



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES  
DEL PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA**

**OBSTETRIC AND PERINATAL COMPLICATIONS OF  
VAGINAL DELIVERY AFTER A CAESAREAN SECTION**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA

AUTOR

JOSE LUIS SOPLOPUCO TALAVERA

ASESOR

Dra. ROSA ETELVINA DEL SOCORRO LLERENA  
CASTAÑEDA

LIMA - PERÚ

2021

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>02</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>04</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>08</b>
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>09</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>12</b>
<b>PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA</b>	<b>16</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>17</b>

## **2 RESUMEN:**

### **Introducción:**

Los esfuerzos para reducir las tasas generales de cesáreas en los Estados Unidos están teniendo cierto éxito, ya que las tasas de cesáreas se estabilizaron y disminuyeron ligeramente después de alcanzar un máximo del 32,9% en 2009 (1). La tasa general de cesáreas depende tanto de las cesáreas primarias como de las repetidas. Los objetivos de Healthy People 2020 incluyen el fomento del parto vaginal tras una cesárea. Las tasas de parto vaginal tras una cesárea han fluctuado en las últimas décadas (2). Aumentar los partos vaginales luego de una cesárea probablemente requerirá un mayor acceso y aceptación del trabajo de parto después de una cesárea previa. Estudios realizados en los Estados Unidos han encontrado algunas diferencias en las características de las mujeres que intentan un parto vaginal luego de una cesárea en comparación con las que optan por una cesárea repetida planificada, pero existen inconsistencias entre los estudios. Por ejemplo, algunos estudios muestran que las mujeres negras con una cesárea previa tienen más probabilidades de tener una prueba de parto que otros grupos raciales / étnicos, mientras que otros no han encontrado diferencias raciales / étnicas (3). Otro estudio mostró que, entre las mujeres consideradas para ser buenas candidatas para el parto vaginal luego de una cesárea, las mujeres obesas y las mujeres con un médico de medicina familiar tenían menos probabilidades de intentar el parto vaginal luego de una cesárea, mientras que las mujeres con atención de partería y aquellas que habían tenido un parto vaginal previo tenían más probabilidades de intentar parto vaginal luego de una cesárea (4). Estudios en otros países documentan tasas más bajas de intentos de parto vaginal luego de una cesárea entre las mujeres con más educación,

ingresos más altos, que viven en áreas menos desfavorecidas y que tienen un obstetra privado. Sin embargo, dadas las diferencias en los sistemas y políticas de prestación de atención médica en los distintos países, no es claro cómo se aplicarían estos patrones. Las decisiones de las mujeres con respecto a intentar un parto vaginal luego de una cesárea son complejas (5). Si bien no hay datos nacionales disponibles, los estudios sugieren que algunas mujeres pueden tener dificultades para acceder al parto vaginal luego de una cesárea debido a la falta de disponibilidad en los hospitales locales. Más allá de la accesibilidad, una serie de otros factores afectan las decisiones de las mujeres de intentar o no el parto vaginal luego de una cesárea, incluyendo: actitudes hacia el parto (incluida la orientación hacia el parto natural), miedo al dolor del parto, percepciones de seguridad y riesgo, información sobre los riesgos y beneficios del parto vaginal después de una cesárea, desear la experiencia del parto vaginal, y percepciones de las actitudes de los médicos. Las investigaciones previas que documentan estas relaciones provienen principalmente de estudios cualitativos en países como el Reino Unido y Australia (6). Un estudio cuantitativo examinó los predictores de parto vaginal luego de una cesárea entre mujeres embarazadas y descubrió que el deseo de un parto vaginal era un fuerte factor de predicción de la elección del parto vaginal después de una cesárea. Las directrices profesionales emergentes y los objetivos nacionales de salud pública fomentan un mayor uso del parto vaginal luego de una cesárea, pero hay pocos datos prospectivos y actuales sobre los predictores de la preferencia de las mujeres por el parto vaginal luego de una cesárea (7). En este estudio, nuestro objetivo busca determinar las complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal luego de una cesárea previa en gestantes atendidas en el Hospital San Juan Bautista de

Huaral, con la finalidad de conocer si existen resultados negativos o positivos que permitan el éxito del parto vaginal.

