que ante esta problemática decidimos realizar esta presente investigación.

Formulación del Problema:

¿Existe relación entre el periodo intergenésico y la rotura uterina de gestantes con cesárea anterior Hospital Regional Docente de Trujillo, 2010 - 2019?

Justificación del Estudio:

En la actualidad, de acuerdo a la OMS la hemorragia obstétrica es una de las principales causas de mortalidad materna y fetal⁴, y es una de las causas que tiene como consecuencia la rotura uterina, por lo cual hemos dado énfasis en ello, y la relación existente que pueda tener con el periodo intergenésico.

Por otro lado, durante las prácticas pre profesionales se ha venido observando que la atención en hospitales de nivel I y nivel III, cada vez acuden más gestantes con un embarazo cuyo periodo intergenésico, con respecto al anterior es corto, el cual es motivo de preocupación por el impacto negativo que causa tanto a la madre como al feto.

De esta manera a partir de los resultados que se encuentre en la investigación que pueden asociar el periodo intergenésico con mayor probabilidad de rotura uterina, se tomaría mayor importancia prevenir y detectar a tiempo el periodo intergenésico corto durante la gestación, estableciendo estrategias de prevención como el reforzamiento de consejería en los consultorios pre concepcionales como también durante el puerperio de las pacientes, con respecto al aplazamiento de su próximo embarazo, y que la pareja opte por un método anticonceptivo para espaciar su próximo embarazo y de esta manera evitar el posible daño sobre la fisiología del aparato reproductor femenino, en este caso como lo es el útero.

Así también poder establecer estrategias para fortalecer e incidir en la concientización del espaciamiento de los embarazos a través del uso de métodos anticonceptivos con el debido consentimiento de la pareja.

Por otro lado, es de relevancia social y económica ya que está de por medio la mortalidad materna fetal y otros factores de riesgo que una población con nivel socioeconómico bajo no podría solventar ni afrontar sus consecuencias.

Como por ejemplo el bajo nivel de hemoglobina a la semana postparto, alteraría la interacción madre-hijo, y no solo afectará negativamente el desarrollo social de la madre por las co-morbilidades que supone, sino que también tendrá un impacto negativo sobre el niño.

En el ámbito académico y de salud, a partir de esta investigación se podría obtener una aproximación a las características de las mujeres que puedan producir una rotura uterina a partir de un periodo intergenésico corto, y tener mejores medidas de prevención relacionadas con la hemorragia obstétrica, y un diagnóstico más preciso.

Tomando en cuenta que el periodo intergenésico es una variable modificable, se tendría como estrategia protocolizar la relación de ambas patologías, y posteriormente comprometer al personal sanitario para hacer énfasis en la planificación de la concepción, tomando en cuenta un periodo intergenésico óptimo (3 – 4 años), y evitar a futuro cesáreas innecesarias y por lo tanto la existencia de una rotura uterina.

1.2. Objetivos:

1.2.1. Generales:

Determinar si existe relación entre el periodo intergenésico y la rotura uterina de gestantes con cesárea anterior. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 - 2019.

1.2.2. Específicos:

- Identificar el porcentaje de gestantes con cesárea anterior con rotura uterina en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 – 2019
- Determinar según el tiempo del periodo intergenésico de gestantes con cesárea anterior. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 - 2019.
- Identificar a las gestantes cesareadas anteriores con rotura uterina según periodo intergenésico. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 - 2019.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco Teórico:

El embarazo es un proceso natural que requiere cuidados específicos y un seguimiento especializado con el fin de preservar en todo momento la salud y el bienestar de la madre y del feto. Es por ello que debemos realizar una buena consejería en planificación familiar para que la paciente pueda recuperarse y no regresar nuevamente embarazada en un tiempo corto, por lo que el periodo intergenésico debe ser adecuado y sin ninguna complicación que se pueda presentar durante el momento del parto.¹⁹

Una de las complicaciones que se pueden presentar en las gestantes durante el embarazo y parto es la rotura uterina, esta define como la interrupción de todas las capas del útero, incluyendo la capa serosa.²⁰ otros autores lo definen como la solución de continuidad patológica que sufre la cavidad uterina, situada con mayor frecuencia en el segmento inferior. La rotura del útero total se considera la complicación obstétrica más grave debido a su alta morbimortalidad materna y fetal, aunque el diagnóstico, tratamiento y medidas de soporte han reducido de forma importante la mortalidad materna. Debe diferenciarse de la dehiscencia de una cicatriz previa que no penetra en la serosa o no produce complicaciones. La rotura uterina intacta es rara, se asocia a sobre distensión por ejemplo en casos de polihidramnios, gestación múltiple, etc.²¹

Según su etiología se considera a pacientes con cesáreas previas al embarazo, partos traumáticos, hiperdinamia uterina, traumatismo por accidentes de tránsito, traumatismo por violencia o agresión física, maniobras de versiones externas y grandes extracciones.²²

La causa más frecuente de rotura uterina es la apertura de una cicatriz de una cesárea previa. Hay que diferenciar entre los diferentes tipos de rotura uterina pues en los casos de dehiscencias por lo general tienen poca significancia clínica y no

presenta resultados adversos fetales-neonatales, mientras que la rotura completa se puede acompañar de alta morbi-mortalidad materno-fetal.²³

La rotura uterina es más común en la múltipara que en la primípara. La musculatura uterina puede causar cierto agotamiento que predisponga a su laceración. La causa determinante de la rotura uterina es la contracción del útero, que puede ser exagerada y continua y puede llegar a vencer la resistencia del segmento inferior antes que éste permita la salida del producto. Las roturas del útero podemos clasificarlas en espontáneas y traumáticas. El término de espontáneas debe ser aplicado a aquellas roturas que se presentan en úteros en los cuales puede haber una causa predisponente que modifique la calidad de la fibra uterina y así tenemos: La multiparidad, por degeneración granulo-grasosa o hialina de la celdilla muscular. Los procesos endometrícos pueden debilitar la resistencia de la musculatura uterina. Las inserciones viciosas de placenta y las placentas patológicas cuyas vellosidades perforan el miometrio o que no encuentran una zona apropiada para su implantación disminuyendo la resistencia del útero y puede conllevar a este accidente.²⁴

El área clínica lo clasifica en rotura intraparto y postparto. La rotura durante el parto, se puede presentar como incompletas y completas. La rotura incompleta se diferencia por la alteración brusca de la contractilidad acompañada de alteraciones del ritmo cardiaco fetal, dolor abdominal y también sangrado leve. La rotura completa se caracteriza por el dolor abdominal intenso, bradicardia fetal que evoluciona rápidamente a la ausencia de latidos, hipotensión materna que conlleva a shock. La rotura después del parto, se produce de manera simultánea con la expulsión del feto, los síntomas que se presentan son: genitorragia variable y signos de hipovolemia, si la manifestación es tardía puede existir dolor abdominal, taquicardia y afectación progresiva del estado general por hipovolemia, ante este tipo de situación el manejo debe ser inmediato, pasar a la paciente de urgencia al quirófano para la extracción del producto y corrección de la hemorragia.²⁵

Otra clasificación de la rotura uterina es según su profundidad, encontramos rotura uterina completa, podría decirse que es la rotura uterina propiamente dicha. Es la interrupción de todas las capas de la pared uterina, incluyendo la serosa, por lo que hay comunicación directa con la cavidad abdominal. Tiene importante morbimortalidad materno-fetal, pudiendo ocasionar: hemorragia severa, rotura vesical, histerectomía, hipoxia fetal. En países desarrollados la principal causa es el intento de parto vaginal tras cesárea anterior, mientras que en países en vías de desarrollo la principal causa es el estancamiento del expulsivo con imposibilidad de parto instrumental. Rotura uterina incompleta o dehiscencia, la serosa permanece intacta, por lo que no hay comunicación con la cavidad abdominal. En muchas ocasiones no presenta manifestaciones clínicas evidentes, pudiendo permanecer oculta. Sus complicaciones son mucho más leves; las membranas fetales no están rotas, el feto permanece en la cavidad uterina y el sangrado no se produce o es mínimo. En ocasiones el diagnóstico se realiza en posteriores cesáreas.²¹

