



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

**“PERIODO INTERGENÉSICO CORTO Y LARGO ASOCIADO A
COMPLICACIONES MATERNO-NEONATALES. HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO. CUENCA. 2019.”**

**Proyecto de investigación previo a la
obtención del título de Médico**

Autoras:

Lourdes Guadalupe Matute Cordero

CI: 0302710561

Correo electrónico: matutelourdes_15@hotmail.com

Zaida Marizol Llivisaca Culcay

CI: 0107327827

Correo electrónico: marizol.llivisaca@gmail.com

Director:

Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza

C.I.: 0101557890

Cuenca, 22 de abril de 2021.



RESUMEN

El periodo intergenésico (PI) es el intervalo de tiempo entre un embarazo y otro. Si es menor a 18 (PIC) y mayor a 60 meses (PIL), es factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones materno-neonatales.

Objetivo: determinar el periodo intergenésico corto y largo como factor asociado a complicaciones materno-neonatales en el Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM), 2019.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y analítico, en 234 pacientes que tuvieron su parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2019 y que presentaron complicaciones materno-neonatales. Los datos fueron analizados con Epi Info y SPSS y los resultados se presentaron en tablas simples y de doble entrada.

Resultados: de las 234 pacientes, 37 presentaron un periodo intergenésico corto, 108 un periodo intergenésico largo y 89 un periodo intergenésico óptimo. El 56% tenían entre 26 y 35 años; el 39,3% estaban casadas. El PIC aumenta el riesgo de parto pretérmino (OR=2,20 IC 95% [1.13- 4,13]), compromiso fetal (OR=3,04 IC 95% [1.7- 5,37]), y cesárea (OR=1,97 IC 95% [1.09- 3,53]), además PIL es factor de riesgo para desarrollar preeclampsia (OR=1,41 IC 95% [1.05-1,90]), hallándose asociación estadísticamente significativa.

Conclusiones: Existe relación significativa entre el periodo intergenésico corto y largo con las complicaciones obstétricas.

Palabras clave: Periodo intergenésico corto. Periodo intergenésico largo. Complicaciones materno-neonatales. Preeclampsia. Parto pretérmino. Apgar bajo. Cesárea.



ABSTRACT

The interpregnancy period (PI) is the time interval between one pregnancy and another. If it is less than 18 (PIC) and greater than 60 months (PIL), it is a risk factor for the development of maternal-neonatal complications.

Objective: To determine the short and long intergenetic period as a factor associated with maternal-neonatal complications at the Vicente Corral Moscoso Hospital (HVCM), 2019.

Methodology: A descriptive, retrospective and analytical study was carried out in 234 patients who had their delivery at the Vicente Corral Moscoso Hospital during 2019 and who presented maternal-neonatal complications. The data were analyzed with Epi Info and SPSS and the results were presented in simple and double-entry tables.

Results: of the 234 patients, 37 had a short interpregnancy period, 108 a long interpregnancy period and 89 an optimal interpregnancy period. 56% were between 26 and 35 years old; 39.3% were married, and the percentage of urban and rural residence was presented in equal proportions. ICP increases the risk of preterm delivery (OR = 2.20 95% CI [1.13- 4.13]), fetal compromise (OR = 3.04 95% CI [1.7- 5.37]), and cesarean section (OR = 1.97 95% CI [1.09- 3.53]), in addition PIL is a risk factor for developing pre-eclampsia (OR = 1.41 95% CI [1.05- 1.90]), finding a statistically significant association.

Conclusions: 15.8% of the pregnant women had a short interpregnancy period and 46.2% had a long interpregnancy period. There is a significant relationship between the interpregnancy period and obstetric complications; the intergenetic period was associated with premature delivery, fetal compromise and termination of pregnancy by cesarean section; and the prolonged interpregnancy period was associated with pre-eclampsia.

Keywords: Short interpregnancy period. Long interpregnancy period. Maternal-neonatal complications. Preeclampsia. Preterm birth. Low apgar. Caesarean section.



ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE DE CONTENIDO	4
ÍNDICE DE TABLAS	6
AGRADECIMIENTO	12
DEDICATORIA	14
CAPÍTULO I	16
INTRODUCCIÓN	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACIÓN	20
CAPÍTULO II	21
FUNDAMENTO TEÓRICO	21
Definición periodo intergenésico	21
Clasificación.....	21
Factores de riesgo asociados con periodo intergenésico	22
Complicaciones obstétricas	22
CAPÍTULO III	32
OBJETIVOS	32
3.1 GENERAL	32
3.2 ESPECÍFICOS	32
CAPÍTULO IV	33
4.1 TIPO DE ESTUDIO	33
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	33
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA	33
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	34
4.5 VARIABLES	34
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS	34
4.7 PROCEDIMIENTOS	34
4.7.1 Autorización.....	34
4.7.2 Capacitación.....	34
4.7.3 Supervisión.....	34



4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	35
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	35
CAPITULO V.....	36
RESULTADOS	36
CAPITULO VI.....	50
DISCUSIÓN	50
CAPITULO VII.....	52
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	52
CAPITULO VIII.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
CAPITULO IX.....	58
ANEXOS	58



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de 234 pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019, según características sociodemográficas. _____	36
Tabla 2. Distribución de 234 pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019, según PIC y PIL. _____	37
Tabla 3. Distribución de 234 pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019, según complicaciones materno-neonatales. _____	38
Tabla 4. Distribución de 234 pacientes con PIC y PIL atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019, según vía de terminación del embarazo. _____	39
Tabla 5. Asociación entre parto pretérmino y el periodo intergenésico corto en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso del año 2019. _____	40
Tabla 6. Asociación entre preeclampsia y el periodo intergenésico corto en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. _____	41
Tabla 7. Asociación entre compromiso fetal y periodo intergenésico corto en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. _____	42
Tabla 8. Asociación entre vía de terminación por cesárea y el periodo intergenésico corto en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. _	43
Tabla 9. Asociación entre apgar <7 y periodo intergenésico corto en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. _____	44
Tabla 10. Asociación entre parto pretérmino y periodo intergenésico largo en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. _____	45



Tabla 11. Asociación entre preeclampsia y periodo intergenésico largo en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. _____ 46

Tabla 12. Asociación entre compromiso fetal y periodo intergenésico largo en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. _____ 47

Tabla 13. Asociación entre cesárea y periodo intergenésico largo en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. _____ 48

Tabla 14. Asociación entre apgar <7 y periodo intergenésico largo en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. _____ 49



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Zaida Marizol Llivisaca Culcay, autora del proyecto de investigación “Periodo intergenésico corto y largo asociado a complicaciones materno-neonatales. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2019.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de abril del 2021.

Zaida Marizol Llivisaca Culcay

C.I: 0107327827



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Lourdes Guadalupe Matute Cordero, autora del proyecto de investigación “Periodo intergenésico corto y largo asociado a complicaciones materno-neonatales. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2019.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de abril del 2021.

Lourdes Guadalupe Matute Cordero

C.I: 0302710561



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Zaida Marizol Llivisaca Culcay en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “Periodo intergenésico corto y largo asociado a complicaciones materno-neonatales. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2019.”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de abril del 2021.

Zaida Marizol Llivisaca Culcay

C.I: 0107327827



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Lourdes Guadalupe Matute Cordero en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “Periodo intergenésico corto y largo asociado a complicaciones materno-neonatales. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2019.”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de abril del 2021.

Lourdes Guadalupe Matute Cordero

C.I: 0302710561



AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por todo su apoyo en esta larga travesía, por su cariño y confianza en cada uno de los pasos para alcanzar uno de mis sueños, a mi madre por ser uno de los principales pilares en mi vida, por estar siempre junto a mí y enseñarme que se debe luchar y dar lo mejor de sí para vencer las adversidades, gracias a mi padre por inculcarme buenos valores, ayudarme cuando lo necesitaba y por querer siempre lo mejor para mí, a mis hermanas por estar presentes en los momentos más difíciles y por brindarme siempre el mejor consejo para continuar este arduo proceso.

A mi Dios, por darme la oportunidad de seguir esta carrera, por llenar de bendiciones y alegrías mi vida y por darme una familia que me ama incondicionalmente.

A nuestro tutor el doctor Jorge Mejía, por aceptar ayudarnos, por su paciencia, consejos y conocimientos que nos sirvieron para culminar nuestra tesis.

A la universidad de Cuenca, a la Facultad de Ciencias Médicas y docentes por abrirme las puertas y permitirme formarme con una educación de calidad.

Marizol Llivisaca



AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por acompañarme en este camino de servicio a los demás, por bendecirme cada día con la fortaleza, la esperanza y la fe para llegar a ser médico. Gracias por las personas que me ayudaron a seguir adelante y contribuyeron con mi aprendizaje para mejorar cada día.

Gracias a mi familia por estar siempre a mi lado, por sus sacrificios, sus consejos, su trabajo, su amor y su paciencia. Por alentarme a seguir adelante y a no darme por vencida, Dios los bendiga.