**Objetivos:** Describir las complicaciones materno-perinatales del parto vaginal luego de una cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el periodo enero del 2019 a diciembre del 2020.

**Materiales y métodos:** El estudio que se realizará será: descriptivo, transversal, retrospectivo de casos. La recolección de datos será a través de una ficha prediseñada para la realización de la investigación considerando los criterios de inclusión y exclusión, tomando en cuenta a todas las gestantes que terminan el embarazo en parto vaginal y que tienen el antecedente de cesárea previa durante el periodo que comprende el estudio.

**Palabras clave:** complicaciones maternas, complicaciones perinatales, parto vaginal, cesárea previa.

### 3 INTRODUCCIÓN

A principios del siglo se usaba el paradigma: "una vez cesárea, siempre cesárea". Luego en 1982, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomendó como una "opción aceptable" al parto vaginal luego de la cesárea, (8,18). En 2010, en Estados Unidos los Institutos Nacionales de Salud, desarrollaron un consenso para el manejo de la problemática, considerando que "es una opción razonable para muchas mujeres embarazadas" A la gestante se le debe garantizar apoyo y asesoramiento para tomar la decisión de probar el parto vaginal luego de una cesárea en lugar de ser llevada a una cesárea repetida (9). En 2007, Grobman planteó un nomograma de predicción para el éxito del parto vaginal tras una cesárea

basado en factores tomados en el primer control prenatal como son: edad materna, IMC (índice de masa corporal), grupo étnico, antecedente de parto vaginal, parto vaginal exitoso después de una cesárea y recurrencia de la indicación de cesárea primaria, todos ellos con un valor predictivo adecuado (10,19). En 2009 Grobman incluyó otras variables al momento del ingreso a la sala de partos como son: el IMC al parto, hipertensión inducida por el embarazo, edad gestacional, dilatación cervical, borramiento, logrando un mejor desempeño del modelo. En las últimas décadas, se ha mejorado el nivel de anestesia, cirugía, transfusión de sangre y tratamiento farmacológico, y el porcentaje de cesáreas está aumentando debido al progreso de la medicina perinatal (11). Por ejemplo, en 2008, la tasa de cesáreas en los Estados Unidos alcanzó el 32,3%. De manera similar, estudios en Japón informaron que la tasa de cesáreas también alcanzó el 19,8% al 34,1%. En consecuencia, la creciente tasa de cesáreas conduce a más de un tercio de las mujeres en edad fértil a enfrentar varios riesgos de cesárea, como sangrado, infección puerperal, adherencia pélvica en diversos grados, endometriosis, obstrucción intestinal, daño intestinal, uréter, vejiga y otros órganos importantes. Además, la cesárea repetida aumenta la tasa de incidencia de placenta previa y placenta increta, lo que aumenta el riesgo de hemorragia materna e histerectomía (12,20). Cuando el porcentaje de cesáreas supera el 25%, la mortalidad de los lactantes perinatales incluso aumenta, razón por la cual el aumento de la tasa de cesáreas se ha convertido en un problema de salud pública. Por lo tanto, muchos países han intentado establecer o actualizar las pautas de prueba del trabajo de parto luego de una cesárea. Se sugiere que las mujeres embarazadas que cumplen con las indicaciones de la primera cesárea pueden someterse a un parto de prueba vaginal,

y se deben mejorar los resultados maternos y neonatales del parto vaginal después de la cesárea. Por el contrario, sobre la base de la medicina basada en la evidencia, se ha informado de un consenso de que el parto vaginal tras una cesárea seguía siendo una opción razonable para muchas mujeres con antecedentes de cesárea. Una gran cantidad de datos de investigación han demostrado que, bajo la premisa de una selección razonable de las indicaciones de parto vaginal, entre el 60% y el 80% de los partos de prueba vaginal tras una cesárea pueden tener éxito (13). Equilibrar correctamente las fortalezas y debilidades de los diferentes modos de parto y orientar a las mujeres embarazadas a elegir los modos de parto adecuados para un parto exitoso es un problema que los obstetras deben resolver. En la actualidad, muchos investigadores han construido modelos de predicción mediante la recopilación de datos clínicos prospectivos y retrospectivos, y algunos modelos de predicción se han aplicado en la práctica clínica (14,21). Ayachi A establece que los resultados maternos perinatales en cesareadas previas que dan parto están asociados con ellos el origen geográfico, edad gestacional <39 semanas al nacer, peso al nacer percentil <10, y el número anual de nacimientos de maternidad <1500 (2). Fox NS et al, reportan que la prueba del trabajo de parto es una opción en la mayoría de los partos después de una cesárea previa. El registro médico de nacimientos ha recibido notificación obligatoria de todos los partos en el país desde 1967, incluidos los datos que podrían identificar trabajo de parto en la investigación epidemiológica. El registro médico de nacimientos proporcionó una muestra nacional aleatoria de 500 partos de nacimiento, dos partos durante 1989-2012 en mujeres con una orden de nacimiento registrada, una entrega de cesárea previa. Los cuestionarios completados fueron devueltos para 477 mujeres (95.5%) con datos de