Los factores de riesgo que se presentan durante una rotura uterina son: debilidad intrínseca de la pared o arquitectura anormal del útero (útero bicorne, didelfo, etc.), gran multiparidad, periodo intergenésico corto (<18-24 meses), edad materna avanzada, obesidad (índice de masa corporal >40), macrosomía (>4.000g), placentación anormal (placenta ácreta, ícreta o pércreta), cirugía uterina previa, utilización de uterotónicos (oxitocina y prostaglandinas) y maniobras obstétricas traumáticas (parto instrumental, abortos del 2.º trimestre, inversión uterina y, distocia de hombros, etc.)²⁶

El reconocimiento de los síntomas y signos nos permitirá realizar un diagnóstico precoz y manejo inmediato de rotura uterina, dentro de ellos tenemos: anomalías en la frecuencia cardíaca fetal, no hay un patrón patológico, aunque lo más frecuente es la aparición de una bradicardia grave que puede estar precedida de deceleraciones tardías. Muerte fetal, sangrado vaginal que puede ser moderado, leve, e incluso inexistente. Es muy típico el incremento del sangrado al mover la presentación mediante tacto vaginal, hemorragia intraabdominal (se manifiesta con el deterioro hemodinámico de la madre), dolor abdominal repentino o empeoramiento del mismo (podría estar enmascarado por la anestesia), distensión y abombamiento del segmento uterino inferior (doloroso a la palpación y que

persiste aún con el útero relajado) y alteraciones en la dinámica uterina (en el registro topográfico se observa una fase de hiperdinamia, seguida de un patrón denominado “en escalera”, que consiste en una disminución progresiva de la intensidad de las contracciones).²¹

Las medidas para prevenir una rotura uterina son las siguientes: uso adecuado de la oxitocina, principalmente en gran multíparas, partos prolongados y fetos muertos si se asocia con prostaglandinas, verificar antecedentes de mujeres con cesárea previa a la hora de permitir el parto por vía vaginal. Evitar el uso de misoprostol en cesáreas anteriores, disminuir el tiempo de espera en fase activa de parto sin progresión (parto estacionario) y el expulsivo en pacientes con cesárea anterior, evitar maniobras de Kristeller en la segunda fase del parto, fundamentalmente en mujeres con cesárea previa, indicar cesárea electiva en mujeres con cesárea previa longitudinal o en T invertida (con más de dos cesáreas previas, con apertura de cavidad endometrial durante la cirugía uterina o con rotura uterina previa), en mujeres con cesárea anterior con factores asociados como diabetes gestacional, macrosomía, necesidad de inducción o presentación podálica, no hay contraindicación para el parto vaginal, pero debe actuarse con prudencia.²⁷

La rotura uterina puede ir precedida del cuadro clínico denominado amenaza de rotura, que se caracteriza por: Intensa actividad uterina (contracciones que se suceden cada uno o 2 min), dolor o molestias generalizadas en el abdomen o sobre la zona suprasinfisaria, la paciente se muestra inquieta, taquicardia con cierto grado de ansiedad y trazado anormal de la frecuencia cardiaca fetal (FCF), fundamentalmente deceleraciones variables o tardías.²⁶

En la mayor parte de los casos, la rotura uterina se cierra de la misma forma que una histerectomía convencional. Si bien se consideraba que el número de capas de la histerorrafia no influye en la tasa de roturas posteriores. De manera que, actualmente, se tiende a realizar una sutura en doble capa del defecto, especialmente si se trata de una rotura sobre histerorrafia de cesárea anterior. En el caso de que no sea posible el cierre y hemostasia adecuados, será necesaria la realización de una histerectomía. En estos casos los principales factores a tener en cuenta son la posibilidad de salvar el útero, así como el deseo de una gestación a futuro de la paciente. Los objetivos de la cirugía conservadora son: reparar el

defecto de la pared uterina, controlar la hemorragia, identificar daños en otros órganos.²¹

La rotura de útero durante la labor de parto es una complicación grave y poco frecuente en el intento de parto vaginal tras una cesárea previa. La medición del grosor del segmento inferior uterino por ecografía durante el tercer trimestre es una herramienta para identificar las pacientes con riesgo elevado y así reducir los casos de rotura uterina en gestantes con cesárea anterior que desean un parto vaginal como vía de finalización de la gestación. El riesgo de esta complicación varía entre el 0,5 y el 4%. Existe una relación inversa entre el grosor del segmento inferior uterino y el riesgo de defecto a nivel de la cicatriz uterina. Los diferentes estudios establecen los 3,5 mm y los 2,3 mm del grosor del segmento inferior como límite de seguridad.²⁸

No hay un método exacto para predecir la rotura uterina, salvo el monitoreo estricto de la evolución del trabajo de parto, sobre todo en los casos con factores predisponentes bien establecidos como: cesárea previa, parto traumático, hiperestimulación o la hiperdinamia uterina. Las manifestaciones clínicas de la rotura uterina son muy variables, desde alteraciones inespecíficas de la frecuencia cardíaca fetal (sobre todo bradicardia fetal), palpación de partes blandas a través del abdomen materno, sangrado vaginal, inestabilidad hemodinámica de la paciente, cese de la dinámica uterina, hasta dolor selectivo en la zona de la cicatriz. Pero la consideración de rotura temprana uterina ante mujeres con factores de riesgo favorecerá una identificación y rápida resolución que pueden suponer una diferencia radical en la morbilidad y mortalidad materna y fetal. El riesgo absoluto que se puede presentar durante la inducción del parto es bajo; pero su riesgo relativo es alto, especialmente asociado con la indicación de prostaglandinas ante un índice de Bishop desfavorable.²⁹

La rotura uterina puede presentarse si la paciente no ha tenido un tiempo establecido para su siguiente hijo, es por ello que la gestante debe conocer cuál es el tiempo adecuado que debe esperar para el siguiente hijo que desea tener y es por ello que debe conocer el periodo intergenésico que debe tener para su siguiente gestación.

El período intergenésico es el espacio de tiempo entre la finalización del último evento obstétrico (embarazo) y el inicio de la siguiente gestación (fecha de última menstruación), otra manera de definirse es como aquel período en meses entre el término de un embarazo y la concepción del siguiente, tomándose como parámetros la fecha en que finalizó el embarazo previo y la de la última menstruación, si se trata de una paciente con ciclos menstruales regulares o basándonos en la edad gestacional por ecografía.²⁷ Otro concepto que se da, es el espacio entre fechas de dos nacimientos vivos sucesivos menos la edad gestacional del neonato más reciente.^{30,31}

El espacio entre embarazos es importante porque permite a la madre recuperarse después de un evento obstétrico (aborto, nacimiento pretérmino o a término). Según la Organización Mundial de la Salud se recomienda que tras el parto de un recién nacido vivo el periodo intergenésico adecuado hasta el siguiente embarazo es de por lo menos 24 meses, con la finalidad de reducir el riesgo de morbi mortalidad materna tanto en la madre como en el neonato. Tras un aborto espontáneo o inducido lo recomendable es que el tiempo hasta la siguiente concepción sea de por lo menos 6 meses por la misma razón.³²

La Organización Mundial de la Salud estipula que existen distintos conceptos para el periodo que transcurre entre un embarazo y el siguiente, que son:

Periodo Inter-Evento Obstétrico se toma la fecha del último evento obstétrico (parto vaginal, cesárea o aborto) a la fecha de probable resolución siguiente. Se le restan nueve meses para tener equivalencia con el periodo intergenésico. En caso de que la resolución sea un aborto, la equivalencia a periodo intergenésico se realiza restando las semanas (o meses) transcurridos de la gestación.³³

Periodo Intergenésico es el intervalo entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo (Fecha de última menstruación). La mayoría de las publicaciones sugieren el uso de intervalo genésico o periodo intergenésico para orientar el adecuado espaciamiento entre un embarazo y otro. El tiempo sugerido para iniciar la siguiente gestación posterior a un parto vaginal o por cesárea, es de al menos 18 meses mientras que el periodo posterior a un aborto es de 6 meses.