Gracias a mis docentes y amigos por ser parte de esta maravillosa etapa en donde pude aprender de cada uno de ellos y compartir las mejores alegrías y lecciones de vida.

Lourdes Matute



DEDICATORIA

Con todo mi afecto y cariño va dedicado a mis padres Esperanza y Miguel, quienes han sido parte esencial en los momentos más difíciles, quienes son la luz que ilumina mi vida, las personas sin las cuales no hubiese logrado esto, que estuvieron junto a mí y son mi apoyo incondicional.

A mis hermanas Tatiana, Samanta y Kimberly, por llenar mi vida de alegría, de sabiduría, de tranquilidad; por darme ánimo para que pudiera terminar mis estudios y ser mi soporte constante y a Dios por brindarme esta oportunidad, por guiarme a lo largo de mi vida y por haberme dado la fortaleza suficiente para lograr culminar una de las metas más importantes de mi formación profesional.

Marizol Llivisaca



DEDICATORIA

A Dios y a la Virgencita del Quinche, de quienes he recibido tantas bendiciones y por quienes todo es posible.

A mi familia y a mi madrina Marianita que con sus consejos me ha enseñado lo importante de la vida, a ellos con cariño dedico este proyecto que representa todo nuestro esfuerzo y agradecimiento a sus oraciones, su sacrificio y su apoyo.

Lourdes Matute



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso biológico complejo en el que influyen varios factores ya sea relacionados con el ambiente externo o con las características de la madre; entre ellas están la edad, enfermedades preexistentes, estado nutricional, constitución física o el periodo intergenésico. El análisis de estos factores por parte del médico permite establecer y prevenir los posibles eventos que puedan desencadenar complicaciones tanto para la madre como para el neonato.

La presente investigación se enfocará en el impacto del periodo intergenésico en el desarrollo de complicaciones maternas y neonatales, ya que entre los aspectos en los que hay que educar a la madre, no solo es importante el hablarle de los cuidados y riesgos del embarazo en sí, sino también de los riesgos que conllevan los embarazos que ocurren a un intervalo muy corto o muy largo; pues si no se le da importancia a esta circunstancia, las consecuencias se verán reflejadas no solo en un aumento de morbimortalidad sino también en el contexto social y psicológico de la familia.

Así, por ejemplo, según Zavala et al., Chile, 2018, un periodo intergenésico corto aumenta el riesgo de parto pretérmino en un 40 a 60%, así como el riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y aborto en contraste un periodo intergenésico largo se relaciona más frecuentemente con preeclampsia/eclampsia, y en menor grado con parto pretérmino, distocias (1).

Las complicaciones antes mencionadas ponen en riesgo no solo la vida de la madre sino también la continuación del embarazo pudiendo llegar incluso a producir la muerte del feto, que no sólo repercutirá en ese momento sino también se constituirá en un antecedente para el embarazo siguiente; y por lo tanto influirá en la toma de decisiones para la planificación del mismo y para las precauciones que habrá que tomar. De allí la importancia de este proyecto de investigación, de conocer cuáles son las complicaciones más frecuentes asociados al periodo intergenésico, qué factores influyen y qué actitudes deben tener en cuenta los médicos para evitarlas.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El periodo intergenésico menor a 18 meses y mayor a 60 meses, constituye un factor importante en el desarrollo de complicaciones materno neonatales que pueden llevar a la muerte de cualquiera de los dos implicados. Es así, que desde hace varios años la mortalidad materna y neonatal ha sido uno de los principales problemas de salud en nuestro país. Esto se evidencia en los datos obtenidos del INEC para el año 2018: con respecto a la primera; se registra 137 defunciones maternas que representan una razón de mortalidad de 41,1 por cada 100.000 nacidos vivos y en la provincia del Azuay es de 6,44 por cada 100.000 nacidos vivos; y en relación con la segunda, se registra una tasa de mortalidad neonatal de 6 por cada 1.000 nacidos vivos, que con respecto al año 2017 muestra un incremento de 0,3 puntos (2).

Así mismo, entre las causas de mortalidad materna se encuentran eclampsia con 13,9%, hemorragia postparto con 13,1%, hipertensión gestacional con 12,4% (2).

De hecho, varios estudios demuestran la asociación de complicaciones materno-neonatales con el periodo intergenésico:

En una investigación realizada por Hanley et al., en Columbia Británica, 2017, se observó que el riesgo de diabetes gestacional aumentó significativamente entre las mujeres con un intervalo intergenésico de 0-5 meses (OR 1,35; IC del 95%: 1,02-1,80); mientras que existía un mayor riesgo de pre eclampsia-eclampsia (OR 1,31; IC del 95%: 1,09-1,58) con un intervalo de igual o mayor a 60 meses (3).

Ojeda, et al., en México, 2016, formularon como objetivo estudiar a mujeres que acudieron al Hospital de Acanceh, fueron 24 casos y 50 controles, de los cuales encontraron que la media de edad de los grupos fue de 20 años (casos) y de 28 (controles), además manifestaron que una gestante con periodo intergenésico de más de 5 años se comporta igual que una nulípara generando tres veces más riesgo de tener preeclampsia (4).

Travella y Ojeda en Argentina, 2019, analizaron 1452 pacientes y se encontró que la mayor parte de participantes (n=1131) tenían entre 20 a 35 años de edad. De las 657



mujeres a las que se les realizó cesárea el 54% tuvo un periodo intergenésico corto (5).

Domínguez et al., Panamá, 2005, en el departamento de ginecología y obstetricia del Complejo Hospitalario Metropolitano analizaron 1.044 pacientes, con edad promedio de $29,7 \pm 5,14$ años, el 8,1% fueron grandes multíparas. Las patologías obstétricas y neonatales correlacionadas con el período intergenésico fueron: preeclampsia, diabetes gestacional, desprendimiento prematuro de membranas, óbito, compromiso fetal, parto pretérmino, placenta previa, ingreso en cuidados intensivos neonatales, apgar y muerte perinatal; se encontró que el período entre 25 y 48 meses es un factor protector para el desarrollo de complicaciones obstétricas y neonatales. En cambio, un período ≤ 24 meses es un factor de riesgo para desarrollar parto pretérmino (OR: 13; IC del 95%, 9-18), mayor ingreso neonatal a cuidados intensivos (OR: 5,7; IC del 95%, 3-9), riesgo para presentar un Apgar ≤ 7 (OR: 13,2; IC del 95%, 2-4), muerte perinatal (OR: 3,2; IC del 95%, 1,3-8), en cambio el período intergenésico ≥ 49 meses es un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia (OR: 29; IC del 95%, 19-45), DPPNI (OR: 3,6; IC del 95% 1,2-11) y para culminar su embarazo por cesárea (OR: 10,1; IC del 95% 6-17) (6).

Amaluisa D, en Ecuador en el 2016, realizo un estudio en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora para encontrar la relación del intervalo intergenésico corto como causa de las complicaciones obstétricas; observó que la prevalencia de periodo intergenésico corto es del 26% y que es un factor de riesgo independiente de parto prematuro aumentando el riesgo 2,33 veces (7).

Masson, I et al., en Ecuador, 2016, determinaron la frecuencia de las complicaciones obstétricas y perinatales asociadas a intervalos intergenésicos en el Hospital Regional del IESS Teodoro Maldonado Carbo, se identificó que la cesárea fue la forma más frecuente de culminación de embarazo (63.1%). Las pacientes con PIC presentaron complicaciones obstétricas como ruptura prematura de membranas (11.4%), aborto, oligohidramnios (7.1%), bajo peso al nacer (21.4%), prematuridad (12.9%); en cambio en pacientes con PIL, las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron:



diabetes gestacional (11.69), preeclampsia severa (7.3%); bajo peso al nacer (15.5%), y prematuridad (12.7%) (8).

Cualquiera de las complicaciones antes mencionadas, por consiguiente, puede afectar el desarrollo fetal, el nacimiento o generar otras alteraciones en el recién nacido. Según el INEC, en 2018 las muertes fetales se dieron por hipoxia intrauterina en el 42.9% de casos, por desprendimientos y hemorragia placentarios en el 3.2%, por trastornos hipertensivos de la madre en el 2.2%, por RPM en el 1.3%, por oligohidramnios en el 1%. En cambio, las muertes neonatales se debieron a dificultad respiratoria en 493 (24.8%); a factores maternos, complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y postparto en 134 (6.7%) casos; e hipoxia intrauterina y asfixia en el nacimiento en 93 (4.7%) casos (2). En relación a lo anterior Shachar y Lyell, 2017, encontraron que hay un riesgo de 1,3 a 3,6 veces para la muerte fetal, neonatal o infantil después de un PIC (9) y por otro lado Aman et al., en Etiopía, 2016, observó que las mujeres que tuvieron PIC < 24 meses tuvieron 2.67 veces [OR = 2.67 y (IC 95%) (1.36, 5.01)] más probabilidad de tener un bebé con bajo peso al nacer en comparación con las que tuvieron un PI igual o mayor a 24 meses (10).