ambas entregas. Un algoritmo para identificar trabajo de parto usando datos del registro médico de nacimientos tuvo un valor de predicción positivo de 93.2%, un valor de predicción negativo de 93.5%, una sensibilidad de 96.1% y una especificidad de 88.8% (7). Ganer Herman H et al mostraron una asociación entre las complicaciones en general y la cesárea (OR = 9,7, p = 0,04). Otro análisis comparando las cesáreas electivas y partos vaginales también mostró un aumento en el riesgo de cesárea (OR = 4,7, p = 0,02). Por último, la comparación de cesárea electiva con la prueba de parto, se encontró una mayor proporción de complicaciones en cesáreas electivas, con significación marginal (OR = 3, p = 0,058) (8). Joyce A et al, encontraron que de las madres con Cesárea previa presentaron mayor riesgo de histerectomía postparto y placenta Acreta seguida de placenta previa. Muchos partos pretérminos [OR=3.86, 95% CI 1.15-12.97] fueron significativos como resultado perinatal (11). Krispin E et al, realizó un estudio que concluye sólo unos pocos estados clínicos particularidades justifican, por sí solas, un parto por cesárea programada (14). Lehmann S, reporta que existe una gran variación de la práctica en el modo de parto después de la cesárea, lo que sugiere una variación en la implementación de las pautas contemporáneas. El objetivo fue evaluar esta variación de la práctica y hasta qué punto esto puede explicarse por los factores de riesgo a nivel del paciente. Este estudio de cohortes retrospectivo se realizó en 17 hospitales holandeses. Se incluyeron mujeres con una cesárea previa sin una contraindicación para un ensayo de trabajo de parto. En total, 1068 mujeres tenían antecedentes de cesárea, de las cuales el 71% eran elegibles para la inclusión. Un total de 515 mujeres (67%) tuvieron una prueba de trabajo de parto, de las cuales el 72% tuvieron parto vaginal. La tasa de repetición de la cesárea electiva en el nivel



hospitalario varió de 6 a 54% (media de 29.8, desviación estándar de 11.8%). El parto vaginal después de las tasas de cesárea varió de 50 a 90% (media 71.8%, desviación estándar 11.1%). Más del 85% de esta variación en la práctica no puede explicarse por factores de riesgo a nivel del paciente. Existe una amplia variación en la práctica en la cesárea repetida electiva y el parto vaginal después de las tasas de cesárea que solo pueden explicarse parcialmente por factores de riesgo a nivel del paciente (15). La presencia de preeclampsia, la inducción del trabajo de parto, la edad gestacional avanzada y el aumento de peso fetal reducen la posibilidad de parto vaginal tras una cesárea (16,22). La paridad y la ausencia de complicaciones maternas aumentan el éxito del parto vaginal tras una cesárea (17,23).

**Formulación del problema:** ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal tras una cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el periodo enero del 2019 a diciembre del 2020?

#### **4 OBJETIVOS**

##### **Objetivo general**

- Describir complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal tras una cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el periodo enero del 2019 a diciembre del 2020.

##### **Objetivos específicos**

- Describir las características maternos-perinatales de las gestantes que tuvieron parto vaginal tras una cesárea.
- Describir el motivo de la cesárea anterior.
- Describir complicaciones obstétricas del parto vaginal tras una cesárea.

- Describir complicaciones perinatales del parto vaginal tras una cesárea.