Las complicaciones que se presentan ante un periodo intergenésico corto o largo, se dividen en maternos, perinatales, neonatales y post-aborto.³³

El período intergenésico se clasifica como corto cuando es menor o igual a 24 meses, entre 25 y 48 meses como óptimo y mayor o igual a 49 meses como prolongado ³⁴, aunque otros estudios lo clasifican como corto si es menor de 24 meses, entre 24 y 48 meses como lo normal y mayor de 48 meses como el prolongado.³⁵

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el periodo intergenésico corto se define como el tiempo transcurrido desde el último parto hasta el inicio de la nueva gestación menor a 24 meses.³⁵

El periodo intergenésico menor de 2 años no se recomienda porque es el tiempo que le toma al organismo materno retornar a su estado basal a través del puerperio y sus cambios anatomo fisiológicos, de la mano con la lactancia; también se le considera el tiempo que se debe dedicar al crecimiento y desarrollo del niño; la responsabilidad de un nuevo embarazo sumada al cuidado y la atención de un niño pequeño, influye negativamente en la salud de la madre y el hijo.³⁶

El intervalo intergenésico corto está relacionado con un aumento de complicaciones perinatales, parto pretérmino, bajo peso al nacer, y restricción de crecimiento intrauterino. Además, está asociado a malformaciones congénitas, anemia materna, rotura prematura de membranas, placenta previa, y rotura uterina en mujeres con cesárea previa.³⁷

La mujer durante la gestación y la lactancia disminuye sus recursos biológicos y nutritivos, por lo que necesita tiempo para recuperarse y estar preparada para otra gestación, esto explica la alta frecuencia de bajo peso al nacer en estas condiciones. El riesgo en esta circunstancia es tanto como para el que cierra el período intergenésico corto, como para el producto que lo inició.³⁸

El periodo intergenésico óptimo según la Organización Mundial de la Salud, tras el parto de un recién nacido vivo el intervalo recomendado hasta el siguiente embarazo es de por lo menos 24 a 60 meses con la finalidad de reducir el riesgo de complicaciones tanto en la madre como en el neonato y tras un aborto

espontáneo o inducido la recomendación es que el intervalo hasta la siguiente concepción sea de por lo menos 6 meses por la misma razón.³⁹

El periodo intergenésico largo es el espacio entre fechas de dos nacimientos vivos consecutivos, menos la edad gestacional del neonato más reciente que corresponde a un periodo superior a 48 meses.³⁴

El espaciamiento largo entre embarazos, se asocian a un riesgo mayor de complicaciones, como parto prematuro, preeclampsia y eclampsia. Además, por otra parte, el periodo intergenésico superior a 49 meses demostró ser un factor de riesgo para desarrollar trastornos hipertensivos en el embarazo como preeclampsia.³⁹

En el periodo intergenésico prolongado mayor de 4 años, produce un problema en la vascularidad debido a la rigidez de las arterias espiraladas uterinas y esto genera un déficit de aporte sanguíneo e hipoperfusión placentaria, degenerando el daño endotelial, lo cual constituye la principal explicación desde el punto de vista fisiopatológico del desarrollo de preeclampsia.³⁶

2.2. Antecedentes del Estudio

INTERNACIONAL:

Muñoz A, Merino A, Odriozola J, Sesmero J, (España, 2015)⁴⁰, en su estudio sobre Rotura uterina completa en el intento de parto vaginal en gestantes con cesárea anterior en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, revisaron casos de rotura uterina completa, encontrando que se atendieron 27.008 partos, de los cuales 2.644 fueron en mujeres con cesárea anterior. Se produjeron un total de 5 roturas uterinas completas, todas ellas en las 2.198 mujeres con cesárea anterior que intentaron el parto vaginal, encontrando como resultado que la incidencia total de rotura uterina fue de 0,019%. Entre las gestantes con cesárea anterior fue del 0,19% y en el subgrupo que intentó el parto vaginal fue de 0,23%.

Amaluisa D, (Ecuador 2016)⁴¹, realizó un estudio para encontrar la relación del periodo intergenésico corto como causa de las complicaciones obstétricas más prevalentes como el parto prematuro, trastornos hipertensivos y rotura uterina; fue un estudio retrospectivo de cohorte, descriptivo no experimental mediante recolección de datos de historias clínicas de madres que fueron atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Se consideró como muestra a madres de 20 a 35 años, multíparas, sin patologías previas, teniendo como resultado un tamaño muestral de 254 pacientes. Se encontró que la prevalencia de periodo intergenésico corto es del 26%. El periodo intergenésico corto es un factor de riesgo independiente de parto prematuro aumentando el riesgo 2,33 veces. Acerca de la rotura uterina no se presentaron casos en esta muestra por lo que no pudo ser analizada.

Hidalgo P, Hidalgo M (España 2017)⁴², en su investigación sobre El riesgo de rotura del útero durante el parto vaginal después de una cesárea, en una Revisión sistemática consultando las siguientes bases de datos: PubMed (MEDLINE), Cochrane Library Plus, Embase, Nursing @ Ovid, Cuidatge y Dialnet. La búsqueda se realizó entre enero y marzo de 2015. Se incluyeron un total de 39 documentos, la incidencia de rotura uterina en los resultados de los estudios analizados varió de

0.15 a 0.98% en el trabajo de parto espontáneo; 0.3–1.5% en estimulación e inducción con oxitocina , y 0.68–2.3% en inducciones de prostaglandina. Concluyó que el principal factor de riesgo es la rotura uterina y que la inducción del parto con oxitocina y / o prostaglandinas aparece como el principal factor de riesgo de rotura uterina.

Janisse G, Abad I, Jahn V, Pablo N (México, 2019)⁴³ en su estudio sobre Rotura uterina espontánea en el puerperio fisiológico tardío, describe el caso de una paciente de 33 años, gesta tres, cesárea anterior, partos vaginales dos, la cual presentó ruptura uterina en el puerperio fisiológico tardío. Este artículo realiza una revisión sobre las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico practicado. La paciente acudió al Servicio de Urgencias 11 días posteriores a un parto instrumentado e inducido con 100 microgramos de misoprostol vía vaginal, además de presentar dolor abdominal tipo cólico difuso. En la exploración física se detectaron datos de abdomen agudo. Se solicitó una tomografía de abdomen y pelvis con contraste intravenoso y se observaron datos sugestivos de rotura uterina. Se decide realizar una laparotomía exploradora que mostró una rotura uterina completa en el sitio de la histerorrafia previa con extensión lateral izquierda, la cual comprometía el ligamento redondo y ancho.

Reyna E, Torres D, Rondon M. (Venezuela 2019)⁴⁴ en su investigación sobre Rotura uterina en el segundo trimestre por acretismo placentario, en gestante con sutura compresiva uterina previa. Se analizó que la hemorragia posparto puede ser una afección potencialmente mortal. Los procedimientos para reducir la pérdida sanguínea varían desde masaje uterino, tratamiento médico, taponamiento uterino e histerectomía. La sutura compresiva uterina, o técnica de B-Lynch, se ha propuesto para controlar la hemorragia posparto en aquellos casos de atonía uterina, preservando la fertilidad. Aunque el reporte de complicaciones de este procedimiento es escaso, se ha descrito la aparición de necrosis, rotura uterina y, más recientemente, invasión exagerada y anormal de la placenta (acretismo placentario) en el embarazo subsiguiente. Es necesario informar a las pacientes sobre las complicaciones potenciales del procedimiento y la necesidad de seguimiento postoperatorio para confirmar la ausencia de complicaciones.

NACIONAL:

Candiotti Ramírez EJ. (Lima- Perú, 2018)⁴⁵ en su estudio “Incidencia de la hemorragia inmediata postparto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015”. Su objetivo fue determinar la incidencia y factores asociados de la hemorragia inmediata postparto vaginal. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, y retrospectivo con un total de 80 casos. En estos resultados: La incidencia de hemorragia post parto es 5.3%. Las principales causas de hemorragia post parto fueron atonía uterina (63.75%), desgarros perineales (27.5%) y atonía más retención de restos placentarios (3.75%). La frecuencia de anemia ante parto es de 17.5%. Los factores de riesgo durante el embarazo fueron no control prenatal (26.25%), adolescente (20%). Los factores de riesgo en el intraparto fueron parto prolongado (30%) y macrosomía fetal (6.25%). Se concluye: “Es necesario detectar los factores de riesgo que presentan las gestantes durante el embarazo y en el intraparto para poder evitar y estar preparados ante cualquier complicación.