Sin duda, la obtención de resultados positivos en cuanto a la reducción de cifras, involucra un gran esfuerzo y un trabajo integral por parte del sistema de salud y mucho depende de los médicos de atención primaria, ya que son los primeros en establecer contacto directo con las pacientes, y por ende son los primeros en definir el cuadro clínico de la paciente, establecer los factores de riesgo, aconsejar sobre nutrición, cuidados y signos de alarma; y por último educar en planificación familiar. Este último punto, es el que se halla más relacionado con esta investigación pues cualquiera de los complicaciones mencionadas anteriormente, es resultado de múltiples factores y entre ellos el periodo intergenésico, ya que al educar a las pacientes sobre las complicaciones que se presentan al no establecer el tiempo adecuado entre gestaciones, se incentiva el interés por realizar una consulta preconcepcional que permita a la pareja prepararse tanto biológica, psicológica, económica y socialmente a la llegada de un nuevo miembro; de tal manera que se pueda prevenir desenlaces fatídicos que se vean reflejados en altas tasas de morbimortalidad materna y neonatal. Es por ello que surge la interrogante de:



PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son las complicaciones maternas y neonatales asociadas a PIC y PIL en el HVCM durante el 2019?

JUSTIFICACIÓN

El espaciamiento óptimo entre nacimientos tiene impacto considerable en la salud materna, pues varios estudios como los antes mencionados establecen que cuando el periodo intergenésico no es el adecuado, se presentan complicaciones en el embarazo y nacimiento que constituyen causas de muerte en mujeres en edad fértil. En nuestro país las defunciones maternas representan una razón de mortalidad de 41,1 por cada 100.000 nacidos vivos y en la provincia del Azuay es de 6,44 por cada 100.000 nacidos vivos. A partir de esta consideración y tomando en cuenta las líneas de investigación del Ministerio de Salud Pública, se abordarán algunos temas como parte de las complicaciones materno-neonatales del PIC y PIL: en el área materna, línea de trastornos hipertensivos, sublínea poblaciones vulnerables; se averiguará si aquellas mujeres que tienen un PIC y PIL pueden desarrollar preeclampsia. Otra línea es la obstrucción de la labor de parto, sublínea complicaciones y secuelas; pues puede llevar a un parto por cesárea. Con respecto a las líneas de investigación de la Universidad de Cuenca, en el área de Ciencias Médicas la investigación se orienta a la línea de problemas de salud prevalentes prioritarios.

En nuestra ciudad hay pocos estudios relacionados con el periodo intergenésico, por ello es conveniente realizar este trabajo de investigación, cuyo propósito es identificar la asociación existente entre las complicaciones obstétricas y el periodo intergenésico corto y largo en mujeres atendidas en el hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2019; con el fin de detectarlas tempranamente y de esta manera mejorar la salud materna y neonatal.

Varios factores asociados al periodo intergenésico son considerados modificables, he ahí la trascendencia de este estudio del saber la prevalencia y sus repercusiones sobre las complicaciones y a través de ello implementar nuevas medidas enfocadas a reducir la mortalidad materna e infantil que continúa siendo uno de los problemas principales en la salud pública.

Lourdes Guadalupe Matute Cordero
Zaida Marizol Llivisaca Culcay



CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

Definición periodo intergenésico

El periodo intergenésico es el tiempo entre un embarazo y otro. Es de mucha importancia ya que permite la recuperación de la madre después de un evento obstétrico (aborto, nacimiento pre término o a término).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera periodo intergenésico “aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo” (1).

En la actualidad el término tiene varias definiciones, sin embargo, la mayoría establece que es el espaciamiento adecuado entre una gesta y otra.

Clasificación

4.1.1 Periodo intergenésico corto (PIC)

“Es aquel cuya duración es menor 18 meses, lo cual se ha relacionado con condiciones inadecuadas o desfavorables para la reproducción, tanto por cuestiones asociadas con la no recuperación física de la madre, como por la capacidad para la atención y cuidado de los hijos” (4).

Diversos estudios observacionales han demostrado asociaciones entre intervalo intergenésico corto y resultados adversos en el embarazo, principalmente “mortalidad materna, recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG), bajo peso al nacer, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas antes del parto, parto prematuro y defectos de nacimiento” (11).

4.1.2 Periodo intergenésico optimo (PIO)

La definición no es muy clara y se debe tomar en cuenta el resultado del embarazo precedente. Según la OMS es “el periodo mayor de 18 meses y menor de 60 meses” (12).

4.1.3 Periodo intergenésico largo (PIL)

“Se considera al lapso de tiempo mayor a 60 meses entre dos embarazos”. A través de varios estudios Mahande y Thagard vieron que el intervalo intergenésico se ha asociado



con una mayor incidencia de preeclampsia, eclampsia, parto prematuro, reducción del peso al nacer y muerte fetal (13) (14).

Factores de riesgo asociados con periodo intergenésico

El embarazo es uno de los eventos naturales más sensibles y frágiles, involucrando una serie de cambios anatómicos y fisiológicos, acompañados de factores psicológicos y de transición interpersonal (15).

El embarazo depende de diferentes factores socioeconómicos y culturales, incluida la edad materna, el estado civil, por lo que es necesario incluir algunas de estas variables en el estudio.

Complicaciones obstétricas

“Las complicaciones obstétricas son patologías o trastornos ocurridos durante el embarazo, el parto y post parto, que pueden causar la muerte de la madre, el feto o el recién nacido” (16).

4.1.4 Teorías sobre la influencia en el embarazo

La participación de múltiples mecanismos sugiere que existe una asociación entre los períodos reproductivos a corto o largo plazo y los resultados adversos del embarazo, pero estos mecanismos aún no se han reconocido por completo.

Las complicaciones perinatales relacionadas con el período fértil pueden variar según la edad de la paciente, el número de embarazos y el número de visitas prenatales (17).

4.1.4.1 Periodo intergenésico corto

Es importante mencionar que el riesgo de diferentes complicaciones aumentará con el paso de la PIC, ya sea a los 3, 6, 9, 12 o 18 meses entre las que destacan; parto prematuro, rotura uterina, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y óbito se asocian con PIC de menos de 18 meses, mientras que el aborto espontáneo, la RPM, la anemia y la endometritis puerperal se asocian con PIC de menos de 6 meses. Además, la PIC de menos de 6 meses aumenta el riesgo de parto prematuro en un 40%, el riesgo de recién nacidos con bajo peso en 60%, el riesgo de malformaciones congénitas es del 14% y el riesgo de fetos pequeños para la edad gestacional pequeña en 25% (1).



Los fenómenos fisiopatológicos asociados con intervalos de tiempo cortos incluyen “la reducción de las reservas de folato (hipótesis de depleción materna), la persistencia de marcadores de respuesta inflamatoria sistémica, anemia materna y falta de regulación hormonal” (18).

Si está embarazada en PIC, las reservas de micronutrientes no se pueden restaurar por completo después del último embarazo, lo que puede provocar el síndrome de depleción materna (19).

Las reservas de ácido fólico se ven afectadas principalmente porque las reservas maternas se movilizan hacia el feto durante el embarazo; viéndose disminuidas desde la semana 20 de gestación hasta las primeras semanas después del parto. El aumento en el consumo de ácido fólico se debe al aumento del volumen de glóbulos rojos, el aumento del tamaño uterino, el crecimiento de la placenta y el feto. El mecanismo también está relacionado con el bajo peso al nacer, que se confirma principalmente en mujeres con partos múltiples, debido a que el déficit es 2 veces mayor que en las primíparas (20).

Una de las principales complicaciones del PIC es el parto prematuro, que se cree que está relacionado con el síndrome de desgaste de los nutrientes maternos (principalmente hierro y ácido fólico), ya que se sabe que se necesitan 6 meses para alcanzar el valor óptimo después del parto. Otro mecanismo involucrado es la remodelación incompleta del cérvix. El colágeno cervical se reduce entre un 45 y un 75% durante el embarazo, y tarda entre 12 y 15 meses en recuperarse por completo (20).

La curación incompleta de la cicatriz uterina previa, puede estar involucrada ya que “incrementa el riesgo de ruptura uterina en mujeres que intentan un parto vaginal después de una cesárea. Además, las infecciones ocurridas en un embarazo anterior pueden ser las causantes de complicaciones como RPM y PP, debido a que no logra ser resuelta la inflamación del tracto genital” (1) (8).

2.4.1.2 Periodo intergenésico largo

Se considera que el mecanismo implicado en las complicaciones obstétricas es la “regresión fisiológica, esta se refiere a que las capacidades reproductivas fisiológicas



tienden a disminuir pudiendo llegar a ser parecidas a las de una primigesta cuando ocurre en un lapso mayor a 5 años después de un evento obstétrico” (21) (11).