**Hipótesis:** H<sub>1</sub>: Existe una baja frecuencia de complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal tras una cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el periodo enero del 2019 a diciembre del 2020.

H<sub>1</sub>: Existe una alta frecuencia de complicaciones obstétricas y perinatales del parto vaginal tras una cesárea en gestantes atendidas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el periodo enero del 2019 a diciembre del 2020.

## **5 MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño de estudio**

La investigación será descriptiva, observacional, la participación del investigador se limitará a describir el problema a estudiar. Transversal, pues las variables se medirán en temporalidad solo una vez. Retrospectivo, porque la información se recolectará de acuerdo con los criterios del investigador después de la planificación de la investigación. Los casos estarán representados por las gestantes atendidas en la institución que tuvieron parto vaginal, tras una cesárea.

### **Población**

Total, de gestantes que tuvieron parto vaginal luego de una cesárea, que se controlaron el embarazo y tuvieron parto institucional en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital San Juan Bautista de Huaral durante el periodo enero del 2019 a diciembre del 2020. La muestra de la investigación estará constituida por las gestantes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión

### **Criterios de Inclusión:**

- Gestantes adultas que tuvieron parto vaginal tras una cesárea, atendidas en la institución.
- Gestación a término, de presentación cefálica.
- Historia clínica con datos completos según las variables a estudiar.

**Criterios de Exclusión:**

- Embarazo pretérmino o prolongado.
- Neonato con malformaciones congénitas, con presentaciones o situaciones fetales anómalas.
- Historia clínica incompleta.
- Pacientes que sean referidas a otra institución.

**Muestra :** nuestra muestra será la población.

**Definición operacional de variables**

**Variable independiente:** Parto vaginal tras una cesárea

**Variable dependiente:** complicaciones maternas, complicaciones perinatales.

**Variables intervinientes:** edad, paridad, edad gestacional.

Dimensión	Definición o concepto Operacional	Variables	Tipos	Grado de escala de medición	Indicadores de variables
<b>Características maternas</b>	Particularidades de las gestantes.	Edad	Cuantitativa	Ordinal	Años
		Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltera, Casada, Conviviente, divorciada, viuda.
		Nivel educativo	Cualitativa	Nominal	Primaria, Secundaria Superior, sin instrucción
		Edad gestacional según ecografía 1° trimestre	Cuantitativa	Razón	Semanas

		Paridad	Cualitativa	Razón	Primípara, multípara
<b>Antecedentes del parto anterior</b>	Culminación del parto anterior a la gestación actual	Motivo de la Cesárea anterior	Cualitativa	Nominal	En texto
		Peso del Neonato anterior	Cuantitativa	Razón	En números
<b>Resultados Maternos</b>	Son aquellas consecuencias o complicaciones que pueden presentar las pacientes adultas y adolescentes de parto vaginal	Duración del trabajo de parto	Cuantitativa	Razón	En horas
		Rotura Uterina	Cualitativa	Nominal	Si, No
		Hemorragia post parto			
		Trauma perineal			
		Endometritis			
		Infección de la episiorrafia			
		Retención de placenta			
Muerte materna					
<b>Características perinatales</b>	Particularidades de los Neonatos.	Sexo	Cuantitativa	Nominal	Masculino, Femenino
		Peso	Cuantitativa	Razón	Gramos
		Talla	Cuantitativa	Razón	Centímetros
		Puntuación del Apgar	Cualitativa	Ordinal	= > a 8, 6-7-, < de 5
		Edad gestacional por Capurro	Cuantitativa	Ordinal	Semanas
		Clasificación del recién nacido	Cualitativa	Nominal	GEG, AEG, PEG
<b>Resultados perinatales</b>	Son aquellas consecuencias o complicaciones que pueden presentar las neonatos de madres adultas y adolescentes de parto vaginal	Distocia de hombros, trauma obstétrico	Cualitativa	Nominal	Si, no
		Sufrimiento fetal, asfixia perinatal			
		Muerte neonatal			

### **Procedimientos y técnicas**

Para la realización del estudio se solicitará el permiso correspondiente de la dirección de la institución y de las jefaturas de los servicios de ginecología y de neonatología. Luego se procederá a la identificación de las pacientes a través del registro de ingresos en el libro de archivos de la oficina de estadística e informática. Luego se procederá a identificar la historia clínica correspondiente para la toma de datos según la ficha prediseñada para los fines de la investigación. Los datos se tabularán en una base estadística para su posterior análisis.