González A., (Perú 2020)⁴⁶ en su estudio sobre factores asociados como factor de riesgo de rotura uterina en gestantes del Hospital II-2 Santa Rosa, Piura – Perú; durante los años 2010 - 2019. Estudio analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. Se recogieron los datos necesarios y se consignaron en la ficha de recolección de datos confeccionada previamente. Obtuvieron un resultado de un total de 43 casos y 172 controles entre el 2010-2019, un 16.2% (7 casos) se reportaron en el 2018; con proporción de 0.16% en los últimos 5 años. Se encontró del antecedente de cesárea previa estaba en relación con el riesgo de rotura uterina (ORc: 1.8, IC 95%: 1.06-3.07), sobre todo cuando esta era igual o mayor a 3 (ORa: 2.12, IC 95%: 1.02-4.42). Los casos de rotura uterina en las gestantes atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa se presentaron con una proporción de 0.16%. Se demostró que la cesárea previa aumenta 2 veces más el riesgo de rotura uterina. Además, el tener como antecedente 3 o más cesáreas, aumenta el riesgo de 2 veces más de rotura uterina en comparación con valores inferiores a este.

LOCAL:

No se encontró investigaciones sobre rotura uterina y periodo intergenésico realizadas en la región de La Libertad.

2.3. Marco Conceptual

PERIODO INTERGENÉSICO: Es el espacio de tiempo comprendido entre el término de un embarazo y el inicio del actual embarazo, tomándose en cuenta la fecha en la que terminó la gestación previa y la fecha de última menstruación.³⁷

ROTURA UTERINA: Es la interrupción de la continuidad de todas las capas del útero, incluyendo la capa serosa.²⁰

2.4. Sistema de Hipótesis

2.4.1. Hipótesis de Trabajo o Investigación (Hi)

El periodo intergenésico se relaciona significativamente con la rotura uterina en gestantes con cesáreas anteriores. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 – 2019.

2.4.2. Hipótesis Nula (Ho)

El periodo intergenésico no se relaciona significativamente con la rotura uterina en gestantes con cesáreas anteriores. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 – 2019.

2.5. Variables e Indicadores

2.5.1. Variable Dependiente: PERIODO INTERGENÉSICO

- Definición Nominal: Es el espacio de tiempo comprendido entre el término de un embarazo y el inicio del actual embarazo, tomándose en cuenta la fecha en la que terminó la gestación previa y la fecha de última menstruación.³⁷
- Definición operacional: Para evaluar el tiempo (meses) entre un embarazo y otro de la gestante.
- Indicador de la variable:
 - Periodo intergenésico Corto:
 - SÍ: Cuando el periodo intergenésico es menor o igual a 24 meses.
 - NO: Cuando el periodo intergenésico no es menor o igual a 24 meses.
 - Periodo intergenésico Normal:
 - SI: Cuando el periodo intergenésico es entre 25 y 48 meses.
 - NO: Cuando el periodo intergenésico no es entre 25 y 48 meses.
 - Periodo intergenésico Largo:
 - SÍ: Cuando el periodo intergenésico es mayor o igual a 49 meses.
 - NO: Cuando el periodo intergenésico no es mayor o igual a 49 meses.

2.5.2. Variable independiente: ROTURA UTERINA

- Definición Nominal: Es la interrupción de la continuidad de todas las capas del útero, incluyendo la capa serosa.²⁰
- Definición operacional: Esta variable se evaluará en las pacientes con cesárea anterior cuyo diagnóstico se confirma en las historias clínicas.

- Indicador de la variable:
 - Rotura Uterina:
 - Si: Cuando en la Historia clínica se tiene como diagnóstico rotura uterina.
 - No: Cuando en la Historia uterina no se tiene como diagnóstico rotura uterina.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación:

Descriptiva de relación

3.2. Población y muestra de estudio

3.2.1. Población:

La población escogida como objeto de estudio, fue conformado por 4115 gestantes con cesáreas anteriores que se atendieron en el Hospital Regional Docente de Trujillo registradas del año 2010 al 2019.

3.2.2. Muestra:

La muestra de estudio se obtuvo del Hospital Regional Docente de Trujillo y fue un total de 201 pacientes, la cual estuvo conformada por dos grupos, una que presenta rotura uterina de 45 pacientes y otro grupo que no presenta rotura uterina conformada por 156 pacientes registradas del año 2010 a 2019.

$$n^{\circ} = \frac{Z^2 (p * q)}{e^2}$$

Donde:

Z= nivel de confianza = 1.96

P= porcentaje de la población que tiene el atributo deseado = 0.115

q = porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado = 0.885

e = error de estimación máximo aceptado = 0.0025

Reemplazando:

$$= \frac{1.96^2 (0.115 * 0.885)}{0.0025} = 156$$

Selección de la muestra:

Se realizó un muestreo aleatorio simple.

Criterios de Inclusión

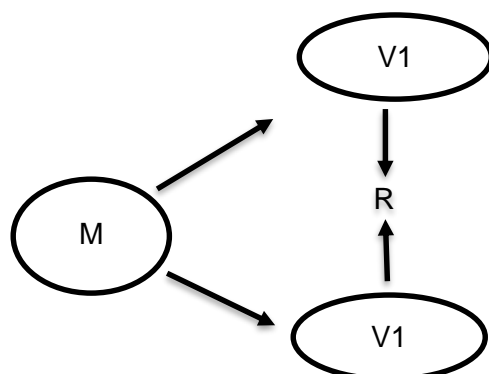
- Historias clínicas de gestantes con cesáreas anteriores.
- Historias clínicas de gestantes que presentaron rotura uterina por complicación obstétrica.
- Historias clínicas de gestantes cesareadas anteriores con periodo intergenésico corto, normal y largo
- Historias clínicas de gestantes que empezaron trabajo de parto y terminaron en cesárea.
- Historias clínicas de gestantes con cesáreas programada.

Criterios de Exclusión

- Historias clínicas de gestantes con partos vaginales.
- Historias clínicas de gestantes que no presentaron complicaciones en el momento del parto.

3.3. Diseño de investigación:

Estudio descriptivo transeccionales.



M: Gestantes cesareadas anteriores

V1: Periodo intergenésico

V2: rotura uterina

3.4. Técnica e instrumento de investigación

Técnica: Se utilizó para la investigación una ficha de recolección de datos, a través de la revisión de la historia clínica.

Instrumento: Se recolectó datos de las historias clínicas de cesareadas anteriores que presentaron rotura uterina del Hospital Regional Docente de Trujillo. En la primera parte se obtuvieron los datos personales de la paciente (nombre, edad, historia clínica, grado de instrucción, estado civil, ocupación), en la segunda parte se recolectó datos de las características obstétricas (número de gestas, paridad, número de cesáreas, complicaciones en el parto, periodo intergenésico, edad gestacional, rotura uterina).

Procedimiento:

Ingresaron a estudio las 201 pacientes que presentaron y no presentaron rotura uterina atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante los años 2010 hasta el 2019 y que cumplieran con los siguientes criterios de selección, para ellos se solicitó autorización a dicho hospital para la realización de la investigación.

- Se solicitó Permiso a la Oficina de docencia e Investigación del HRDT.

- Se acudió a la oficina del Departamento de Ginecología para solicitar los números de historias clínicas perinatales.
- Se realizó la revisión de las historias clínicas perinatales de las pacientes que entran en nuestra muestra que son 45 pacientes que presentaron rotura uterina del Hospital Regional Docente de Trujillo y por sorteo se escogió a los pacientes que no presentaron rotura uterina para poder reconocer si existe o no relación con nuestra investigación.
- Se recogió los datos necesarios que correspondan a las variables de estudio, las cuales se incorporó a la ficha de recolección de datos.
- Luego se continuó con el llenado de la ficha de recolección de datos hasta completar los ítems establecidos para nuestra investigación.
- Se recogió los datos de las fichas de recolección de datos con el objetivo de elaborar la base de datos respectivo para proceder a realizar del análisis de información.
- Finalmente se tabuló los datos extraídos para procesarlo y obtener resultados.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados fueron procesados y analizados de manera automatizada haciendo uso de la hoja de cálculo en Microsoft Excel y el programa estadístico SPSS Statistics 25.0 (IBM, Armonk, NY, USA), para luego presentar los resultados en tablas y/o gráficos mostrando los resultados de acuerdo a los objetivos planteados. Se presentaron tablas de frecuencias absolutas y porcentuales. Para determinar si existe relación entre el periodo intergenésico y la rotura uterina de gestantes con cesárea anterior, se empleó la prueba Chi Cuadrado (X^2).