La asociación adversa obstétrica más común de PIL es la preeclampsia, se ha demostrado que el remodelado cardiovascular y la reducción de la presión arterial causada por el embarazo pueden adaptarse mejor a la expansión de volumen en embarazos futuros, incluso si el primer embarazo se ha complicado por trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo. Debido a la regresión fisiológica de PIL, este efecto protector disminuirá con el intervalo entre nacimientos y aumentará el riesgo de preeclampsia (1).

Entre las complicaciones obstétricas que se presentan durante el embarazo tenemos:

4.1.5 Parto pretérmino

Es “aquel que se produce entre las 22 y 36 semanas 6 días después de la fecha de última menstruación” (22).

Amenaza de parto prematuro:

“Es la presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto con frecuencia de 1/10 minutos, de 30 segundos por un lapso no menor de 60 minutos, con borramiento cervical del 50% o menos y dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22.0 y 36.6 semanas de gestación” (23).

Se estima que globalmente cada año nacen unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto (24).

En Ecuador en el 2015 el Ministerio de Salud Pública (MSP) reportó que “el 5,1% de los nacimientos son prematuros”

Factores de riesgo

“Existen varios factores de riesgo relacionados con parto pretérmino entre los que se encuentran: parto pretérmino previo, longitud cervical corta, características demográficas, antecedente de cirugía cervical, sangrado vaginal durante primer trimestre, obesidad, infecciones, tabaquismo, bajo peso preconcepcional, abuso de sustancias y periodo intergenésico corto” (25).

Parto pretérmino y periodo intergenésico



En un estudio de Muhammad, en Pakistán, 2017, observó que existe una fuerte correlación negativa con la frecuencia de partos prematuros, a medida que disminuye el lapso entre embarazos aumenta la frecuencia de partos prematuros. Se evidenció que en las mujeres con intervalo intergenésico menor a 1 año presentaron una frecuencia más alta del nacimiento prematuro en comparación con las madres con un periodo más largo (26).

En el 2017 en Columbia se encontró que las mujeres con un periodo intergenésico de 0 a 5 meses son más propensas a tener un recién nacido prematuro (3).

Causas

Es considerado de origen multifactorial, la evidencia actual sugiere dos grandes grupos de causas:

Intrínsecas, que comprenden

- Activaciones hormonales
- Activaciones neurales (22).

b. Extrínsecas, entre las que se encuentran

- Sobre distensión uterina
- Infecciones maternas
- Isquemia uteroplacentaria
- Malformaciones uterinas
- Enfermedades cervicales
- Estrés (22).

4.1.6 Cesárea

“La cesárea es un procedimiento quirúrgico que permite el nacimiento del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía), cuando este se dificulta por vía vaginal”. La tasa de morbilidad obstétrica grave está entre 0.05-1.09%; además, se ha demostrado que la tasa de mortalidad materna después de la cesárea es seis veces mayor que la del parto vaginal (27).

Tipos de cesárea



Cesárea electiva: Es una intervención planificada para mujeres embarazadas con enfermedad materna o fetal antes del parto, o cuando el parto vaginal está contraindicado (28).

Cesárea en curso de parto o de recurso: “es aquella que se realiza durante el proceso de parto por indicación materna, fetal o mixta. Estos incluyen: desproporción pélvico-fetal, fracaso de inducción, distocia de dilatación o de descenso y parto estacionado. No existe un riesgo inminente para la madre o el feto” (28).

Cesárea urgente: “Es una cesárea que se realiza debido a la patología de la madre o del feto, y se sospecha que la salud del feto está. Puede ser anteparto o intraparto y se recomienda la finalización del embarazo lo antes posible, no debe superar los 30 minutos” (28).

Cesárea emergente: “se utilizará en situaciones en las que la vida de la madre y / o el feto esté en riesgo: rotura uterina, prolapso del cordón umbilical, desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada y placenta previa con sangrado que deteriora el estado hemodinámico. La extracción fetal debe completarse en menos de 15min” (28).

Indicaciones maternas para cesárea

- Parto previo por cesárea
- Maternal solicitud
- Deformidad pélvica o desproporción cefalopélvica
- Traumatismo perineal previo
- Cirugía reconstructiva pélvica o anal/rectal previa
- Herpes simple o infección por VIH
- Enfermedad cardíaca o pulmonar
- Aneurisma Cerebral o malformación arteriovenosa
- Patología que requiere cirugía intraabdominal concurrente

Indicaciones uterinas / anatómicas para cesárea

- Placentación anormal (como placenta previa, placenta acreta)
- Desprendimiento de la placenta
- Histerotomía clásica previa



- Miomectomía previa de espesor completo
- Antecedentes de dehiscencia de incisión uterina
- Cáncer de cuello uterino invasivo
- Masa obstructiva del tracto Genital
- Cerclaje permanente

Indicaciones fetales para cesárea

- Estado fetal no tranquilizador o rastreo cardíaco fetal anormal
- Macrosomía, entre otras(29).

Indicación de cesárea en situaciones especiales.

- Cuando existe una cesárea anterior y el tiempo entre la cesárea y el parto es menos de 18 meses
- Cesárea repetitiva ≥ 2 cesáreas anteriores.

Periodo intergenésico y cesárea

La Sociedad Española de Obstetras y Ginecólogos (SEGO) señala que se recomienda que haya un intervalo de más de 18 meses entre la posible fecha del parto y la última cesárea. UpToDate sostiene que "el mejor intervalo es de al menos 6 meses porque el período de tiempo más corto es un factor de riesgo independiente para rotura uterina y alta morbilidad materna durante el parto" (30).

4.1.7 Compromiso del bienestar fetal

Se define como la sospecha o confirmación de que el estado metabólico basal fetal está alterado. La reducción del intercambio de oxígeno materno-fetal se manifiesta por una reducción del movimiento fetal, daño de la FCF y acidosis fetal. Si es grave, conducirá a la muerte fetal (31).

Compromiso agudo del bienestar fetal

“Es el compromiso permanente o temporal del bienestar fetal que se evidencia durante el trabajo de parto” (31).

Compromiso crónico del bienestar fetal

“Este es un compromiso permanente con la salud del feto antes del parto. Los nutrientes y flujo de oxígeno de la madre al feto a través de la placenta disminuyen, lo cual da lugar a defectos que provocan una restricción del crecimiento del feto” (31).

Lourdes Guadalupe Matute Cordero

Zaida Marizol Llivisaca Culcay



4.1.8 APGAR

“Es un método simple que puede proporcionar información sobre la vitalidad y adaptación del recién nacido inmediatamente después del parto y determinar si necesita otra atención médica o de emergencia. Se lleva a cabo al minuto y a los cinco minutos de nacer por el personal de Médico” (32).

“Se utilizan en total 5 factores para evaluar la condición del recién nacido entre ellos: frecuencia cardíaca, intensidad respiratoria, tono muscular, así como irritabilidad y tono de piel, el rango de puntuación es de 0 a 2, donde 2 puntos es la puntuación más alta para cada elemento” (32).

Parámetros evaluados del APGAR

- Frecuencia cardíaca del recién nacido (33).
- Esfuerzo respiratorio (33).
- Tono muscular (33).
- Respuesta a estímulos (33).
- Color de piel (33).

Relación entre el APGAR y el periodo intergenésico

Para determinar la madurez del recién nacido se evaluarán factores como la tonalidad, el color y la irritabilidad refleja. Los bebés prematuros sin signos de asfixia pueden tener puntuaciones más bajas debido a su inmadurez, el valor apgar tiene una relación inversamente proporcional con el peso del recién nacido, que puede verse afectado por el período entre gestas.

4.1.9 Trastornos hipertensivos

Se considera que son responsables de un porcentaje importante de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, y se cree que es una de las complicaciones más comunes del embarazo. Según INEC 2014, son la segunda causa de muerte materna en Ecuador.

A nivel mundial, la hipertensión durante el embarazo representa aproximadamente 50.000 muertes maternas y 900.000 muertes perinatales cada año (34).



El síndrome se puede dividir en 4 manifestaciones clínicas: hipertensión inducida por el embarazo, hipertensión arterial crónica, hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada y preeclampsia / eclampsia. Los últimos destacan por ser considerado la de mayor riesgo.

2.4.6.1 Preeclampsia

“La preeclampsia es una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, que posee un origen multisistémico, el cual se relaciona básicamente con un desarrollo anormal de la placenta y con la interacción de múltiples factores que llevan a daño endotelial” (35). En los países desarrollados, la tasa de preeclampsia se encuentra entre el 5% y el 10%, pero en algunos países en desarrollo, esta cifra puede llegar al 18%. En América Latina y el Caribe, la preeclampsia es responsable del 25,7% de las muertes maternas y en Estados Unidos su incidencia ha aumentado en un 25% en las últimas dos décadas. Asimismo, se señaló que por cada mujer que fallece por esta causa, 50 a 100 padecen una enfermedad materna de extrema gravedad (34).