### **Plan de análisis**

Para el análisis de la información se utilizará el programa estadístico SPSS versión 24, se realizará un análisis descriptivo de frecuencias a través de tablas simples, y se realizará el cruce de variables usando tablas cruzadas, con un nivel de confianza del 95%. Las tablas y gráficos se realizarán usando el programa Excel para Windows 2019.

**Aspectos éticos:** Para el presente estudio no habrá ningún problema ético, pues los datos se mantendrán en privado, a través de códigos de tabulación, no tomando los nombres de las pacientes. Así mismo, no se registrará ningún dato de las pacientes en la base de datos.

## **6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Abreu-Silva J, Castro J, Maia C, Pinho M, Carvalho C. Trial of labour after caesarean section: two-year analysis at a Portuguese Centre. *J Obstet Gynaecol.* 2017;37(6):704–8.
2. Ayachi A .Predictors of birth outcomes related to women with a previous

- caesarean section: experience of a Motherhood Center, Bizerte. *Pan Afr Med J.* 2016; 25:76.
3. Bellows P, Shah U, Hawley L, Drexler K, Gandhi M, Sangi-Haghpeykar H, Davidson C. Evaluation of outcomes associated with trial of labor after cesarean delivery after a change in clinical practice guidelines in an academic hospital. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017;30(17):2092–6.
  4. Beloosesky R, Khatib N, Ganem N, Matanes E, Ginsberg Y, Divon M, Weiner Z. Cervical length measured before delivery and the success rate of vaginal birth after cesarean (VBAC) *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;31(4):464–8.
  5. Chen MM. Influences on vaginal birth after caesarean section: A qualitative study of Taiwanese women. *Women Birth.* 2017;30(2):132-9.
  6. Christmann-Schmid C. Back to "once a caesarean: ¿always a caesarean"? A trend analysis in Switzerland. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;294(5):905-10.
  7. Fox NS, Namath AG, Ali M, Naqvi M, Gupta S, Rebarber A. Vaginal birth after a cesarean delivery for arrest of descent. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018:1–5.
  8. Ganer Herman H, Kogan Z, Bar J, Kovo M. Trial of labor after cesarean delivery for pregnancies complicated by gestational diabetes mellitus. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;138(1):84–8.
  9. Haumonte JB, Raylet M, Christophe M, Mauviel F, Bertrand A, Desbriere R, d'Ercole C. French validation and adaptation of the Grobman nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2018;47(3):127–31.
  10. He L . Clinical study on vaginal birth after cesarean. *Zhonghua Fu Chan Ke Za*

- Zhi. 2016;51(8):586-91.
11. Joyce A, Martin MPH, Hamilton PD BE, Osterman MHS MJK. Births in the United States, 2016. NCHS Data Brief. 2017;287:1–8.
  12. Kalisa R, Rulisa S, van Roosmalen J, van den Akker T. Maternal and perinatal outcome after previous caesarean section in rural Rwanda. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):272.
  13. Kalok A, Zabil SA, Jamil MA, Lim PS, Shafiee MN, Kampan N, Shah SA, Mohamed Ismail NA. Antenatal scoring system in predicting the success of planned vaginal birth following one previous caesarean section. J Obstet Gynaecol. 2018;38(3):339–43.
  14. Krispin E, Hirsch L, Wilk Goldsher Y, Wiznitzer A, Yogev Y, Ashwal E. Association between prior vaginal birth after cesarean and subsequent labor outcome. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018;31(8):1066–72.
  15. Lehmann S. Validation of data in the Medical Birth Registry of Norway on delivery after a previous cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017;96(7):892-7.
  16. Li WH. Vaginal birth after cesarean section: 10 years of experience in a tertiary medical center in Taiwan. Taiwan J Obstet Gynecol. 2016;55(3):394-8.
  17. McDonald ACE, Wise MR, Thompson JM. Effect of excessive gestational weight gain on trial of labour after caesarean: a retrospective cohort study. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2018;58(1):64–71.
  18. Minsart AF. Vaginal birth after caesarean delivery in Chinese women and Western immigrants in Shanghai. J Obstet Gynaecol. 2017;37(4):446-9.
  19. Mirteymouri M. Evaluation of Maternal-Neonatal Outcomes in Vaginal Birth