Se consideró un nivel de significancia del 5%.

3.6. Consideraciones éticas

Este estudio fue realizado, teniendo en cuenta la declaración de Helsinki y teniendo la consideración en el Art. 18 de la Ley del Colegio de Obstetras del Perú en el Capítulo V, Art. 21.8; 21.9 y 21.10 del Estatuto: tomando en consideración que las fallas y otras faltas serán sancionadas por este Código se refieren al comportamiento ético; y son independientes de aquellos juzgados y sancionados de acuerdo a las leyes civiles y penales por las autoridades peruanas correspondientes.

ANONIMATO: Los nombres de las historias clínicas de las gestantes que participaron en la investigación no aparecen en el instrumento, siendo totalmente anónimo.

PARTICIPACIÓN DE SERES HUMANOS: El estudio no necesitó involucrar la participación de seres humanos en este caso de las gestantes.

PROCESO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: No fue necesario, solo el permiso del Hospital Regional Docente de Trujillo para permitir el acceso a las historias clínicas las cuales se trabajó de manera anónima.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA: La información fue ingresada en el software con el que se trabajó el procesamiento y análisis de datos, todos los datos fueron almacenados por las investigadoras hasta que culminó la investigación y fue anónimas.

VERACIDAD DE LOS DATOS: Se obtuvo los datos de las historias clínicas tal y cual se encontraron al levantar la información.

INOCUIDAD: Esta investigación no causó daños a los participantes.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de datos

Tabla 1. A

Porcentaje de toda la población de gestantes con cesárea anterior y rotura uterina en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 – 2019

Cesáreas anterior con Rotura Uterina	n	%
Si	45	1.1
No	4070	98.9
Total	4115	100.00

Fuente: Ficha recolección de datos de historias clínicas del SIP realizada por las autoras. Hospital Regional Docente de Trujillo.

Tabla 1. B

Porcentaje de la muestra de gestantes con cesárea anterior y rotura uterina en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 – 2019

Cesáreas anterior con Rotura Uterina	n	%
Si	45	22.39
No	156	77.61
Total	201	100.00

Fuente: Ficha recolección de datos de historias clínicas del SIP realizada por las autoras. Hospital Regional Docente de Trujillo.

Tabla 2

Gestantes con cesárea anterior según el tiempo del periodo intergenésico. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 - 2019.

Periodo Intergenésico	n	%
Corto	39	19.40
Normal	56	27.86
Largo	106	52.74
Total	201	100.00

Fuente: Ficha recolección de datos de historias clínicas del SIP realizada por las autoras. Hospital Regional Docente de Trujillo.

Tabla 3

Gestantes cesareadas anteriores con rotura uterina según periodo intergenésico.
Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 - 2019.

Periodo Intergenésico	n	%
Corto	11	24.44
Normal	16	35.56
Largo	18	40.00
Total	45	100.00

Fuente: Ficha recolección de datos de historias clínicas del SIP realizada por las autoras. Hospital Regional Docente de Trujillo

Tabla 4

Relación entre el periodo intergenésico y la rotura uterina de gestantes con cesárea anterior. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 - 2019.

Periodo Intergenésico	Rotura Uterina [n (%)]		Total	X ²	gl	p*
	Si	No				
Corto	11 (28.2)	28 (71.8)	39			
Normal	16 (28.6)	40 (71.4)	56	3.775	2	0.151
Largo	18 (17.0)	88 (83.0)	106			
Total	45 (22.4)	156 (77.6)	201			

*Fuente: Ficha recolección de datos de historias clínicas del SIP realizada por las autoras.
Hospital Regional Docente de Trujillo.*

4.2. Docimasia de hipótesis

Docimasia de la hipótesis

Se empleó la prueba Chi Cuadrado para validar relación entre el periodo intergenésico y la rotura uterina de gestantes con cesárea anterior. Para este contraste se consideró el valor crítico según el grado de libertad correspondiente y el valor X^2 calculado:

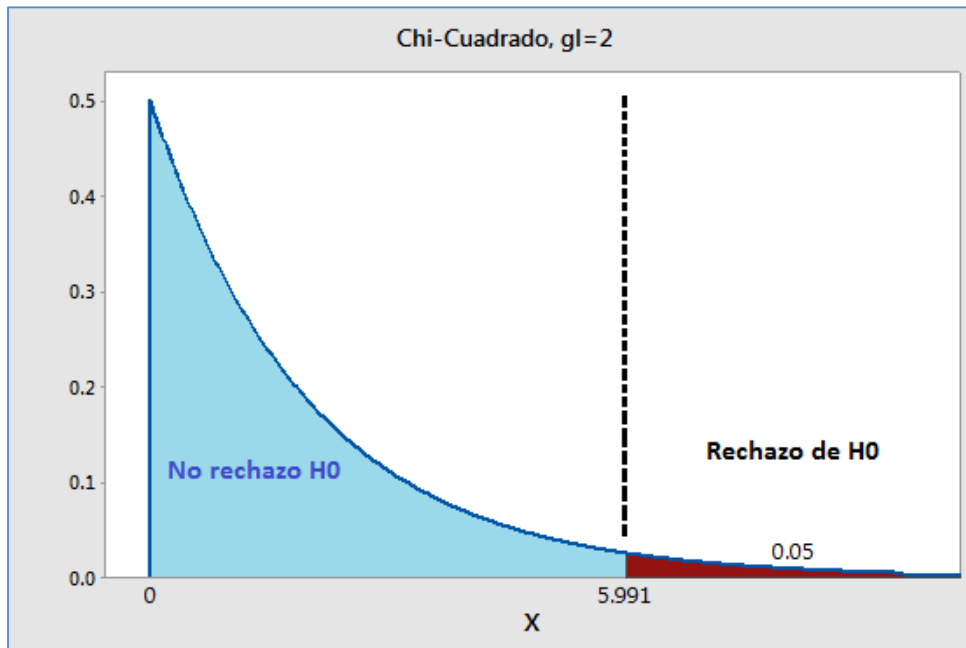
H0:	Independencia de variables (No relación)
H1:	Dependencias de variables (Relación)

Zona de No rechazo:	$X^2 \leq 5.99$
Zona de Rechazo:	$X^2 > 5.99$

Distribución:	Chi Cuadrado
Error :	5%
Grados de Libertad:	2
Estadístico de Prueba:	3.775
Valor crítico:	5.991

$X^2 = 3.78 < 5.99$, Entonces: No se rechaza H0, No existe Relación significativa.

Curvas de la docimasia de hipótesis estadística:



Contrastación

Según los resultados obtenidos, en la tabla 4 se puede apreciar que $X^2 = 5.99$ que muestra que se rechaza, lo cual no muestra un grado significativo porque $p > 0.05$. Por lo tanto, la hipótesis principal de la investigación “Relación entre el periodo intergenésico y la rotura uterina en gestantes con cesárea anterior. Hospital regional docente de Trujillo. 2010 - 2019.” Rechaza la hipótesis de investigación y acepta la hipótesis nula.

V. DISCUSIÓN

En el presente estudio realizado en el Hospital Regional Docente de Trujillo, en la tabla 1. A, nos muestra el porcentaje de toda la población de gestantes con cesárea anterior y rotura uterina, se realizó una ficha recolección de datos a las pacientes con cesárea anterior, en el cual se evidenció que 45 gestantes presentaron rotura uterina, siendo el 1.1% del total de cesareadas anteriores, en el periodo de estudio 4070 pacientes cesareadas anteriores no presentaron rotura uterina, ocupando un 98.9% de toda la población estudiada.

En la tabla 1.B, observamos el porcentaje de gestantes cesareadas anterior con rotura uterina, teniendo un total de 201 pacientes, donde se evidenció que 45 gestantes presentaron rotura uterina, teniendo un porcentaje de 22.39% del total de nuestra muestra y 156 pacientes cesareadas anteriores no presentaron rotura uterina, ocupando un 77.61% de toda la muestra estudiada.

Según Gonzales A.⁴⁶ en su investigación sobre factores asociados como factor de riesgo de rotura uterina en gestantes del Hospital II-2 Santa Rosa, Piura – Perú; durante los años 2010 - 2019. Se demostró que la cesárea previa aumenta 2 veces más el riesgo de rotura uterina. Los casos de rotura uterina en las gestantes atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa se presentaron con una proporción de 0.16%.