Cormick et al., en Buenos Aires, 2016, concluyó que los intervalos más cortos no se relacionan con un aumento del riesgo de preeclampsia recurrente, pero los intervalos más largos parecen aumentar el riesgo (36).

En un artículo de Hanley et al., en Columbia Británica, 2017, se determinó que sólo las mujeres con intervalos de 60 meses o más presentaban un mayor riesgo de preeclampsia-eclampsia (OR 1,31; IC del 95%: 1,09–1,58) y que las mujeres con intervalos menores parecían tener un riesgo ligeramente menor de preeclampsia-eclampsia (3).

Rodríguez y Sagastume, en Managua, 2016, vio que del 15,2% de gestantes, cuya complicación fue hipertensión gestacional, el 94,1% estuvo asociado a periodo intergenésico prolongado, mientras que el 5,9% tuvieron periodo intergenésico corto (37).

Fisiopatología

La patogenia exacta es desconocida, sin embargo, gracias a numerosos estudios se ha logrado mayor conocimiento acerca de esta patología.



Los defectos de la placenta y la falta de reorganización de las arterias espirales conducen a la liberación de factores tóxicos circulantes con disfunción endotelial, vasoconstricción e hipercoagulabilidad. Desarrollando hipertensión arterial, lesión glomerular con proteinuria, trombocitopenia, hemólisis, isquemia hepática, isquemia del sistema nervioso central y finalmente eclampsia con la producción de convulsiones (38).

Factores de riesgo

Factores clínicos que se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia entre los que destacan una historia previa de preeclampsia que aumenta el riesgo de presentar la misma ocho veces más en un embarazo posterior en comparación con las mujeres sin esta historia (39).

Las mujeres con características graves de preeclampsia en el segundo trimestre tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia en un embarazo posterior (39).

Diabetes pregestacional este aumento se ha relacionado con una variedad de factores, como enfermedad renal o vascular subyacente, obesidad, niveles plasmáticos elevados de insulina/resistencia a la insulina y metabolismo lipídico anormal (39).

Hipertensión crónica aumenta el riesgo de preeclampsia cinco veces en comparación con las mujeres sin este factor de riesgo (39).

Algunos trastornos autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico y el síndrome antifosfolípido aumentan el riesgo de desarrollar preeclampsia. Las razones de esta relación no están claras, pero pueden incluir múltiples mecanismos que involucran inflamación, microangiopatía, aumento del recambio plaquetario y disfunción renal (39).

“Aunque el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de preeclampsia solo de dos a tres veces, el sobrepeso y la obesidad son altamente prevalentes en todo el mundo y, por lo tanto, acumulativamente representan más del 40 por ciento de los casos de preeclampsia” (39).

Enfermedad renal crónica el riesgo varía según el grado de reducción de la tasa de filtración glomerular y la presencia o ausencia de hipertensión (39).



Nuliparidad no está claro por qué el estado nulíparo se encuentra consistentemente como el factor predisponente más prevalente para la preeclampsia. “Una teoría es que el sistema inmune de las mujeres nulíparas ha tenido una exposición limitada a los antígenos paternos, y esta falta de desensibilización puede jugar un papel en la patogénesis de la enfermedad” (39).

Antecedentes familiares de preeclampsia en un pariente de primer grado puede deberse primordialmente por factores maternos, aunque genes fetales paternos puede jugar un papel en la placentación defectuosa y la posterior preeclampsia (39).

Las complicaciones previas del embarazo asociadas con insuficiencia placentaria, restricción del crecimiento fetal, desprendimiento y mortinato pueden ser diferentes manifestaciones de insuficiencia placentaria (39).

Edad materna avanzada generalmente las mujeres mayores tienden a tener factores de riesgo adicionales, como obesidad, diabetes mellitus e hipertensión crónica, que las predisponen a desarrollar preeclampsia (39).

Otro factor de riesgo es el periodo intergenésico prolongado si el embarazo previo fue normotenso; si el embarazo previo fue preeclamptico, un periodo intergenésico corto aumenta el riesgo de recurrencia (39).

Intervalo intergenésico

Se ha estudiado el riesgo de las gestantes para desarrollar preeclampsia dependiendo de su periodo intergenésico, como lo reportó Plasencia, donde hallo que la frecuencia en las mujeres con PIL fue de 24% y en las de intervalo intergenésico no prolongado fue de 9%. “La media del intervalo intergenésico en gestantes con preeclampsia fue de 68,8 meses y la media en gestantes sin preeclampsia fue de 54,4 meses” (40).



CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Determinar el periodo intergenésico corto y largo como factor asociado a complicaciones materno-neonatales en el Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM) del 2019.

3.2 ESPECÍFICOS

- 3.1.1 Caracterizar a la población del estudio según sus variables sociodemográficas.
- 3.1.2 Identificar la frecuencia de periodo intergenésico corto, largo y óptimo.
- 3.1.3 Determinar la relación del periodo intergenésico corto con parto pretérmino, preeclampsia, cesárea y APGAR bajo.
- 3.1.4 Establecer la relación del periodo intergenésico largo con parto pretérmino, preeclampsia, cesárea y APGAR bajo.

CAPÍTULO IV

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio es descriptivo, retrospectivo, y analítico.

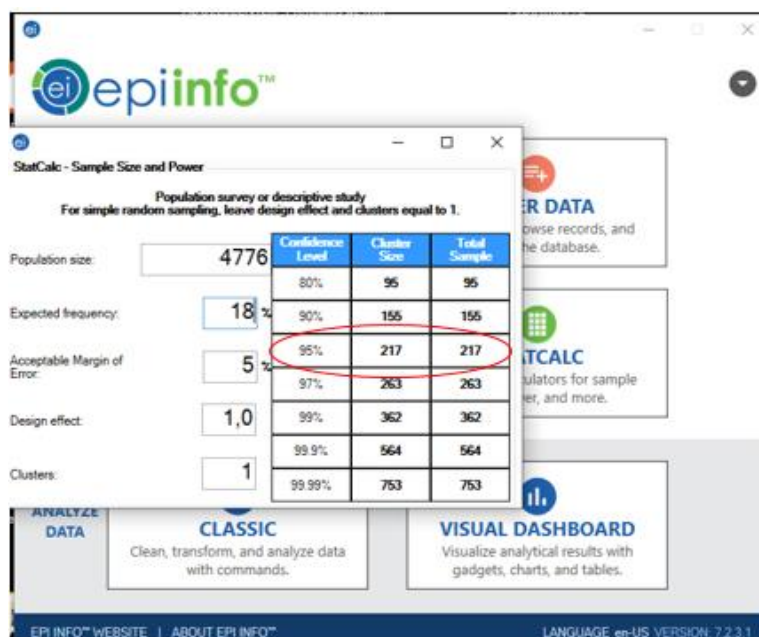
4.2 ÁREA DE ESTUDIO

Área de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso ubicado en la Av. Los Arupos y la Av. 12 de abril.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de estudio está conformado por la revisión retrospectiva de las historias clínicas de las pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso del año 2019. La muestra se obtuvo utilizando una prevalencia del 18%, intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Luego se obtendrá el 10% del valor obtenido y se sumará al mismo, para evitar pérdidas de historias por registros incompletos, por lo que se utilizará 234 historias clínicas.

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$



Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
80%	95	95
90%	155	155
95%	217	217
97%	263	263
99%	362	362
99.9%	564	564
99.99%	753	753

Elaboración: Llivisaca Z - Matute L.

Lourdes Guadalupe Matute Cordero
Zaida Marizol Llivisaca Culcay



4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluirán las historias clínicas de las pacientes que fueron obtenidas en el área de obstetricia del HVCM, se excluirán historias con datos incompletos y pacientes primigestas.

4.5 VARIABLES

1. Moderadoras: edad, estado civil, residencia.
2. Independientes: periodo intergenésico.
3. Dependientes: complicaciones materno-neonatales.

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

En el presente estudio se usará el método observacional, pues se estudiará la asociación del periodo intergenésico corto y largo con la ocurrencia de complicaciones materno-neonatales. Para ello, se tomarán los datos retrospectivos de las historias clínicas de las mujeres atendidas en el área de obstetricia del HVCM durante el 2019 y se registrarán en un formulario elaborado por Marizol Llivisaca y Lourdes Matute (Anexo 1).

4.7 PROCEDIMIENTOS

4.7.1 Autorización

La recolección de la información requerida para el estudio se realizará en el HVCM, para lo cual se presentará el respectivo oficio de autorización.

4.7.2 Capacitación

Se realizó una investigación previa de artículos y estudios que permiten determinar los puntos más importantes de este proyecto, las variables a considerar y la importancia del mismo.

4.7.3 Supervisión

La persona encargada de supervisar esta investigación es el Dr. Jorge Mejía, docente que imparte la cátedra de obstetricia y será el encargado de asegurar que en el desarrollo de la misma se cumpla todas las normas de investigación, asegurando la confiabilidad y validez del estudio.