- After Cesarean Delivery Referred to Maternity of Academic Hospitals. *J Family Reprod Health*. 2016;10(4):206-10.
20. Mizrachi Y. Prediction of vaginal birth after one cesarean delivery for non-progressive labor. *Arch Gynecol Obstet*. 2018;297(1):85-91.
21. Mooney SS. Estimating success of vaginal birth after caesarean section in a regional Australian population: Validation of a prediction model. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2018;19.
22. Nakamura K, Hayashi S, Sasahara J, Okamoto Y, Ishii K, Mitsuda N. Labor after cesarean delivery managed without induction or augmentation of labor. *Birth*. 2017;44(4):363–368.
23. Patel MD, Maitra N, Patel PK, Sheth T, Vaishnav P. Predicting successful trial of labor after cesarean delivery: evaluation of two scoring systems. *J Obstet Gynaecol India*. 2018;68(4):276–82.



**7 PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA**  
**CRONOGRAMA**

Actividad	Junio				Julio				Agosto			
1.Elaboración de proyecto	X	X	X	X								
2.Presentación para su aprobación en la Unidad de Postgrado de la			X	X	X	X						
3.Ejecución del proyecto				X	X	X						
• Identificación de sujetos de estudio a los cuales se les tomaran los datos.				X	X	X	X					
• Llenado inicial de Ficha de caso				X	X	X	X					
• Revisión de Fichas con el estadista				X	X	X	X					
4. Recolección de datos					X	X	X	X	X			
5. Análisis y discusión de los resultados						X	X	X	X			
6.Elaboración de conclusiones según los objetivos							X	X	X	X		
7. Elaboración de informe									X	X	X	
8. Publicación-sustentación											X	X

**PRESUPUESTO**

Descripción		
Materiales de escritorio	Valor en S/.	Financiamiento
Papel bond.	35.00	Autofinanciamiento
Lapiceros	10.00	
Plumones	15.00	
Perforador	30.00	
Engrapador	30.00	
Archivadores	10.00	
Movilidad	100.00	
Impresiones	150.00	
Fotocopias	40.00	
Anillados	60.00	
Internet	100.00	
Estadístico	500.00	
<b>Total</b>	<b>950.00</b>	

## 8 ANEXOS

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### Características maternas:

- 1) Edad: \_\_\_\_\_
- 2) Estado civil: ( 1 ) soltera  
( 2 ) casada  
( 3 ) conviviente  
( 4 ) separada  
( 5 ) Viuda
- 3) Grado de instrucción: ( 1 ) primaria  
( 2 ) secundaria  
( 3 ) Superior  
( 4 ) Sin instrucción
- 4) Edad gestacional:.....
- 5) Paridad: Gesta : \_\_\_\_ p: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### Antecedentes parto anterior:

- 6) Motivo de la cesárea anterior:.....
- 7) Peso del neonato anterior:.....

#### Resultados maternos:

- 8) Duración del trabajo de parto: ..... Total, de horas.
- 9) Rotura uterina si ( ) no ( )
- 10) Hemorragia post parto si ( ) no ( )
- 11) Trauma perineal si ( ) no ( )
- 12) Endometritis si ( ) no ( )
- 13) Infección de la episiorrafia si ( ) no ( )
- 14) Retención de placenta si ( ) no ( )
- 15) Muerte materna si ( ) no ( )

#### Características perinatales:

- 16) Sexo: masculino ( ) femenino ( )
- 17) Peso:.....
- 18) Talla:.....
- 19) Puntuación del Apgar: < 5 ( ) 6-7 ( ) >= 8 ( )
- 20) Edad gestacional por Capurro:.....semanas
- 21) Clasificación del recién nacido: GEG ( ) AEG ( ) PEG ( )

#### Resultados perinatales:

- 22) Distocia de hombros si ( ) no ( )
- 23) Trauma obstétrico si ( ) no ( )

- 24) SFA si ( ) no ( )  
25) Asfixia neonatal si ( ) no ( )  
26) Óbito fetal si ( ) no ( )  
27) Muerte neonatal si ( ) no ( )