Una de las complicaciones que puede presentarse en las gestantes durante el embarazo, parto y puerperio es la rotura uterina.²⁰ Una cesárea anterior predispone a aumentar los casos de rotura uterina.²²

Los datos encontrados no concuerdan con los presentados en la investigación de Gonzales, porque en nuestro estudio abarcó a todas las cesareadas anteriores sin importar el número de veces, sin embargo, lo señalado por este autor es pertinente de acuerdo a lo encontrado en su estudio.

En nuestra investigación encontramos que la rotura uterina es una complicación no tan frecuente en pacientes con cesárea anterior sin embargo al presentarse puede conllevar a una morbi- mortalidad materna.

Tabla 2 con respecto a las gestantes con cesárea anterior y periodo intergenésico, se observó que predomina el periodo intergenésico largo con 106 gestantes, siendo el 52.74 % del total. El periodo intergenésico normal presenta 56 gestantes con un porcentaje de 27.86 % y finalmente el periodo intergenésico corto lo conforma 39 pacientes el cual ocupa un 19.4% del total de la muestra.

El período intergenésico es el tiempo que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo (fecha de última menstruación).²⁷ Según la tabla 2, indica que la mayoría de las gestantes con cesárea anterior optan por un periodo intergenésico largo. Por lo que en el anexo 3 (tabla N°6) se evidenció que las pacientes prefieren tener un nuevo embarazo después de 5 años de su anterior gestación. Esto se puede deber a diferentes factores como el miedo al dolor y lesión en la zona de la cicatriz de dicha cesárea, someterse nuevamente a una operación y temor a un parto normal tras una cesárea.

En la tabla 3 se observa a las gestantes cesareadas anteriores con rotura uterina según su periodo intergenésico, siendo un total de 45 pacientes, de las cuales identificamos a 18 pacientes con periodo intergenésico largo que ocupa un 40% del total. El periodo intergenésico normal presenta 16 pacientes que tiene el 35.56% y el periodo intergenésico corto muestra 11 pacientes con un porcentaje de 24.44% de todas las pacientes que presentaron rotura uterina.

De acuerdo a la tabla 3, la mayoría de gestantes que presentó rotura uterina tuvo un periodo intergenésico largo, por lo que no concuerda con el protocolo de la sociedad Española de Ginecología y Obstetricia que indica como factor de riesgo al periodo intergenésico corto (< 2 años)²⁶.

Según la Organización Mundial de la Salud, el intervalo recomendado para el siguiente embarazo es de por lo menos 2 a 5 años con la finalidad de reducir el riesgo de complicaciones tanto en la madre como en el neonato.³⁹

Estos datos no guardan relación con nuestra investigación ya que encontramos que el periodo intergenésico largo puede conllevar a una rotura uterina, como se puede evidenciar en el anexo 4 (tabla N°8), que de las 18 pacientes que presentaron periodo intergenésico largo, 5 de ellas optaron por tener un nuevo embarazo pasado los 5 años, las cuales ocuparon el 27.8% del total y es el más alto porcentaje observado en la tabla lo que indica que las pacientes que presentaron rotura uterina prefieren esperar 5 años para volver a tener una nueva gestación. El espaciamiento largo entre embarazos, se asocia a un riesgo mayor de complicaciones.³⁹

Para poder mejorar la calidad de vida de la población en mujeres debemos educar sobre el espaciamiento óptimo, que no debe ser mayor de 5 años, porque debido a el estiramiento del útero y a la edad, esto puede aumentar la fibrosis muscular y el segmento inferior por lo tanto tiende a estirarse durante el mecanismo del trabajo de parto a las 34 semanas y como ha pasado tantos años pueden predisponer a una rotura uterina. También podría deberse al someter a una paciente con cesárea anterior a trabajo de parto o someterla a un proceso de inducción con oxitocina o prostaglandinas.

En la tabla 4, con respecto a la relación entre el periodo intergenésico y la rotura uterina de gestantes con cesárea anterior. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 - 2019. De un total de 201 pacientes. Al obtener los porcentajes, podemos evidenciar que a pesar de que el periodo intergenésico normal presenta un total de 56 casos, y ocupa un 27.86% de todas las cesáreas anteriores observamos en la tabla que obtuvo un porcentaje de 28.6% de rotura uterina superando al periodo intergenésico largo a pesar de presentar 106 casos de cesáreas anteriores y teniendo un 52.74% solo presentó un porcentaje de 17% de rotura uterina.

Por lo tanto, se evidencia que la prueba estadística de chi cuadrado es $p > 0.05$, demostrando así que no existe relación significativa entre el periodo intergenésico y la rotura uterina de gestantes con cesárea anterior.

En la actualidad, no se han encontrado estudios específicos que demuestren que el periodo intergenésico se relacione con la rotura uterina. En la investigación de Amaluisa ⁴¹ sobre la relación del periodo intergenésico corto como causa de las complicaciones obstétricas, no se presentaron casos con relación a rotura uterina por lo que no pudo ser analizada.

De acuerdo a nuestro criterio y el análisis que hemos realizado, las variables no guardan relación significativa eso indica que no toda paciente que presenta una cesárea anterior puede presentar rotura uterina, esto se debe a múltiples factores que podrían conllevar a diversas complicaciones. El factor riesgo que más se asocia con rotura uterina es el periodo intergenésico corto, pero en nuestra investigación hemos observado que predominó el periodo intergenésico normal y largo, esto podría deberse a que exista un problema en la vascularidad, producida por rigidez y lesiones de las arterias espirales que produce hipoperfusión placentaria y que finalmente desencadena daño endotelial, por lo que probablemente conlleve a otras complicaciones que sí podrían asociarse a la rotura uterina.

VI. CONCLUSIONES

- El porcentaje de gestantes cesareadas anteriores con rotura uterina, abarcó un 1.1% presentaron rotura uterina y el 98.9% no presentaron rotura uterina.
- Según el tiempo del periodo intergenésico de gestantes con cesárea anterior (201) se identificó que el 19.4% tuvo periodo intergenésico corto, el 27.86% presentó periodo intergenésico normal y por último el 52.74% presentó periodo intergenésico largo.
- Las gestantes cesareadas anteriores con rotura uterina según su periodo intergenésico, se registró un total de 45 pacientes, de las cuales el 24.44% tiene un periodo intergenésico corto, mientras que el 35.56 % de gestantes con rotura uterina tiene un periodo intergenésico normal y un 40% tiene un periodo intergenésico largo.
- El periodo intergenésico no guarda relación significativa ($p > 0.05$) con la rotura uterina en gestantes con cesárea anterior del Hospital Regional de Trujillo 2010 – 2019.

VII. RECOMENDACIONES

Debido a que el periodo intergenésico cumple un rol importante en la planificación de futuros embarazos posterior a un parto ya sea vaginal o por cesárea, se sugiere a las diversas instituciones especializadas en el área de obstetricia a reforzar conocimiento sobre estos temas, ya que existe la necesidad de estudios clínicos sobre período intergenésico que permitan conocer más a profundidad las consecuencias a corto y largo plazo en nuestra población y tomar medidas para mejorar la calidad del proceso de gestación.

Al Ministerio de salud que elabore protocolos para la atención de cesáreas anteriores con énfasis en el espaciamiento óptimo que no sea mayor de 5 años.

A la universidad privada Antenor Orrego que siga promoviendo la elaboración de proyectos de investigación en el área de salud para que contribuya con la disminución de las morbi- mortalidad materna.

Al Hospital Regional Docente de Trujillo, considerar disminuir las cesáreas en pacientes que no presenten riesgos durante el trabajo de parto y a la misma vez disminuir la morbilidad en estas pacientes.

Promover con mayor énfasis la orientación y consejería en los ambientes de puerperio y planificación familiar sobre el periodo intergenésico y las consecuencias que producen. Así también dar a conocer el riesgo de una posible rotura uterina por cesáreas consecutivas.