Lourdes Guadalupe Matute Cordero
Zaida Marizol Llivisaca Culcay



4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos obtenidos serán analizados con el programa Epi Info y SPSS con el fin de obtener una base de datos y generar las tablas simples y de doble entrada, para determinar Odds ratio y Chi cuadrado con IC: 95% y valor de p (0,05) para la significancia estadística.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Se garantiza que los datos obtenidos serán guardados con absoluta confidencialidad:

1. A través de un código numérico
2. Se utilizará exclusivamente para el presente trabajo.
3. Luego de la obtención de la calificación de titulación los datos serán eliminados y destruidos.

CAPITULO V

RESULTADOS

Una vez que se recolectaron los datos de las 234 pacientes del estudio, estos fueron ingresados en el paquete estadístico SPSS para su tabulación y análisis y sus resultados se presentan a continuación.

Tabla 1.

Distribución de 234 pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019, según características sociodemográficas. Cuenca-Ecuador 2021.

Características sociodemográficas		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad (años)	16 a 25	78	33,3
	26 a 35	131	56,0
	Mas de 36	25	10,7
Estado civil	Casada	92	39,3
	Divorciada	3	1,3
	Soltera	32	13,7
	Unión Libre	107	45,7
Residencia	Rural	117	50,0
	Urbana	117	50,0
TOTAL		234	100

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

En la tabla 1 se puede apreciar que más de mitad de participantes es decir el 56% de ellas estuvieron entre los 26 a 35 años; el 45,7% refirieron tener unión libre. En cuanto a la residencia las pacientes de la zona urbana y rural se presentaron en proporciones iguales.

**Tabla 2.**

Distribución de 234 pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019, según PIC y PIL.

Cuenca-Ecuador 2021

Periodo intergenésico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
PIC	37	15,8
PIL	108	46,2
PIO	89	38
TOTAL	234	100

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

En la tabla 2 se observa que del total de pacientes (n=234), 37 es decir el 15,8% de ellas tuvo un periodo intergenésico corto mientras que 108 pacientes que representa un 46,2% tuvo un periodo intergenésico largo y un 38% tuvo un periodo intergenésico óptimo.

**Tabla 3.**

Distribución de 234 pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019, según complicaciones materno-neonatales.

Cuenca- Ecuador 2021

Complicaciones	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Preeclampsia	41	17,5
Eclampsia	0	0
Parto pretérmino	26	11,1
Compromiso fetal	39	16,7
APGAR < 7	16	6,8
Sin complicación	112	47,9
TOTAL	234	100

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

En la tabla 3 se exhiben las complicaciones presentadas por las pacientes, de ellas el 17,5% desarrollo preeclampsia, ninguna hizo una eclampsia. Los partos pretérminos alcanzaron 11,1%, mientras que, el 16,7% tuvo compromiso fetal. El 6,8% de los neonatos presentaron al nacimiento un apgar inferior a 7.

**Tabla 4.**

Distribución de 234 pacientes con PIC y PIL atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019, según vía de terminación del embarazo.

Cuenca-Ecuador 2021

Vía del parto	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Cesárea	76	32,5
Distócico	59	25,2
Eutócico	99	42,3
TOTAL	234	100

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

Se observa que, de las pacientes estudiadas, el 32,5% de partos se resolvieron mediante cesárea, el 25,2% fueron distócicos y el 42,3% fueron partos eutócicos.

**Tabla 5.**

Asociación entre parto pretérmino y el periodo intergenésico corto en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso del año 2019.

Cuenca-Ecuador 2021

	PIC	PIL-PIO	Total	p	OR	IC
PP	8 (3,4%)	18 (7,7%)	26	0,042	2,20	1,13 – 4,30
OTROS	29	179	208			
TOTAL	37	197	234			

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

En la tabla 5 se evidencia la relación entre 37 pacientes que presentaron un periodo intergenésico corto con parto pretérmino; pudiendo observarse que existe una relación estadística entre estas variables pues se calculó un valor de $(P = 0,042)$ así mismo el valor de $OR = 2.72$, nos indica que la paciente con PIC tiene 2,7 veces más posibilidad de realizar un parto pretérmino.

**Tabla 6.**

Asociación entre preeclampsia y el periodo intergenésico corto en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019.

Cuenca- Ecuador 2021

	PIC	PIL-PIO	Total	p	OR	IC
Preeclampsia	4 (1,7%)	37 (15,8%)	41	0,34	0,57	0,21-1,52
OTROS	33	160	193			
TOTAL	37	197	234			

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

En la tabla 6 se observa la relación entre 37 pacientes que presentaron un periodo intergenésico corto con la preeclampsia, donde se determina que no hay relación estadística entre estas variables, pues se calculó un valor de $(P = 0,34)$, y el valor de OR de 0,57 por lo tanto PIC no es factor de riesgo para desarrollar preeclampsia.

**Tabla 7.**

Asociación entre compromiso fetal y periodo intergenésico corto en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019.

Cuenca – Ecuador 2021.

	PIC	PIL-PIO	Total	p	OR	IC
Compromiso fetal	14 (6%)	25 (10,7%)	39	0,001	3,04	1,7 – 5,37
OTROS	23	172	195			
TOTAL	37	197	234			

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

En la tabla 7 se evidencia la relación entre 37 pacientes que presentaron un periodo intergenésico corto con la complicación de compromiso fetal; pudiendo observarse que existe una relación estadística entre estas variables pues se calculó un valor de $P = 0,001$ y el valor de OR de 3,04 nos indica que una paciente con PIC tiene 3,04 veces más riesgo de desarrollar compromiso fetal en su embarazo.

**Tabla 8.**

Asociación entre vía de terminación por cesárea y el periodo intergenésico corto en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019.

Cuenca- Ecuador 2021

	PIC	PIL-PIO	Total	p	OR	IC
Cesárea	18 (7,7%)	58 (24,8%)	76	0,034	1,97	1,09 – 3,53
OTROS	19	139	158			
TOTAL	37	197	234			

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

En la tabla 8 se evidencia la relación entre 37 pacientes que presentaron un periodo intergenésico corto con cesárea; pudiendo observarse que existe una relación estadística entre estas variables pues se calculó un valor de $P = 0,034$ y el valor de OR de 1,97 nos indica que una paciente con PIC tiene 1,97 veces más probabilidad de terminar su embarazo en cesárea.

**Tabla 9.**

Asociación entre apgar <7 y periodo intergenésico corto en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019.

Cuenca- Ecuador 2021

	PIC	PIL-PIO	Total	p	OR	IC
Apgar < 7	3 (1,3%)	13 (5,6 %)	16	0,72	1,20	0,41 – 3,49
OTROS	34	184	218			
TOTAL	37	197	234			

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

En la tabla 9 se evidencia la relación entre 37 pacientes que presentaron un periodo intergenésico corto con un apgar <7; pudiendo observarse que existe una relación estadística entre estas variables pues se calculó un valor de $P = 0,72$ y el valor de OR de 1,20 nos indica que una paciente con PIC tiene 1,20 veces más probabilidad de tener un producto con apgar <7.

**Tabla 10.**

Asociación entre parto pretérmino y periodo intergenésico largo en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019.

Cuenca- Ecuador 2021

	PIL	PIC-PIO	Total	p	OR	IC
PP	11 (4,7%)	15 (6,4%)	26	0,83	0,90	0,56 – 1,45
OTROS	97	111	208			
TOTAL	108	126	234			

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

En la tabla 10 se observa la relación entre 10 pacientes que presentaron un periodo intergenésico largo con parto pretérmino, donde se determina que no hay relación estadística entre estas variables, pues se calculó un valor de $(P = 0,83)$, y el valor de OR de 0,90 por lo tanto PIL no es factor de riesgo para que una paciente presente un parto pretérmino.

**Tabla 11.**

Asociación entre preeclampsia y periodo intergenésico largo en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019.

Cuenca- Ecuador 2021.

	PIL	PIC-PIO	Total	p	OR	IC
Preeclampsia	25 (10,7%)	16 (6,8%)	41	0,040	1,41	1,05 – 1,90
OTROS	83	110	193			
TOTAL	108	126	234			

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

En la tabla 11 se evidencia la relación entre 108 pacientes que presentaron un periodo intergenésico largo con preeclampsia; pudiendo observarse que existe una relación estadística entre estas variables pues se calculó un valor de $P = 0,040$ y el valor de OR de 1,41 nos indica que las pacientes con PIL tienen 1,41 veces más riesgo de desarrollar preeclampsia.

**Tabla 12.**

Asociación entre compromiso fetal y periodo intergenésico largo en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019.

Cuenca- Ecuador 2021

	PIL	PIC-PIO	Total	p	OR	IC
Compromiso fetal	15 (6,4%)	24 (10,3%)	39	0,37	0,80	0,52 – 1,23
OTROS	93	102	195			
TOTAL	108	126	234			

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

En la tabla 12 se observa la relación entre 108 pacientes que presentaron un periodo intergenésico largo con compromiso fetal, se establece que no hay relación estadística entre estas variables, pues se calculó un valor de ($P = 0,37$), y el valor de OR de 0,80 que indica que el periodo intergenésico largo no es factor de riesgo para que se desarrolle compromiso fetal.