Se recomienda a las obstetras mayor orientación y promoción del uso de métodos anticonceptivos con el fin de tener un adecuado periodo intergenésico a futuro.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morocho C, Narváez G, Rodas A, Venegas, Y. Prevalencia de complicaciones durante el tercer trimestre de embarazo y en el parto en madres adolescentes y madres adultas atendidas en el Hospital Básico Paute, Ecuador, periodo 2012-2013. [Tesis de licenciatura en Internet]. Cuenca; 2015. [citado 3 de enero del 2020]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22770/1/TESIS.pdf>
2. Agencia EFEUSA, Casi 6.000 mujeres mueren cada año por causas del embarazo en América. [Revista de internet]. Washington, 2019. [citado 3 de enero del 2020]. Disponible en: <https://www.efe.com/efe/america/mexico/casi-6-000-mujeres-mueren-cada-ano-por-causas-del-embarazo-en-america/50000545-3897128>
3. Unicef. Sobrevivir al nacimiento: cada 11 segundos, una mujer embarazada o un recién nacido muere en alguna parte del mundo. [Revista de Internet]. Nicaragua, 2019. [citado 3 de enero del 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/nicaragua/comunicados-prensa/sobrevivir-al-nacimiento-cada-11-segundos-una-mujer-embarazada-o-un-reci%C3%A9n>
4. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Internet],2019. [citado 4 de enero del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, consumo y Bienestar Social. [Internet]. España,2018. [citado 4 de enero del 2020] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.2_SituacionSalud.pdf
6. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, et al. Williams Obstetricia. 24° ed. México: McGraw Hill; 2015.pag 609 a 619 [citado 5 de enero del 2020]

7. Huamanga B. Factores De Riesgo Asociados A La Hemorragia Posparto Inmediata En El Centro De Salud San Jerónimo Cusco. [Tesis optar el título profesional]. Perú: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca,2019. [citado 5 de enero del 2020]. Disponible en: http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/4381/T036_23860391_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Pokhrel Ghimire SS. Ruptura uterina: cambio de paradigma en etiología. [Revisa en Internet]. *Katmandú Univ Med J (KUMJ)*. 2018; 16 (62): 146-150. [citado 10 de enero del 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30636755/>
9. Agrupación Ginecológica Española. ¿Qué ocurre si se produce una rotura uterina durante el embarazo? [Revista de internet]. España, 2017. [citado 10 de enero del 2020]. Disponible en: <https://www.agrupacionginecologica.es/es/actualidad/-ocurre-si-se-produce-una-rotura-uterina-durante-embarazo--117>
10. Cruzado D, Cuba L. Rotura Uterina Intraparto Ocurrida En Una Multípara Atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal-2017. [Tesis para optar el Título de Especialista en Riesgo Obstétrico]. Perú: Universidad Norbert Wiener de Lima; Facultad de Ciencias Médicas,2017. [citado 12 de enero del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1514/TITULO%20%20Cruzado%20Valeriano%2c%20Delly%20Hermelinda.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
11. Sánchez B, Casal J, Romeu M. Actuación y plan de cuidados ante una emergencia obstétrica: la rotura uterina. [Revista en Internet]. España, 2017. [citado 12 de enero del 2020]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2017/pagina9.html>

12. Alba M, García V. Delgado M. Rotura Uterina. [congreso virtual]. España, 2016. [citado 20 de enero del 2020]. Disponible en: <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wpcontent/uploads/2016/11/168.pdf>
13. Monterde E., Ferrer P., Parra J., López M. Control Gestacional En Gestantes Con Cesárea Anterior. [Revista de internet]. Centre de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona, 2018. [citado 20 de enero del 2020]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/Control%20gestacional%20en%20gestantes%20con%20cesarea%20anterior.pdf>
14. Sarah A. Marshall, MD. Parto vaginal después de una cesárea: Ruptura de cicatriz uterina. [Revista de Internet]. Estados Unidos: Cigna ,2019. [citado 30 de enero del 2020]. Disponible en: <https://www.cigna.com/individualsfamilies/healthwellness/hwenespanol/temas-de-salud/parto-vaginal-despues-de-una-cesarea-tn7276>
15. Organización Panamericana de la salud. La cesárea sólo debería realizarse cuando es médicamente necesaria. [Revista de Internet]. Washington, 2015. [citado 30 de enero del 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
16. Endes 2019, Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2014-2019. [Internet]. Perú, 2020. [citado 10 de febrero del 2020]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores%20de%20Resultados%20de%20los%20Programas%20Presupuestales_ENDES_2014_2019.pdf
17. García J. Instituto de Estadística e Informática: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2018. [Internet]. Perú ,2019. [citado 10 de febrero del 2020]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html

18. Di Pietro M, Faggioni M. Un Caso De Rotura Uterina Durante El Embarazo. [Artículo de internet]. Asociación Española de Bioética y Ética Médica: Cuadernos de Bioética, vol. XXX, núm. 98, 2019. [citado 20 de febrero del 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/875/87558347007/html/index.htm>
19. Rocha. F; Embarazo, Parto Y Puerperio Recomendaciones para Madres y Padres. [Artículo de internet]. España: Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2da edición 2015. [citado 21 de marzo del 2020]. Disponible en: <https://docplayer.es/883368-Embarazo-parto-y-puerperio.html>
20. Paris E. ¿Qué es la rotura uterina y qué riesgo hay en mi embarazo o parto? [Revista de Internet]. Revista Bebe y más, 2017. [citado 25 de marzo del 2020]. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/embarazo/que-es-laroturauterinayqueriesgohayenmiembarazooparto#:~:text=La%20rotura%20uterina%20completa%20es,directa%20con%20la%20cavidad%20abdominal.>
21. Pinto Ibañez A., Rotura Uterina. [Revista de Internet]. Servicio de obstetricia y ginecología, hospital virgen de las Nieves Granada.2015[citado 29 de marzo del 2020]. Disponible en: <https://docplayer.es/8370754-Servicio-de-obstetricia-y-ginecologia-hospital-universitario-virgen-de-las-nieves-granada-rotura-uterina-andrea-pinto-ibanez.html>
22. Mozo Valdivieso E., Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. [Tesis para optar el grado de doctora]. Madrid 2015. Universidad Complutense de Madrid; facultad de enfermería. [citado 10 de abril del 2020]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/29014/1/T35877.pdf>
23. Torres O. Rotura Uterina En Gestante De Alto Riesgo En Un Hospital De III Nivel - Lima - 2017. [Tesis para optar segunda especialidad]. Perú: Universidad José Carlos Mariátegui, 2017. [citado 15 de abril del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/ujcm/338/Torres%20Corzo>

%20Omar%20Henry_trabajo%20academico_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

24. Velazco Gómez P., Complicaciones Materno Neonatales Y Su Asociación Con La Vía De Culminación Del Parto De Pacientes Con Cesárea Previa, Atendidas En El Hospital Santa Rosa De Puerto Maldonado-2017. [Tesis para optar título de obstetricia]. Perú; Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. [citado 25 de abril del 2020]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3333/1481_2018_velazco_gomez_pl_facst_obstetricia.pdf?sequence=1
25. Rivera P. Hemorragia obstétrica y choque hemorrágico. IX Curso de actualización en anestesiología en ginecología y obstetricia 2012. [Artículo] [Citado el 17 de mayo del 2020] Disponible en: <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2012/09/hemorragia-obstetrica-y-choque-hemorragico.pdf>
26. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Rotura uterina. Protocolo Segó. [Artículo] 2015. [Citado el 22 de mayo 2020] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501314002763>
27. Pérez M., Álvarez E., García S. Rotura Uterina Completa. Ginecología Y Obstetricia. [Artículo] México 2013; 81:716-726 [Citado el 28 de mayo 2020] Artículo médico, disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom1312f.pdf>
28. Cerviño E., Cernadas S., Estudio ecográfico 2D y 3D del segmento inferior en gestantes con cesárea anterior. Progresos de Obstetricia y Ginecología [Artículo] 2012. [Citado el 22 de mayo 2020] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501311004109>

29. Castro A, Díaz I, Rotura uterina. Ginecología y obstetricia de México 2010.78(4) 254-258 [citado 15 de mayo del 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom104i.pdf>
30. Santos C., Intervalo intergenésico corto como factor de riesgo asociado a anemia gestacional en el Hospital Regional Docente de Trujillo, 2014. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. [Tesis para optar título de cirujano] Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo. [Citado el 30 de mayo 2020] Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/446/2/santos_leydy_intergen%c3%89sico_riesgo_anemia_contenido.pdf
31. Espinoza A. Características Del Periodo Intergenésico Corto En Pacientes Atendidas En El Hospital Luis F. Martínez, Durante El Año 2014. [Artículo] Marzo-2016. 43. [Citado el 30 de mayo 2020] <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24012/1/tesis.pdf>
32. Quito P. 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 título de cirujano]. Universidad Privada Antenor Orrego De Trujillo. [Citado el 2 de junio 2020] Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/461/1/quito_sandra__intergen%c3%89sico_preeclampsia_gestantes.pdf
33. Quesnel C. López M. Parto después de cesárea ¿Una opción segura? Artículo. Ginecol Obstet Mex 2015; 83:69-87. [Citado el 5 de junio 2020] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom152b.pdf>
34. Nassif K. Obstetricia fundamentos y enfoque práctico. [Libro] Edit. Médica Panamericano 2015. P. 123-124. [Citado el 5 de junio 2020]

35. Zavala H. Ortiz H. Salomón J. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. [Artículo] Revista Chilena OBSTET GINECOL 2018; 83(1) [Citado el 4 de junio 2020] Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n1/0048-766X-rchog-83-01-0052.pdf>
36. Domínguez L. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Clin Invest Gin Obst. [Revista] Panamá 2005; 32(3):122-6. [Citado el 4 de junio 2020] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-S0210573X05734870>
37. Tello C., Complicaciones obstétricas asociadas a periodo Intergenésico, en gestantes atendidas en el centro de salud Baños Del Inca, 2017. [Tesis para optar título de profesional de obstetricia]. Universidad Nacional De Cajamarca. [Citado el 4 de junio 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2110/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Carrera, J. et al. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario de Dexeus. (4ta. Ed.) [Artículo] España: Elsevier. (2016) (p. 3) [Citado el 4 de junio 2020] Disponible en: <https://www.libreriacienciaymedicina.com/home/1656-protocolos-de-obstetricia-y-medicina-perinatal-del-instituto-universitario-dexeus-9788445816585.html>
39. Pinedo A. Periodo intergenésico corto y su asociación con recién nacidos de bajo peso al nacer – Hospital Apoyo Iquitos – 2017, [Tesis para optar título de medicina humana]. Universidad Nacional De La Amazonía Peruana. [Citado el 7 de junio 2020]. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5624/Juan_Tesis_Tesis_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

40. Muñoz. A. Odriozola. J, Sesmero. J, “Rotura uterina completa en el intento de parto vaginal en gestantes con cesárea anterior”; [Artículo] Publicado por Elsevier España, 2015 SEGO. [Citado el 10 de junio 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-rotura-uterina-completa-el-intento-S030450131500165X>
41. Amaluisa. D; Montesinos. R; Efectos obstétricos de un intervalo intergenésico corto como causa de complicaciones maternas en el Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora Quito en el periodo de enero a marzo del 2016. [Tesis para optar título de medicina humana] Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico General. Quito- Ecuador 2017. [Citado el 10 de junio 2020] Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13957>
42. Hidalgo P, Hidalgo M, El riesgo de rotura del útero durante el parto vaginal después de una cesárea, en una revisión sistemática. [Artículo] España 2017. [Citado el 12 de junio 2020] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2445147916300066>
43. Janisse G, Abad I, Jahn V, Pablo N. Ruptura uterina espontánea en el puerperio fisiológico tardío, México 2019. [Artículo] Ginecología y Obstetricia, Centro Médico ABC. [Citado el 12 de junio 2020] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2019/bc192i.pdf>
44. Reyna E, Torres D, Rondon M. Rotura uterina en el segundo trimestre por acretismo placentario, en gestante con sutura compresiva uterina previa. [Revista] Venezuela 2019. [Citado 12 de junio 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v65n4/a18v65n4.pdf>
45. Candiotti EJ. Hemorragia postparto inmediata vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2015. Lima- Perú [Artículo] 2018. [Citado 15 de junio 2020]. Disponible en: http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/3562/candiotti_rej.pdf?sequence=3&isAllowed=y

46. González A. Factores de riesgo de rotura uterina en gestantes del Hospital Santa Rosa, Piura – Perú. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Universidad Antenor Orrego De Piura Año 2020 [Citado 16 de junio del 2020]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/6123/1/re_medp_gonzales_calle.aurelia_factores.riesgo.rotura.uterina.gestantes.hospital.santa.rosa.piura.peru.pdf
47. Guía de Prácticas clínicas y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal [Artículo] Ministerio De Salud 2010. [Citado el 16 de junio 2020] Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
48. Carvajal J., Ralph C., Manual de Obstetricia y Ginecología. Escuela De Medicina. Facultad De Medicina [Libro] IX Edición 2018. Agosto 2019. [Citado el 16 de junio 2020] Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>.

IX. ANEXOS

9.1. Anexo N°1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

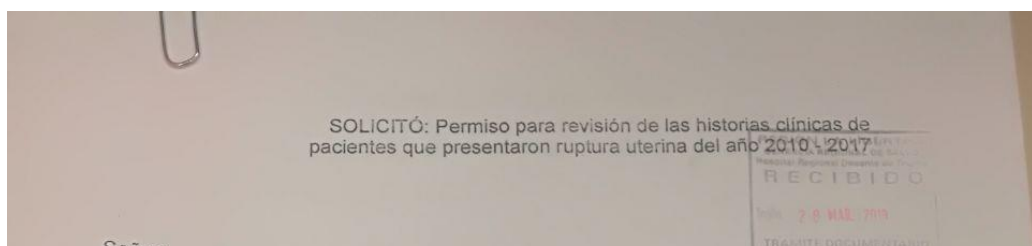
ESCUELA DE OBSTETRICIA

RELACIÓN ENTRE EL PERIODO INTERGENÉSICO DE CESAREADAS
ANTERIORES Y LA ROTURA UTERINA. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE.

TRUJILLO. 2010 – 2019

1. Nombre:
2. H. C:
3. N° de registro:
4. Edad:
5. Grado de Instrucción:
6. Estado Civil:
Soltera () Conviviente () Casada () Otros ()
7. Ocupación:
8. Gestas:
9. Paridad:
Hijos a término: 1 () 2 () 3 () 4 a más ()
Hijos prematuros: 1 () 2 () 3 () 4 a más ()
Abortos: 1 () 2 () 3 () 4 a más ()
Hijos vivos: 1 () 2 () 3 () 4 a más ()
10. Número de Cesárea anteriores:
11. Periodo intergenésico:
- P.I. corto () P.I. normal () P.I. largo ()
12. Edad gestacional al momento del parto:
14. Uso de oxitocina: Si () No ()
15. Estimulación: Si () No ()
16. Inducción: Si () No ()
17. Rotura uterina: Si () No ()

9.2. Anexo N° 2



Anexos N° 03

Tabla N° 5: Cesareadas anteriores con periodo intergenésico corto.

Periodo Intergenésico	N°	%
Corto		
1 año	23	59.0
2años	16	41.0
Total	39	100.0

Ficha

Fuente:

recolección de datos de historias clínicas del SIP

realizada por las autoras. Hospital Regional Docente de Trujillo.

Tabla N° 6: Cesareadas anteriores con periodo intergenésico largo.

Periodo Intergenésico Largo	N°	%
4 años	20	18.9
5 años	26	24.5
6 años	16	15.1
7 años	11	10.4
8 años	14	13.2
9 años	8	7.5
10 años	11	10.4
Total	106	100

Fuente: Ficha recolección de datos de historias clínicas del SIP
realizada por las autoras. Hospital Regional Docente de Trujillo.

Tabla N° 7: Cesareadas anteriores con periodo intergenésico corto y rotura uterina.

Periodo Intergenésico Corto	N	%
1 año	6	54.5
2 años	5	45.5
Total	11	100.0

Fuente: Ficha recolección de datos de historias clínicas del SIP realizada por las autoras. Hospital Regional Docente de Trujillo.

Tabla N° 8: Cesareadas anteriores con periodo intergenésico largo y rotura uterina.

Periodo Intergenésico Largo	N°	%
4 años	2	11.1
5 años	5	27.8
6 años	3	16.7
7 años	2	11.1
8 años	4	22.2
9 años	1	5.6
10 años	1	5.6
Total	18	100

Fuente: Ficha recolección de datos de historias clínicas del SIP realizada por las autoras. Hospital Regional Docente de Trujillo.