**Tabla 13.**

Asociación entre cesárea y periodo intergenésico largo en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019.

Cuenca- Ecuador 2021

	PIL	PIC-PIO	Total	p	OR	IC
Cesárea	34 (14,5%)	42 (17,9%)	76	0,78	0,95	0,70 – 1,28
OTROS	74	84	158			
TOTAL	108	126	234			

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

En la tabla 13 se observa la relación entre 108 pacientes que presentaron un periodo intergenésico largo con la culminación de embarazo en cesárea, se establece que no hay relación estadística entre estas variables, pues se calculó un valor de ($P = 0,78$), y el valor de OR de 0,95 que indica que el periodo intergenésico largo no es factor de riesgo para que un embarazo termine en cesárea.

**Tabla 14.**

Asociación entre apgar <7 y periodo intergenésico largo en pacientes atendidas en obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019.

Cuenca- Ecuador 2021

	PIL	PIC-PIO	Total	p	OR	IC
Apgar <7	8 (3,4%)	8 (3,4%)	16	0,79	1,09	0,65 – 1,81
OTROS	100	118	218			
TOTAL	108	126	234			

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por: las autoras.

En la tabla 14 se observa la relación entre 108 pacientes que presentaron un periodo intergenésico largo con apgar <7, se establece que no hay relación estadística entre estas variables, pues se calculó un valor de $(P = 0,79)$, y el valor de OR de 1,09 que indica que el periodo intergenésico largo no es factor de riesgo para que un neonato tenga apgar <7-.



CAPITULO VI

DISCUSIÓN

El intervalo de tiempo entre un embarazo y el siguiente puede aumentar el riesgo de adquirir complicaciones en el embarazo. Varias investigaciones han determinado que un periodo intergenésico corto como un largo se asocian con resultados adversos materno-neonatales como lo expone, por ejemplo, Shachar, 2012, en el cual un PIC se ha asociado con resultados adversos perinatales y maternos, como parto prematuro, bajo peso al nacer y mortalidad materna-neonatal. A su vez, el PIL se ha asociado con un mayor riesgo de preeclampsia (41).

En la presente investigación, de las 234 pacientes estudiadas la mayoría tenían una edad comprendida entre 26 a 35 años de edad con una frecuencia de 56% similar hallazgo obtuvo Travella y Ojeda en Argentina, 2019, ya que estudiaron 1452, de los cuales se encontró que la mayor parte de participantes tenían entre 20 a 35 años de edad al igual que el estudio de casos y controles de Ojeda, et al., en México, 2016, obtuvieron que la media de edad de los grupos estuvo entre 20 y 28 años respectivamente.

Se observó que el 45,7 % de nuestras pacientes tenían unión libre datos que coinciden con los de Munares, et al., Perú, 2016 en donde el 74,5% tenían unión estable (42).

Con respecto al lugar de residencia el 50% son del área rural y 50% de área urbana a diferencia de con los de Gómez y Zambrano, (2017) quienes determinaron que el 74,8% de las gestantes atendidas en el Hospital de la ciudad de Guayaquil eran de procedencia urbana, y tan solo el 16,3% de procedencia rural (43).

La frecuencia del periodo intergenésico corto, fue del 15,8% mientras que el 46,2% tuvo un periodo intergenésico largo. En contraste Yee, Truong y Caughey, en USA, 2016, hallaron que de las mujeres que cumplían los criterios del estudio, el 9% tenían un intervalo intergenésico de 4 a 17 meses y el 24,5% mayor a 60 meses (44).

Se determinó que existe asociación estadística entre PIC y parto pretérmino constituyendo un factor de riesgo para parto pretérmino, del mismo modo Domínguez et al., Panamá, 2005 encontró que un período ≤ 24 meses es un factor de riesgo para desarrollar parto pretérmino. Así como Amaluisa D, Ecuador, en el 2016, encontró que el periodo intergenésico corto aumentó el riesgo de parto pretérmino 2,33 veces.

Lourdes Guadalupe Matute Cordero
Zaida Marizol Llivisaca Culcay



En cuanto a la culminación del embarazo se obtuvo que los partos que se resolvieron mediante cesárea, se asociaron con PIC en un 7,7% por lo que este representa un factor de riesgo para ello. Igualmente, Travella y Ojeda en Argentina, en el 2019, encontraron que las pacientes a las que se les realizó cesárea eran, en un 54% del grupo PIC existiendo diferencia estadísticamente significativa. A diferencia de los resultados obtenidos por Domínguez, 2005 en donde el período intergenésico ≥ 49 meses es un factor de riesgo para culminar su embarazo por cesárea.

El 10.7% de pacientes con periodo intergenésico largo presentó preeclampsia obteniéndose una relación estadísticamente significativa siendo PIL un factor de riesgo para desarrollar la misma en comparación con la investigación realizada por Hanley et al., en Columbia Británica, 2017, que estableció un mayor riesgo de pre eclampsia-eclampsia con un intervalo intergenésico igual o mayor a 60 meses (3). De la misma forma Ojeda, en México, 2016, concluyó que un periodo intergenésico mayor a 5 años tiene tres veces más riesgo de desarrollar preeclampsia.

Mientras que la preeclampsia se presentó en solo el 1,7% de los pacientes con un periodo intergenésico corto, por lo tanto, no existe relación estadística entre ambas variables, Gebremedhin et al, Australia, 2020, analizaron la asociación entre periodo intergenésico y trastornos hipertensivos y concluyeron que intervalos de 6-11 meses tuvieron menor riesgo de preeclampsia determinando así que PIC no se asociaron con trastornos hipertensivos del embarazo (45).

No se observó significancia estadística entre Apgar ≤ 7 y un periodo intergenésico corto ni largo mientras que Domínguez et al., 2005 obtuvo que pacientes con PIC tienen mayor riesgo para presentar un Apgar ≤ 7 , además el PIC y PIL no son factores de riesgo para haya compromiso fetal por lo tanto no es estadísticamente significativo, a diferencia de los resultados obtenidos en el presente estudio en el cual el compromiso fetal si se asocia significativamente a PIC siendo un factor de riesgo.



CAPITULO VII

CONCLUSIONES

Al terminar la siguiente investigación se concluye:

- La mayoría de gestantes pertenecen al grupo etario de 26 a 35 años de edad, están en unión libre y radican en zona rural y urbana en igual proporción.
- Las gestantes tienen un periodo intergenésico corto en un 15,8% mientras el 46,2% tiene un periodo intergenésico largo.
- La mayoría de las mujeres embarazadas cursaron con una nueva gestación luego de un periodo intergenésico largo.
- Existe relación significativa entre el periodo intergenésico y las complicaciones obstétricas, corroborándose de esta manera la hipótesis planteada.
- Las principales complicaciones obstétricas identificadas fueron parto pretérmino, compromiso fetal, preeclampsia, y culminación de embarazo por cesárea.
- Cuando el periodo intergenésico fue corto las complicaciones obstétricas que se manifestaron fueron parto prematuro y compromiso fetal y culminación de embarazo por cesárea; en contraste el periodo intergenésico prolongado que se asoció a preeclampsia.

RECOMENDACIONES

- Educar a las gestantes sobre la importancia de la planificación familiar, el periodo intergenésico y su influencia en cada embarazo
- Profundizar en la realización de estudios sobre el embarazo y sus factores de riesgo para evidenciar su relación con la morbilidad y mortalidad materna, de tal modo que sirvan de sustento para creación de proyectos que contribuyan a la salud materna.



CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zavala A, Ortiz H, Salomon-Kuri J, Padilla C, Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. 2018 febrero; 83(1): 52-61.
2. INEC. Registro estadístico de nacidos vivos y defunciones 2018 [Online].; 2018 [cited 2019 octubre 10]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2018/Principales_resultados_nac_y_def_2018.pdf.
3. Hanley G, Hutcheon J, Kinniburgh B, Lee L. Interpregnancy Interval and Adverse Outcomes. Wolters Kluwer Health. 2017 Marzo; 129(3): 408-415.
4. Ojeda R, et al. Periodo intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acanceh. Revista de ciencias de la salud. 2016; 3(08): 38-42.[recuperado 1 de marzo 2021]. Disponible en: http://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias_de_la_Salud/vol3num8/Revista_Ciencias_de_la_Salud_V3_N8_5.pdf.
5. Travella C, Ojeda L. El Período Intergenésico Breve ¿Es un Factor de Riesgo? Un Estudio Transversal Analítico. Revista Fasgo. 2019 .[recuperado 1 de marzo 2021]. Argentina. 2019. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-analitico>
6. Domínguez L, Vigil-De Gracia P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Clin Invest Gin Obst. 2005;32(3):122-6.
7. Amaluisa D. 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. Ecuador: Tesis para optar el título de médico general. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016.
8. Masson I, Mestanza M. Complicaciones obstétricas y/o perinatales asociadas a intervalos intergenésicos en el Hospital Regional del IESS Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, durante el periodo de junio 2014 a junio 2015.



- Ecuador: Tesis para obtener el título de Médico. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2016.
9. Shachar BZ, Lyell DJ. Interpregnancy interval and obstetrical complications. *UptoDate*. 2017 Mayo. 30:199–204.
 10. Aman Y, et al. Effect of Interpregnancy Interval on Low Birth Weight in Gondar and Bahir Dar Referral Hospital: A Case Control Study from North West Ethiopia. *Journal of Health, Medicine and Nursing*. 2016 Enero; 31.
 11. Marinovich M, Regan A, Gissler M. Developing evidence-based recommendations for optimal interpregnancy intervals in high-income countries: protocol for an international cohort study. *BMJ*. 2019; 9(1).
 12. Oyarzun. A propósito de intervalo intergenésico. *Rev chil Gin*. 2018 Febrero; 83(1).
 13. Mahande , Obure. Effect of interpregnancy interval on adverse pregnancy outcomes in northern Tanzania: a registry-based retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Junio; 16(1).
 14. Thagard A, Napolitano P, Bryant A. The Role of Extremes in Interpregnancy Interval in Women at Increased Risk for Adverse Obstetric Outcomes Due to Health Disparities:A Literature Review. *Current Womens Healths review*. 2018 Octubre; 14(3).
 15. Ferreira L. Social determinants of health in pregnancy: the impact of migration. [Online].; 2014 [cited 2019 Octubre 20. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/14e1/3cea5cb3888d676edf619f84d9be4d515e9b.pdf>.
 16. Fawed O, Erazo A, et al. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016. *MedPub Journals*. 2016 Octubre; 12(4).
 17. Clemente S. Correlación entre apgar y peso del recién nacido con el periodo intergenésico. Ecuador: Tesis para obtener el título de Médico. Universidad de Guayaquil. 2019.
 18. DeFranco E, Seske L, Greenberg J, Muglia L. Influence of interpregnancy interval on neonatal morbidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2015 Noviembre; 212(3).



19. Chen B, Carrion P, Grewal R. Short interpregnancy intervals, maternal folate levels, and infants born small for gestational age: a preliminary study in a Canadian supplement-using population. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*. 2017 Octubre; 42(10).
20. Miodini R, Mastroiacovo P, al. e. Folic Acid Supplementation and Interpregnancy Interval. *Paediatric & Perinatal Epidemiology*. 2015 Febrero; 28(3).
21. Ball S, Pereira G, Jacoby P, klerk N, Stanley F. Re-evaluation of link between interpregnancy interval and adverse birth outcomes: retrospective cohort study matching two intervals per mother. 2014 Julio; 349.
22. Huertas E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2018 Jul [citado 2021 Mar 07] ; 64(3): 399-404. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>
23. Comas , M. Consenso Prevencion de Parto Prematuro SOGIBA. [Online].; 2018 [cited 2019 Octubre 4. Available from: http://www.sogiba.org.ar/images/CONSENSO_PPP_FINAL_2018.pdf.
24. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. [Online].; 2018 [cited 2019 Octubre 24. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
25. Murillo K. Prevención de parto pretérmino. *Revista Scielo*. 2018; 35 (1) Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-115.pdf>
26. Muhammad K. Study of Factors Affecting and Causing Preterm Birth. *Journal of Entomology and Zoology Studies*. 2017; 5(2).
27. Martinez GJ, Grimaldo PM, et al. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2016; 53(5).
28. Hospital clínic- hospital Sant Joan de Déu- Universitat de Barcelona. Protocolo: cesárea. 2020. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>



29. Sung S, Mahdy H. Cesarean Section. StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>
30. Vanegas O, Rodríguez I, Arévalo E. Parto despues de cesárea. Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Madrid.
31. AVANMED. 2017. Obtenido de www.avantmed.net/.../03-PC-COMPROMISO-DELBIENESTAR-FETAL.pdf
32. PEDIATRICS, A. *Puntuación de APGAR*. 2016. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-pdf-13113569>
33. Amorina, D. *Puntaje de APGAR*. 2018. Obtenido de https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/57/pdf/5_7_APGAR_dra_pardo.pdf
34. Napoles D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDISAN. 2016 Abril; 20(4).
35. Edroso-Jarne Paloma Eugenia, González-Natera Ruthnorka, Valdivia-Grandez Mario Antonio, Sánchez-Polo Carlos Miguel. Preeclampsia grave de aparición precoz confirmada con biomarcador. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018; 83(3): 277-282. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000300277&lng=es.
36. Cormick G, Betran A, al e. Inter-pregnancy interval and risk of recurrent pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis. Reproductive health. 2016 Julio; 13(1).
37. Rodríguez Suárez C, Sagastume Cantarero J. Asociacion del periodo intergenésico a complicaciones en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. [Online].; 2016 [cited 2019 Octubre 24. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/3295/1/47617.pdf>
38. Herrera K. Preeclampsia. Revista Médica Sinergia. 2018. Marzo; 3(3): 8 – 12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>.
39. August P, Sibai B. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2018 [citado 15 Ene 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and->



diagnosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.

40. Chimbo C, et al. Factores de riesgo y predictores de preeclampsia: una mirada al futuro. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2018; 13(1). Disponible en: http://www.revhipertension.com/rlh_1_2018/factores_riesgo_predictores.pdf
41. Shachar BZ, Lyell DJ. Interpregnancy interval and obstetrical complications. *Obstet Gynecol Surv*. 2012 Sep;67(9):584-96.
42. Munares O, Rodriguez P, Otarola R. Periodo intergenésico y sus factores asociados en gestantes atendidas en hospitales de lima, Perú *REV INT SALUD MATERNO FETAL – YO OBSTETRA*. 2016: 1 (6).
43. Gómez P, Zambrano N. Riesgos en el embarazo en mujeres mayores de 35 años atendidas en el Hospital de la Ciudad de Guayaquil, [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2017: URL:<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/504/1/t-ucsg-pre-med-enf-355>. Pdf.
44. Yee L, Truong Y, Caughey, A. *et al*. The association between interdelivery interval and adverse perinatal outcomes in a diverse US population. *J Perinatol*. 2016; 36: 593–597.
45. Gebremedhin AT, Regan AK, Ball S, Betrán AP, Foo D, Gissler M, Håberg SE, Malacova E, Marinovich ML, Pereira G. Interpregnancy interval and hypertensive disorders of pregnancy: A population-based cohort study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2020 Mar 19. doi: 10.1111/ppe.12668.



CAPITULO IX

ANEXOS

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Pacientes en edad fértil	Años cumplidos	1. 15-25 2. 26-35 3. 36-45
Estado civil	Situación de las personas, determinada por su relación de familia o sentimental.		Nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Unión libre 5. Viuda
Residencia	Lugar donde la persona vive.		Nominal	1. Rural 2. Urbana
Periodo intergenésico	Tiempo entre la fecha del último evento obstétrico; ya sea parto, cesárea o aborto y el inicio del siguiente evento según FUM.	Tiempo entre las gestaciones	< 18 meses > 60 meses 18-60 meses	1. PIC 2. PIL 3. PIO



Complicación materno-neonatal	Problema médico que se presenta en el transcurso del embarazo, el parto o después de él y que afecta tanto a la madre como al recién nacido.	Materno-neonatal	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parto pretérmino 2. Preeclampsia 3. Apgar bajo 4. Cesárea
-------------------------------	--	------------------	---------	---

FORMULARIO



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

Título: Periodo intergenésico corto y largo asociado a complicaciones materno-neonatales en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2019.

Objetivo: Determinar el periodo intergenésico corto y largo como factor asociado a complicaciones materno-neonatales en el Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM) del 2019.

Fecha: __/____/____

Formulario N°: ____

N° Historia Clínica: _____

Instructivo:

Para el correcto llenado de este formulario, se pide información verídica y precisa. Las preguntas contenidas en el mismo son claras, sencillas y específicas; razón por la cual su comprensión es fácil.

- **DATOS GENERALES:**

Apellidos y nombres: _____

Lourdes Guadalupe Matute Cordero

Zaida Marizol Llivisaca Culcay



Edad: _____ CI: _____

15-25 años 26-35 años 36-45 años Mayor a 45 años

Estado civil: soltera casada divorciada viuda unión libre

Residencia: urbana rural

• **ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS**

Método de planificación: sí no

Gestas: secundigesta tersigesta multigesta gran multigesta

Parto anterior: eutócico distócico cesárea

Fecha del último parto: _____

Periodo intergenésico: ≤ 18 meses ≥ 60 meses 18 - 60 meses

• **COMPLICACIONES OBSTETRICAS:**

Preeclampsia: si no

Parto pre termino: si no

Compromiso fetal: si no

Apgar: ≤ 7 > 7

Terminación del embarazo. Eutócico: si no Cesárea: si no

Aborto: si no

Firma de responsabilidad: